

## **Capítulo IV**

### **Modalidade de intervenção e cuidados prestados**

“Manter a capacidade funcional máxima durante toda a vida e promover a participação na sociedade das pessoas idosas em situação de dependência é um dos objectivos do Plano de Acção Internacional Sobre o Envelhecimento.

Os países devem criar políticas para tratar e prevenir a dependência nesse grupo; promover serviços de reabilitação; criar serviços diversificados de base comunitária; eliminar as barreiras arquitectónicas e todas as formas de abuso e violência e facilitar a criação de organizações de auto-ajuda quer para as pessoas idosas quer para os seus cuidadores familiares”.

ONU (2002),  
International Plan of Action On Ageing 2002, in  
*2ª Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento*, Madrid.

Consideradas as configurações estruturais e organizacionais das instituições de solidariedade, pretendemos neste capítulo examinar a intervenção do Serviço Social, tendo em conta a população visada, os recursos e os cuidados domiciliários prestados. Nesta linha de análise, apreciamos a integração e a perspectiva teórica adoptada pelo Serviço Social no âmbito da política de cuidados nas instituições, considerando o processo de intervenção que implica a análise diagnóstica, o plano de prestação de cuidados, a execução, o acompanhamento e a avaliação. Apreciamos o conteúdo da acção a nível das situações-problema, das necessidades e dos recursos existentes e reflectimos sobre as orientações actuais da política de envelhecimento activo (participação, protecção e saúde). Esta análise plural (intensiva e extensiva) foi realizada com base nas entrevistas aos coordenadores – Apêndice VII – e na análise aos 212 questionários – Apêndice IX.

#### **1 – O Serviço Social e a política de cuidados domiciliários**

O Serviço Social pode ser definido como um processo que visa a “resolução de problemas no contexto das relações humanas e a capacidade e empenhamento da sociedade política e das pessoas na melhoria do bem-estar, assim como o desenvolvimento e o uso disciplinado do conhecimento a respeito do comportamento humano e social, o desenvolvimento de recursos para ir ao encontro das necessidades e aspirações tanto dos indivíduos, como dos grupos e da sociedade, com vista a uma maior justiça social”. Esta noção de Serviço Social foi definida nos

anos noventa (1991) pela IASSW – International Association of Schools of Social Work e pela IFSW – International Federation of Social Work (APSS, 2000).

Esta definição, aceite internacionalmente, do que é o Serviço Social foi reformulada em 2004 no *Meeting of the International Federation of Social Workers and the International Association of Schools of Social Work* em Adelaide, Austrália e reforçou a questão da justiça social como princípio fundamental que deve ser defendido pelos assistentes sociais. Estes devem desafiar a discriminação negativa, reconhecer a diversidade, participar na distribuição equitativa de recursos, denunciar políticas inadequadas aos problemas dos clientes e trabalhar na promoção da solidariedade, sobretudo em casos de pobreza, estigmatização ou subjugação.

A acção profissional inclui pressupostos teóricos sobre os clientes, o tecido social e o papel e as funções da profissão nessa relação, num esforço permanente de problematização e de acção (cf. Payne, 2002). E apesar de a concepção do Serviço Social como campo de produção de conhecimento continuar a ser polémica, actualmente é aceite que todo o acto profissional deve ser teoricamente orientado. A complexidade das questões e as suas inter-relações deram origem a diversas perspectivas teóricas e processos de intervenção do Serviço Social no âmbito da política social. Identificamos três modalidades de perspectivizar esta realidade: a abordagem terapêutica, a abordagem individualista reformista ou da “manutenção”, a abordagem de carácter emancipatório e crítico fundamentada numa visão socialista colectivista (Dominelli, 2002a: 3-6; Payne, 2002 e 2005).

A primeira decorre do conhecimento de base psiquiátrico e psicológico e pressupõe o estabelecimento de uma relação de ajuda terapêutica. Centra-se no cliente e no seu funcionamento psicológico. Actualmente esta abordagem integra também a perspectiva sistémica e ecológica e tem como objectivo a promoção das competências pessoais e sociais dos sujeitos para que estes possam desenvolver capacidades e estratégias de superação e resolução desses mesmos problemas em relação com o ambiente (Andreae, 1996; Gitterman, 1996; Turner (Edt), 1996).

A segunda concebe a acção profissional como fornecedora de serviços para promover a resolução dos problemas pessoais dos utentes e a sua melhor adaptação ao meio envolvente (cf. Payne, 2002). Nesta perspectiva está incluída os que concebem a sociedade numa perspectiva de mudança e de conflito mas cuja intervenção deve incidir na adaptação à norma (Aristú, 2004). Esta última é uma intervenção muito mais pragmática e pressupõe a transmissão de informação acerca dos recursos existentes e do modo como os sujeitos devem aceder aos mesmos (Davies, 1994). Basicamente é um modo de intervenção que possibilita o acesso dos clientes aos recursos sociais existentes no âmbito da política pública e social.

A terceira refere-se a uma prática denominada emancipatória e crítica e associa-se ao compromisso com a justiça social de uma forma mais radical e o *empowerment*, enquanto consciencialização (Freire, 1975) dos clientes, para debaterem as políticas da sociedade capitalista, liberal e global. Nesta linha de análise, podemos identificar duas correntes: uma que considera que os clientes são vítimas dessas políticas por se encontrarem numa posição de inferioridade face às mesmas e por não terem capacidade de decisão (Iamamoto, 2001; Netto, 1993; Sposati, 1992) e outra que enfatiza as forças e capacidades dos mesmos para fazerem face a essas questões independentemente da sua posição social (Dominelli, 2002<sup>a</sup>; Faleiros, 1983; 1997). Esta última centra-se preferencialmente na consciencialização e defesa das pessoas em posição de desigualdade exercitando práticas anti-opressivas e anti-discriminatórias. Considera as relações entre a pessoa e o contexto onde vive (Freire, 1975), situando-a no “mundo”, examinando as relações de poder e o impacto destas na vida quotidiana e enfatizando as estratégias e competências dos sujeitos e grupos discriminados, enquanto relações de forças para fazer face a essas questões no seu quotidiano (Faleiros, 1997).

A acção profissional inclui pressupostos teóricos sobre os utentes, sobre o tecido social, e sobre o papel e as funções da profissão nessa relação num esforço permanente de problematização e de acção (cf. Payne, 2002). Um dos objectivos da intervenção do profissional de Serviço Social no âmbito da política social é a promoção e melhoria da qualidade de vida e bem-estar dos cidadãos<sup>158</sup>. Neste contexto de acção, o Serviço Social é controlado por legislação e protocolos de actuação que determinam as acções a seguir. Na área dos cuidados às pessoas idosas, a acção do Serviço Social implica um processo de determinação de problemas, de capacidades, de necessidades e a objectivação de acções, sob a forma de plano, tendo em vista uma finalidade precisa (cf. Payne, 2005: 23-24) a de promover a autonomia e a independência dos sujeitos e dos cuidadores familiares através do desenvolvimento de capacidades pessoais e sociais e do acesso aos recursos sociais e de saúde.

---

<sup>158</sup> Os assistentes sociais integram-se em múltiplos campos de intervenção – jovens, idosos, crianças, jovens deficientes, doentes, imigrantes, entre outros. Em Portugal, a sua acção desenvolve-se em organismos da administração pública central, como os Ministérios da Segurança Social e do Trabalho, da Justiça, da Saúde, da Educação, em institutos públicos como o Instituto do Emprego e Formação Profissional, o Instituto de Reinserção Social, da Droga e da Toxicodependência e o Instituto da Solidariedade e da Segurança Social, e na administração local, em câmaras e juntas de freguesia na área da acção social e habitação social. Inserem-se igualmente em organizações não lucrativas denominadas IPSS: Santa Casa da Misericórdia, Centros Comunitários, Associações e ONG. Podem igualmente exercer a sua profissão em empresas, nos serviços sociais de apoio aos funcionários e em seguradoras, embora o seu número seja reduzido. Os profissionais inseridos numa destas organizações actuam junto de grupos vulneráveis à pobreza e exclusão, através de programas e projectos de intervenção e/ou acção directa junto da população carenciada. Assumem funções de gestão de projectos e programas, assim como de coordenação dos serviços de suporte à população. Planificam, desenvolvem e avaliam a concretização dos suportes sociais, mas também podem ser técnicos de acção directa das políticas sociais existentes. Participam também na elaboração de medidas de políticas, embora de forma implícita, e exercem ainda outras funções ligadas ao ensino da profissão, formação e investigação.

Para o autor (Payne, op. cit.), este processo inclui aspectos burocráticos, formais, adstritos a qualquer organização e serviço, mas também implica a interpretação de conexões e articulações dos acontecimentos observados. A interpretação das inter-relações dos acontecimentos inicia-se com a avaliação diagnóstica. Este processo integra as perspectivas das pessoas envolvidas – dos clientes, dos profissionais, da organização, das políticas – e factos associados a essas dimensões e determina o tipo de intervenção a seguir, sob a forma de plano de cuidados. A intervenção subsequente solicita a monitorização do plano de cuidados e o acompanhamento da sua execução, assim como a avaliação do impacto da prestação de cuidados nos serviços, na acção profissional e na satisfação dos clientes. Além deste procedimento a intervenção exige uma reflexão sobre as questões éticas da prática profissional.

Nos SAD estudados, a avaliação diagnóstica é o procedimento realizado a 94,3% dos sujeitos, o acompanhamento e supervisão dos serviços prestados é realizado a 83,4% e a avaliação do impacto do processo de intervenção social é efectuado a 55,6%. Significa que os profissionais enfatizam a análise inicial e o acompanhamento, negligenciando a avaliação do impacto dos cuidados. Vejamos então o modo como em instituições de solidariedade com SAD o Serviço Social aborda um problema de dimensão crescente, a dependência dos idosos e a necessidade de cuidados domiciliários.

## **2 – Avaliação diagnóstica: problemas, capacidades e necessidades**

A avaliação diagnóstica é muito importante num contexto onde as instituições e os profissionais têm uma responsabilidade social para com os sujeitos mais necessitados e a orientação e o controlo dos cuidados a prestar (Baldwin e Walker, 2005). A finalidade deste procedimento é conhecer o contexto onde a prática irá ter lugar (objectiva e subjectivamente), accionar um processo de comunicação entre as pessoas e entidades envolvidas, entender o desenvolvimento humano através da comunicação, reflectir sobre esse entendimento e comunicar com base nessa reflexão (Payne, 2005: 30). Neste processo identificam-se os problemas, as capacidades e as necessidades expressas e sentidas (Davies, 2008: 227-228), que são reflectidas, objectivadas, isto é, racionalizadas profissionalmente sob a forma de plano de intervenção, neste caso, de plano de prestação de cuidados.

Este procedimento, fundamento de qualquer intervenção, baseia-se tanto nas evidências da pesquisa/observação, como na aplicação de teorias que explicam os problemas observados (Baldwin e Walker, 2005: 36). Segundo as autoras, a pergunta que se deve efectuar é, quais as

necessidades desta pessoa que devem ser satisfeitas para maximizar o bem-estar em todas as áreas da sua vida? Este é o ponto de partida para qualquer avaliação diagnóstica e para a intervenção subsequente.

Nos SAD estudados, a avaliação diagnóstica inicia-se com a sinalização das situações por parte de terceiros ou do próprio. A análise efectuada aos sujeitos demonstra que quem se dirige maioritariamente aos SAD, em 59,7% dos casos, são os familiares, seguidos do próprio em 16,1%, do hospital/Serviço Social em 14%, do centro de saúde/Serviço Social em 8,3%, dos vizinhos em 2%, da direcção da instituição em 1%, da junta de freguesia em 0,5% e de outras entidades em 1% (em nenhum caso foram os voluntários). A comunicação entre o coordenador, os sujeitos pode ser realizada em atendimento, ou na instituição e ou em visita domiciliária e inicia-se com a troca de informação, em conversas informais com os familiares da pessoa idosa e com o próprio, quando as condições físicas, cognitivas e intelectuais o permitam.

Além destes sujeitos, os coordenadores recorrem a conversas informais com as ajudantes de apoio domiciliário e a informações recolhidas noutras instituições da comunidade. Neste processo de comunicação estão incluídas a entrevista de diagnóstico, a observação, as conversas formais e informais a familiares e a pessoal técnico das instituições (Davies, 2008: 233) e a recolha de dados factuais quanto à situação socioeconómica do cliente e da família. Estes procedimentos permitem recolher informação e considerar as acções presentes e futuras.

No que diz respeito aos SAD, e no caso dos sujeitos estudados, a concretização desse processo de comunicação – Figura 4.1 – faz-se a partir do estabelecimento de uma relação de confiança, que requer capacidade de escuta, empatia e diálogo (EC1; EC2; EC3; EC4). É através do estabelecimento de uma relação de empatia que são recolhidos os dados pessoais, familiares e de integração social, assim como prestadas informações acerca dos serviços disponíveis na instituição, do modo como funcionam os serviços de apoio domiciliário e dos direitos e deveres dos clientes dos serviços.

Neste processo de comunicação são valorizados, em primeiro lugar, aspectos operativos de recolha de dados pessoais e familiares relativos à identificação pessoal (EC1; EC2; EC3), à condição de saúde e à condição económica (EC1; EC2; EC3; EC4), sendo estas duas as categorias mais valorizadas. Em segundo lugar, é valorizado o estabelecimento de uma relação de confiança, que implica a escuta e o diálogo com a pessoa idosa e o familiar e visa tomar conhecimento das suas perspectivas sobre os problemas e suas causas e perspectiva de resolução.

**Figura 4.1 – Processo de comunicação**

Processo	Conteúdos	Nº de respostas	
Recolher dados pessoais e familiares	Identificar o sujeito	Bilhete de Identidade, de Contribuinte, da Segurança Social e contactos (documentação pessoal)	EC1; EC2 EC3
	Situar a condição de saúde	Cartão de saúde, informações médicas, nota de alta e tipo de medicação Saber o historial clínico Relatório médico actual	EC1; EC2 EC3; EC4
	Situar a condição económica	Rendimentos e despesas Comparticipação familiar Deduções fixas	EC1; EC2 EC3; EC4
Estabelecer uma relação de confiança com a pessoa idosa e a família	Escutar a pessoa e o familiar	Ouvir, dialogar, saber o percurso pessoal Ouvir, dialogar com o familiar Perceber os problemas e as causas	EC1; EC3
	Criar empatia Mostrar disponibilidade em ajudar	Entender os problemas apresentados Mostrar compreensão face ao problema apresentado	EC1; EC2; EC4
		Fazer com que a pessoa esteja à vontade para falar de problemas familiares	EC1; EC2
Recolher dados face ao nível de integração social	Identificar as expectativas	Identificar os interesses das pessoas e o modo como quer ser tratado	EC1
	Articular com instituições públicas	O centro de saúde (assistente social ou médico de família)	EC2; EC3
	Articular com a comunidade	Instituições de solidariedade Vizinhos	EC1; EC2 EC3
Outros serviços da instituição		EC4	
Informar sobre os serviços disponíveis na instituição e no SAD	Apresentar a instituição	História da instituição Função da instituição Serviços disponíveis Modo de acesso	EC2
		Apresentar o SAD	Serviços disponíveis no SAD
	Entrega de regulamento e elaboração do contrato	EC2	
	Tipo de comida, acondicionamento de alimentos, funcionamento das marmitas, horas e modo de entrega, tipo de contacto para entrar dentro de casa (chave ou campainha)	EC1	
	Quem é a ajudante familiar, os horários, os dias, como é o pagamento, dar o contacto da instituição e pessoa a contactar	EC1; EC3	
Informar sobre os direitos do cliente em reclamar	Considerar o direito a manifestar desacordo com o modo como o serviço é prestado – reclamar	Informar sobre os contactos institucionais e o modo de contactar	EC1; EC3
		Mostrar disponibilidade para a resolução de problemas que surjam durante a prestação dos serviços	EC1
		Informar sobre existência de livro de reclamações e mostrar disponibilidade para ir buscar a pessoa quando ela quer reclamar	EC4

Fonte: Entrevistas aos coordenadores de SAD das instituições estudadas

Destes procedimentos, o mais comum é a construção de uma relação de empatia (EC1; EC2; EC4) traduzida no entendimento e compreensão dos problemas apresentados, seguida do diálogo e da escuta (EC1; EC3), no sentido de colocar a pessoa à vontade para expor os seus problemas (EC1; EC2) e, os seus interesses e o modo como gostariam de ser tratadas. Este último procedimento é identificado só por um coordenador de uma instituição religiosa paroquial (EC1).

Em terceiro lugar, é recolhida informação em articulação com as instituições públicas e de solidariedade social na comunidade (EC1; EC2; EC3; EC4). Segue-se, em quarto lugar, a apresentação dos serviços disponíveis em instituições públicas e privadas de solidariedade e vizinhos como fonte de recursos a prover em cada caso. Neste processo de comunicação, são

prestadas informações sobre a identificação da ajudante de apoio domiciliário, os horários, os dias de prestação de cuidados e o pagamento, assim como os contactos privilegiados na instituição e pessoas a contactar na família (EC1; EC3).

São também referidos os serviços disponíveis na instituição, sobretudo no que se refere ao SAD, entregando o regulamento e finalmente elaborando o contrato de prestação de cuidados (EC2). No caso da alimentação, a pessoa idosa é informada sobre esse tipo de serviço, o seu acondicionamento, o modo e as horas de entrega, o modo como as marmitas devem ser manuseadas e o acesso ao domicílio (EC1; EC2; EC4). Nestes SAD o processo de intervenção é racionalizado através de alguns instrumentos de trabalho, nomeadamente o regulamento da valência, a ficha do processo social, o plano de cuidados e o contrato<sup>159</sup>. Um dos instrumentos fundamentais é a ficha do processo social, que contém dimensões, variáveis e indicadores sociais e de saúde e onde são sistematizadas as informações recolhidas. Depois de reconhecidos os problemas sociais e de saúde da pessoa idosa dependente e as suas capacidades para as AVD e AIVD, a avaliação diagnóstica culmina com a identificação das necessidades. Vejamos de seguida, na análise extensiva, as variáveis privilegiadas na avaliação diagnóstica da população apoiada pelos SAD nas instituições estudadas.

### **Diagnóstico social da população idosa que usufrui do SAD**

No diagnóstico social são privilegiadas as características sociográficas das pessoas idosas tais como o sexo, a idade, o estado civil, a escolaridade, a profissão exercida, o tipo de habitação e as condições de conforto, mas também a distribuição do rendimento, as despesas e o nível de dependência, nomeadamente a situação de doença e as capacidades para as AVD e AIVD, assim como as características da família, o apoio familiar, as actividades que os idosos desenvolvem no dia-a-dia e o nível de integração comunitária. Nesse processo há contudo variáveis mais valorizadas do que outras. As menos valorizadas são a escolaridade, a profissão exercida, as condições de conforto e de habitação, o tipo de apoio familiar e as actividades que o idoso desenvolve no dia-a-dia. As mais valorizadas são a identificação pessoal, a distribuição do rendimento e das despesas e as características da família e também o diagnóstico clínico e as capacidades para as AVD e AIVD.

---

<sup>159</sup> No período em que decorreu o estudo, entre 2007 e 2008, o projecto de qualificação do SAD incluía a introdução de uma nova ficha de processo social, o plano de cuidados e o contrato.

### Características sociográficas

As idades dos clientes do SAD situam-se entre os 25 e os 99 anos. A média geral de idades é de 78,61 anos, correspondendo a 77,29 anos no sexo masculino e a 79,52 anos no sexo feminino. A média de idades apresenta diferenças mediante o tipo de instituição, ainda que a diferença não seja significativa. Assim, a média é de 77,23 anos no SAD com orientação para a manutenção/sustentação, de 82,79 anos no de alargamento relativo, de 79,13 anos no de alargamento substantivo e de 75 anos no de diversidade/inação. Este último apresenta a média de idades mais baixa e o SAD do alargamento relativa a média de idades mais elevada. Se cruzarmos as variáveis idade e sexo – Quadro 4.1 –, verificamos que o grupo etário dos 75 aos 84 anos corresponde a 44,7% distribuídos em 20,9% no sexo masculino e em 23,8% no sexo feminino

**Quadro 4.1 – Instituição \* Sexo \* Idade**

								Total	
				Alargamento relativo	Alargamento substantivo	Manutenção	Diversidade		
Sexo	Masculino	Idade	25-64	Count			3	4	7
				Table %			1,5%	1,9%	3,4%
			65-74	Count	4	5	5	1	15
				Table %	1,9%	2,4%	2,4%	,5%	7,3%
			75-84	Count	8	11	18	6	43
				Table %	3,9%	5,3%	8,7%	2,9%	20,9%
			85-99	Count	7	4	6	2	19
			Table %	3,4%	1,9%	2,9%	1,0%	9,2%	
		<b>Total</b>	<b>Count</b>	<b>19</b>	<b>20</b>	<b>32</b>	<b>13</b>	<b>84</b>	
			<b>Table %</b>	<b>9,2%</b>	<b>9,7%</b>	<b>15,5%</b>	<b>6,3%</b>	<b>40,8%</b>	
	Feminino	Idade	25-64	Count	1	3	4	3	11
				Table %	,5%	1,5%	1,9%	1,5%	5,3%
			65-74	Count	2	6	6	5	19
				Table %	1,0%	2,9%	2,9%	2,4%	9,2%
		75-84	Count	11	13	14	11	49	
			Table %	5,3%	6,3%	6,8%	5,3%	23,8%	
		85-99	Count	15	12	10	6	43	
		Table %	7,3%	5,8%	4,9%	2,9%	20,9%		
	<b>Total</b>	<b>Count</b>	<b>29</b>	<b>34</b>	<b>34</b>	<b>25</b>	<b>122</b>		
		<b>Table %</b>	<b>14,1%</b>	<b>16,5%</b>	<b>16,5%</b>	<b>12,1%</b>	<b>59,2%</b>		

O grupo dos 85 aos 99 anos corresponde a 30,1%, com 9,2% do sexo masculino e 20,9% do sexo feminino. A grande maioria dos sujeitos, 74,8%, tem 75 ou mais anos, constituindo o grupo etário com mais representatividade em todos os SAD estudados. Já os sujeitos entre os 25 e os 64 anos representam 8,7% e encontram-se predominantemente nos SAD com tendência para a diversidade/inação e no de manutenção/sustentação.

No que respeita ao estado civil, constata-se que a maioria dos sujeitos são casados em 52,6%, viúvos em 31,3%, solteiros em 10,9% e divorciados/separados em 5,2%. Não se conhecem esses dados em 1,5% dos casos. Quando cruzamos as variáveis estado civil e sexo, e tendo em conta que existem mais mulheres do que homens, verificamos que se destacam os estados civis de casado(a) e de viúvo(a), com predominância do sexo masculino no primeiro – 28% – face ao sexo feminino – 24,6% – e do sexo feminino – 23,2% – face ao sexo masculino – 8,1% – no segundo estado civil. Significa que há uma tendência para os clientes do sexo masculino serem casados e os clientes do sexo feminino serem casadas, viúvas ou solteiras/divorciadas. Verificamos também que a escolaridade difere segundo o sexo – Quadro 4.2.

**Quadro 4.2 – Escolaridade \* Sexo**

		Escolaridade										Total	
Sexo		Sem grau escolar /sabe ler nem escrever	Não sabe ler nem escrever	1.º Ciclo (4.º ano)	2.º Ciclo (5.º e 6.º ano)	3.º Ciclo (7.º ao 9.º ano)	Secundário (10.º ao 12.º ano)	Curso Técnico-Profissional	Curso Médio	Curso Superior	Outra situação		
Sexo	Masculino	Count %	8 4,5%	7 4,0%	41 23,2%	5 2,8%	4 2,3%	3 1,75	3 1,7%	1 ,65	1 ,6%	73 41,2%	
	Feminino	Count %	22 12,4%	6 3,4%	54 30,5%	4 2,3%	6 3,4%	3 1,7%	2 1,1%	6 3,4%	1 ,6%	104 58,8%	
<b>Total</b>	<b>Count %</b>		<b>30 16,9%</b>	<b>13 7,3%</b>	<b>95 53,7%</b>	<b>9 5,1%</b>	<b>10 5,6%</b>	<b>6 3,45</b>	<b>3 1,75</b>	<b>3 1,7%</b>	<b>6 3,4%</b>	<b>2 1,1%</b>	<b>177 100,0%</b>

Existe conhecimento do nível de escolaridade em 83,5% do total da amostra. Não há conhecimento desses dados em 16,5%. Esta percentagem é distribuída em 9,9% no SAD da manutenção/sustentação, em 4,7%, no da diversidade/ inovação e em 1,8% no do alargamento substantivo. A escolaridade varia entre a inexistência de grau escolar, mas sabendo ler e escrever, em 16,9% dos casos, o não saber ler nem escrever em 7,3%, o 1º ciclo (4º ano) em 53,7%, o 2º ciclo (5º e 6º ano) em 5,1%, o 3º ciclo (7º ao 9º ano) em 5,6%, o secundário (10º ao 12º ano) em 3,4%, o curso técnico-profissional em 1,7%, o curso médio em 1,7%, o curso superior em 3,4%. Existem ainda outras situações com 1,1%, que correspondem em 0,5% à frequência de curso superior e em 0,5% ao grau de mestre.

O grau escolar predominante é o 1º ciclo (4º ano) tanto no sexo masculino (30,5%) como no sexo feminino (23,2%). Destaca-se a prevalência da inexistência de grau escolar, mas sabendo ler e escrever, no sexo feminino (12,4%) face ao sexo masculino (4,5%), a existência de curso

superior no sexo feminino (3,4%) e com nenhum caso no sexo masculino e, inversamente, a prevalência de curso técnico-profissional no sexo masculino (1,7%) e com nenhum caso no sexo feminino. Os restantes graus escolares apresentam-se em percentagens idênticas nos homens e nas mulheres.

Se cruzarmos o estado civil com a escolaridade, verificamos que o grau escolar do 1º ciclo tem mais expressão na categoria de casado(a) e viúvo(a) e menos representação na categoria de solteiro(a) e divorciado(a)/separado(a). Nesta última categoria, destaca-se o maior número de licenciados e pessoas com grau escolar de pós-graduado. Estes dados, na generalidade, estão de acordo com as referências nacionais, que posicionam os idosos com menor grau escolar face a outros grupos etários, com claro prejuízo das mulheres em relação aos homens. Se atendermos à relação entre a escolaridade e as instituições que prestam cuidados, verificamos que o grau escolar dos sujeitos é superior nas instituições que prestam cuidados nas freguesias e/ou localidades do litoral do concelho, no SAD do alargamento substantivo e no do alargamento relativo. Nas freguesias dos interior do concelho correspondem os SAD da manutenção/sustentação e da diversidade/ inovação.

As profissões que os clientes do SAD exerceram estão de acordo com o grau escolar declarado. Nesta variável, foram consideradas 157 respostas válidas, correspondendo a 74,6% dos sujeitos. Em 25,9% dos casos não se conhece a profissão exercida. Este desconhecimento corresponde em 8,9% ao SAD do alargamento substantivo, em 8,9% ao da diversidade/ inovação, e em 8% ao da manutenção/sustentação. As profissões com resposta mais frequente são a de doméstica, 8,9%, costureira, 3,8%, pedreiro, 3,3% e empregado fabril, 2,8%.

As profissões exercidas foram agrupadas segundo a classificação nacional das profissões. No primeiro grupo, existiam 0,9% de quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa, no grupo seguinte registam-se 3,8% de especialistas das profissões intelectuais e científicas, seguem-se 2,3% de técnicos e profissionais de nível intermédio, 4,6% de pessoal administrativo e similares, 12,3%, de pessoal dos serviços e vendedores, 1,9% de trabalhadores qualificados da agricultura e pescas, 18,4% de operários, artífices e trabalhadores similares, 1,9% de operários de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem e finalmente, o maior grupo, 27,8% de trabalhadores não qualificados.

Da diversidade de áreas profissionais prevalecem três grandes grupos: as profissões não qualificadas, os operários e trabalhadores similares e o pessoal dos serviços e vendedores. Verifica-se que são as mulheres que exerceram as profissões menos qualificadas, mas são também as mulheres que exerceram as profissões técnicas e profissionais de nível intermédio. Nos homens, predomina o grupo das profissões não qualificadas e dos operários.

A análise ao tipo de habitação e às condições habitacionais incluiu 191 respostas, correspondendo a 90,1% do total da amostra, o que permite indicar que 37,7% vivem em habitação do tipo vivenda, 20,4% em andar em piso superior sem elevador, 17,8% em andar térreo, 14,1% em andar em piso superior com elevador, 7,9% em parte de casa/anexo e 1,5% nouro tipo de habitação. As habitações em 83,8% dos casos têm condições básicas de conforto e 5,8% vivem em habitações sem condições básicas de conforto. Verificou-se que em 6,8% a habitação tem barreiras arquitectónicas que impedem a mobilidade. Nestes dados destacamos o grupo de pessoas que vive em andar em piso superior sem elevador (14%), o que poderá limitar a mobilidade, salientando que nenhum coordenador identificou este tipo de habitação como tendo barreiras arquitectónicas impeditivas da mobilidade.

#### *Distribuição do rendimento*

Sobre a distribuição de rendimento foram analisadas as condições perante o trabalho, o sistema de protecção social, a proveniência do rendimento e o valor recebido, assim como as despesas consideradas para análise social dos sujeitos no processo social. Na grande maioria dos casos, 80,2%, a condição perante o trabalho é de reformado/a, seguindo-se, com 11,8%, a dos que se encontram noutra situação. Existem ainda 3,3% dos sujeitos com incapacidade permanente para o trabalho, 1,9% em situação de desemprego e 0,9% em situação de baixa médica.

O sistema de protecção social é, em 76,4%, o sistema público previdencial da Segurança Social, seguindo-se, com 9%, o sistema de protecção da ADSE, o subsistema solidário da Segurança Social, com 5,2%, e outro tipo de sistema de protecção social com 3,8%. Relativamente a esta variável, verifica-se em 5,2% dos casos que não existem esses dados e que 0,5% não tem nenhum sistema de protecção social associado.

Sobre a proveniência do rendimento mensal recebido, foram considerados os vários tipos de pensão do sistema previdencial (velhice, invalidez e sobrevivência) e do subsistema de solidariedade (sobrevivência, invalidez e social). Encontram-se nestas condições 185 sujeitos. Verifica-se que a maioria dessas pessoas, 63,6%, usufrui da pensão de velhice, 14,6% usufrui da pensão social, 6,1% da pensão de sobrevivência e 2,8% da pensão de invalidez. Neste estudo o usufruto da pensão apresenta uma grande amplitude de 169 euros a 1470 euros – Quadro 4.3.

**Quadro 4.3 – Proveniência do rendimento \* Valor recebido**

Valor da pensão em euros	Pensão de velhice		Pensão de invalidez		Pensão de sobrevivência		Pensão social		Total
	Count	%	Count	%	Count	%	Count	%	
169,00-320,00	80	43,2%	5	2,7%	8	4,3%	31	16,7%	67,9%
321,00-470,00	28	15,1%	1	0,5%	3	1,6%			17,2%
471,00-620,00	8	4,3%			1	0,5%			4,8%
621,00-770,00	6	3,2%			1	0,5%			3,7%
771,00-920,00	4	2,1%							2,1%
921,00-1070,00	1	0,5%							0,5%
1071,00-1220,00	5	2,7%							2,7%
1221,00-1470,00	3	1,6%							1,6%
Total	135	72,9%	6	3,2%	13	6,9%	31	16,7%	185 (100%)

Apesar de a maioria 67,9% e situar entre os 169,00 e os 320,00 euros o valor médio da pensão é de 389,51 euros e o desvio padrão é de 265,71 euros. O valor predominante na pensão de velhice situa-se entre 169,00 e 320,00 euros em 43,2% dos casos. Seguem-se os valores entre 321,00 e 470,00 euros com 15,1%, entre 471,00 e 620,00 euros com 4,3 %, entre 621,00 e 770,00 euros com 3,2%, entre 771,00 e 920,00 euros com 2,1%, entre 921,00 e 1070,00 euros com 0,5%, entre 1071,00 e 1220,00 euros com 2,7% e entre 1221,00 a 1470,00 euros com 1,6%. Estes dois últimos escalões correspondem ao sistema de protecção social previdencial da Segurança Social e à ADSE.

Se compararmos o valor recebido da pensão de velhice com a instituição que presta os cuidados, verificamos que é no SAD da manutenção/sustentação e no de diversidade/inação que a média da pensão é inferior, com 324,34 euros na primeira e 334,53 euros na segunda. No SAD de alargamento relativo, a média é de 413,55 euros e no de alargamento substantivo é de 595,53 euros. Estes dados estão de acordo com o facto de as primeiras instituições apoiarem pessoas idosas com nível de escolaridade inferior e as segundas com nível de escolaridade superior. O desvio padrão é também maior nestes dois últimos SAD, com valores entre os 324,03 euros no de alargamento relativo, 369,12 euros no de alargamento substantivo, 165,93 euros no de manutenção/sustentação e 153,09 euros no de diversidade/inação.

Além da pensão de velhice, 3,2% usufruem de pensão de invalidez, 6,9% de pensão de sobrevivência e 16,7% de pensão social. Nesta análise aferimos que não existem diferenças substantivas entre os sexos nas pensões de invalidez nem na pensão social, mas que prevalece o sexo feminino na pensão de sobrevivência. Esta corresponde a um determinado valor, sessenta por cento, auferido em virtude do falecimento do cônjuge. Este facto pode incidir positiva ou negativamente no montante do rendimento de pensão que as mulheres viúvas usufruem, pois

pode aumentar o rendimento individual mas também diminuí-lo no caso das mulheres que não auferem outro tipo de pensão.

Quanto a outros complementos e subsídios, verifica-se que 12,6% usufruem do complemento por dependência. O valor recebido em 69,3% dos casos corresponde ao grau II, de 88,53 euros, e em 30,7% ao grau I, de 159,35 euros<sup>160</sup>. Constata-se ainda que 1,4% usufruem do complemento social de pensão e 0,5% do rendimento social de inserção. Nenhum indivíduo usufruiu do complemento solidário para idosos. Este facto pode ter várias explicações: por um lado por ser necessário o rendimento dos filhos para aceder à prestação, algumas pessoas idosas não querem solicitar estes documentos aos filhos e outros se o fizerem sabem que não poderão usufruir da prestação, por outro lado poderá também existir algum desconhecimento no modo como algumas pessoas podem aceder à mesma.

Apesar de existirem sujeitos em situação de baixa médica e de desemprego, não foi possível apurar o seu rendimento. Existem ainda 1,9% de sujeitos que usufruem de rendimento de outros bens e de imóveis e 3,8% de rendimentos de outras fontes. Os valores das pensões estão de acordo com o nível escolar e as profissões identificadas anteriormente, conjugando-se uma tendência de baixos rendimentos com baixa escolaridade e profissões não qualificadas.

Quanto às despesas dos clientes, foi possível identificar as que são consideradas para a análise diagnóstica. Aferimos também que nem todas são apreciadas da mesma forma na análise que o coordenador efectua à situação-problema. São consideradas as despesas com a saúde em 64,6%, com fraldas e cremes em 3,3%, com a renda ou prestação da casa em 24%, com a água em 36,8%, com a luz e gás em 46,7% e com o telefone em 26,4%.

#### *Dependência funcional e capacidades para as AVD e AIVD*

Na dependência funcional analisamos o tipo de diagnóstico clínico mais frequente, as capacidades para as AVD e AIVD e as actividades diárias do cliente. Quanto ao diagnóstico clínico, verifica-se que cada cliente do SAD tem mais do que uma patologia. Do total da amostra, em 59,9% dos sujeitos foram identificadas patologias e em 40,1% não foram identificadas nenhuma. As que foram identificadas correspondem a sequelas de AVC em 30%, demências em 16,3%, cardiopatias em 8,4%, diabetes em 10,8%, deficiência física/mental em 8,4% e outro tipo de doenças em 37,4%. Estas referem-se a convalescença pós-operatória decorrente da amputação dos membros inferiores ou outro tipo de cirurgia, doenças osteoarticulares, doenças respiratórias,

---

<sup>160</sup> O grau II e o grau I identificados correspondem a valores da tabela de 2007.

doenças do aparelho digestivo e de urologia, assim como doenças oncológicas, oftalmológicas, neurológicas e também alcoolismo, asma e depressão.

Do ponto de vista da análise do diagnóstico clínico, verifica-se que as doenças que se manifestam no grupo etário dos 25 aos 64 anos são sobretudo sequelas de AVC em 3,4% dos casos, deficiência física em 2,2% e outras doenças em 3,9%. As doenças mais comuns no grupo dos 75 a 84 anos e dos 85 e mais anos são também as sequelas de AVC com 22,1%. Neste grupo surgem as demências em 13,8% dos casos, a diabetes em 7,9% e as cardiopatias em 6,8%. Os AVC têm uma prevalência idêntica no sexo feminino e masculino. As demências e as diabetes têm uma prevalência mais acentuada no sexo masculino e as cardiopatias em ambos os sexos.

Na análise das capacidades para as AVD foi utilizado o índice de Barthel (cf. Rodríguez, 2002: 68; Sequeira, 2007: 141-143) adaptado também do Eurofamcare<sup>161</sup> – Figura 4.4.

**Quadro 4.4 – Capacidade para as AVD**

		Não está em condições	Com ajuda de terceira pessoa	Sem ajuda	Usando um auxílio assistencial	Total
Tomar banho	Count	74	68	64		206
	%	35,9%	33,0%	31,1%		100,0%
Cuidar do seu aspecto	Count	51	63	82		196
	%	26,0%	32,1%	41,8%		100,0%
Vestir-se sozinho	Count	71	39	96		206
	%	34,5%	18,9%	46,6%		100,0%
Abotoar a roupa	Count	69	34	103		206
	%	33,5%	16,5%	50,0%		100,0%
Atar os sapatos	Count	76	43	86		205
	%	37,1%	21,0%	42,0%		100,0%
Beber de um copo	Count	44	22	139		205
	%	21,5%	10,7%	67,8%		100,0%
Comer sozinho	Count	100	20	85		205
	%	48,8%	9,8%	41,5%		100,0%
Controlar a necessidade de urinar	Count	56	14	98		168
	%	33,3%	8,3%	58,3%		100,0%
Controlar a função intestinal	Count	41	12	112		165
	%	24,8%	7,3%	67,9%		100,0%
Deslocar-se fora de casa para passear	Count	68	83	52		203
	%	33,5%	40,9%	25,6%		100,0%
Mover-se dentro de casa	Count	36	43	90	30	199
	%	18,1%	21,6%	45,2%	15,1%	100,0%
Subir e descer escadas	Count	81	55	68		204
	%	39,7%	27,0%	33,3%		100,0%
Movimentar-se sozinho da cama para a cadeira	Count	44	36	18	105	203
	%	21,7%	17,7%	8,9%	51,7%	100,0%
Usar o armário ou cómoda	Count	64	17	120		201
	%	31,8%	8,5%	59,7%		100%
<b>Total e % das respostas</b>		<b>875</b>	<b>549</b>	<b>1213</b>	<b>135</b>	<b>2772</b>
		<b>31,56%</b>	<b>19,69%</b>	<b>43,75%</b>	<b>4,87%</b>	<b>100%</b>

Este índice identifica algumas actividades básicas da vida diária, tais como tomar banho, cuidar do seu aspecto, vestir-se sozinho, abotoar a roupa, atar os sapatos, beber de um copo,

<sup>161</sup> Eurofamcare, projecto com questionário que analisou os cuidados às pessoas idosas e dependentes em 23 países da UE, coordenado pela Universidade de Hamburgo.

comer sozinho, controlar a necessidade de urinar e a função intestinal, deslocar-se fora de casa para passear, mover-se dentro de casa, subir e descer escadas, movimentar-se sozinho da cama para a cadeira e usar o armário e cómoda. Estes itens foram classificados numa escala de 1 a 4, a saber: o cliente não está em condições de as efectuar; efectua-as com ajuda de terceira pessoa; executa-as sem ajuda; necessita de um auxílio assistencial.

Os dados revelam que 43,75% efectuam as AVD sem ajuda, 31,56% não estão em condições de as realizar, 19,69% necessitam de ajuda de terceira pessoa para o efeito e 4,87% necessitam de auxílio assistencial<sup>162</sup>. Se 43,75% está em condições para realizar estas actividades, as restantes 56,25% não as podem executar. Vejamos em pormenor cada item. As actividades que 31,56% não estão em condições para as realizar são, por ordem de frequência, comer sozinho, subir e descer escadas, atar os sapatos, tomar banho, vestir-se sozinho, abotoar a roupa, deslocar-se fora de casa para passear, usar o armário ou cómoda, controlar a necessidade de urinar, ter cuidado como seu aspecto, movimentar-se sozinho da cama para a cadeira, e por último controlar a função intestinal. A não realização destas actividades implica um défice físico e cognitivo muito acentuado nesses sujeitos, o que significa que estão dependentes de outras pessoas para as realizar.

No grupo das actividades que 19,69% podem efectuar com ajuda de terceira pessoa, evidencia-se o deslocar-se fora de casa para passear, tomar banho, cuidar do seu aspecto, atar os sapatos, movimentar-se sozinho da cama para a cadeira, subir e descer escadas, abotoar a roupa, beber de um copo e comer sozinho. A realização destas actividades com ajuda revela um relativo défice cognitivo e físico nos sujeitos, que pode ser compensada com supervisão.

Quanto às actividades que 43,75% podem efectuar sem ajuda destacam-se, por ordem, beber de um copo, usar o armário ou cómoda, controlar a função intestinal, abotoar a roupa, controlar a necessidade de urinar, vestir-se sozinho, mover-se dentro de casa, atar os sapatos, ter cuidado com o seu aspecto e comer sozinho. A realização destas actividades revela que os sujeitos manifestam capacidades físicas e cognitivas substanciais e não necessitam de ajuda para as realizar. Por último 4,87% revelam necessidade de um auxílio assistencial para se moverem dentro de casa e se movimentarem sozinhos da cama para a cadeira. No que se refere às AVD, pode inferir-se que a maioria dos clientes se encontra dependente e moderadamente dependente – 56,12% – e independente – 43,75%.

Na análise das capacidades para as AIVD, foi adaptado o índice de *Lawton y Brody, 1969* (referenciado em Rodríguez, 2002: 69 e Sequeira, 2007: 145-147) e alguns itens do questionário

---

<sup>162</sup> Auxílio assistencial refere-se a bengalas, andarilhos e canadianas.

às AIVD efectuado pelo Eurofamcare em 2004. Este índice é composto por várias actividades da vida diária, tais como tomar a medicação, realizar compras, gerir o dinheiro, telefonar, executar trabalhos domésticos, preparar refeições, ler livros ou revistas, escrever cartas, deslocar-se nos transportes públicos, deslocar-se em transporte particular, tratar da roupa, tratar de assuntos administrativos, responder a perguntas e manter uma conversa coerente. Cada item é classificado em três níveis de dependência, designadamente: o cliente não está em condições; o cliente efectua as actividades com ajuda de terceira pessoa; o cliente executa-as sem ajuda. De seguida procedemos à análise das AIVD – Quadro 4.5.

**Quadro 4.5 – Capacidade para as AIVD**

		Não está em condições	Com ajuda de terceira pessoa	Sem ajuda	Total
Tomar a medicação	Count	55	52	98	205
	%	26,8%	25,4%	47,8%	100,0%
Realizar compras	Count	119	44	37	200
	%	59,5%	22,0%	18,5%	100,0%
Gerir o seu dinheiro	Count	83	49	71	203
	%	40,9%	24,1%	35,0%	100,0%
Telefonar	Count	68	33	101	202
	%	33,7%	16,3%	50,0%	100,0%
Executar trabalhos domésticos	Count	140	29	29	198
	%	70,7%	14,6%	14,6%	100,0%
Preparar as refeições	Count	168	14	16	198
	%	84,8%	7,1%	8,1%	100,0%
Ler livros ou revistas	Count	86	11	100	197
	%	43,7%	5,6%	50,8%	100,0%
Escrever cartas	Count	112	11	64	187
	%	59,9%	5,9%	34,2%	100,0%
Deslocar-se em transportes públicos	Count	146	23	29	198
	%	73,7%	11,6%	14,6%	100,0%
Deslocar-se em transporte particular	Count	49	117	28	194
	%	25,3%	60,3%	14,4%	100,0%
Tratar da roupa	Count	144	24	26	194
	%	74,2%	12,4%	13,4%	100,0%
Tratar de assuntos administrativos	Count	114	42	36	192
	%	59,4%	21,9%	18,8%	100,0%
Responder a perguntas	Count	33	14	158	205
	%	16,1%	6,8%	77,1%	100,0%
Manter uma conversa coerente	Count	48	20	135	203
	%	23,6%	9,9%	66,5%	100,0%
<b>Total e % das respostas</b>		<b>1365</b>	<b>483</b>	<b>928</b>	<b>2776</b>
		<b>49,17%</b>	<b>17,39%</b>	<b>33,42%</b>	<b>100%</b>

A análise revela que 49,17% dos sujeitos não estão em condições de as realizar por se encontrarem gravemente dependentes, que 17,39% as realizam com ajuda de terceira pessoa por se encontrarem moderadamente dependente e que 33,42% as realizam sem ajuda, por se encontrarem independentes em determinadas variáveis. As actividades que 49,17% não estão em condições de realizar são, por ordem de frequência, preparar as refeições, deslocar-se em transportes públicos, tratar da roupa, executar trabalhos domésticos, realizar compras, escrever

cartas, ler livros ou revistas, gerir o dinheiro, telefonar, tomar a medicação, deslocar-se em transporte particular, manter uma conversa coerente e responder a perguntas. A não realização destas actividades revela um défice não só físico mas também cognitivo e intelectual acentuado, destacando-se, neste último caso, a impossibilidade de ler livros e revistas, de escrever cartas, de manter uma conversa coerente e responder a perguntas.

Os 17,39% que se encontram moderadamente dependentes necessitam de ajuda de terceira pessoa para realizar essas actividades, nomeadamente deslocar-se em transporte particular, tomar a medicação, gerir o dinheiro, realizar compras, tratar de assuntos administrativos, telefonar e deslocar-se em transportes públicos. Os 33,42% que se encontram independentes física, cognitiva e intelectualmente efectuem as actividades sem ajuda, destacando-se responder a perguntas, manter uma conversa coerente, telefonar, ler livros ou revistas, tomar a medicação, gerir o seu dinheiro e escrever cartas. Nas AIVD, pode inferir-se que a maioria dos clientes se encontra dependente – 49,17% –, que 17,39% se encontram moderadamente e levemente dependentes e que 33,42% se encontram independentes.

Quanto ao grau de dependência dos clientes do SAD, considerámos cinco níveis<sup>163</sup>. Não constatamos nenhum caso de totalmente dependente a que corresponde a CIF de 96 a 100% de restrição de incapacidade. Mas constatamos – Quadro 4.6 – que 28,9% dos casos são gravemente dependentes (o que corresponde na CIF a 50% a 95% de restrição de incapacidade), 37,5% são moderadamente dependentes (o que corresponde na CIF a 25 a 49% de restrição de incapacidade), 23,6% são levemente dependentes (o que corresponde na CIF a 5% a 24% de restrição de incapacidade) e 10,1% são independentes (o que corresponde na CIF a 0% a 4% de restrição de incapacidade). Significa que a maioria dos sujeitos (66,4%) se encontra gravemente e moderadamente dependente e os restantes 33,7% se encontram nas categorias de levemente dependentes e independentes. Podemos inferir que nesta última categoria, apesar de não manifestarem nenhuma restrição da capacidade física, cognitiva e intelectual, estão integrados nos SAD por causa de indicadores de pobreza e de exclusão.

Ainda se cruzamos as variáveis gravemente e moderadamente dependente e sexo – Quadro 4.6 – verificamos que 22,6% correspondem ao sexo masculino e 43,8% ao sexo feminino. Na categoria de levemente dependente e independente, o sexo masculino está representado com 18,3% e o sexo feminino com 15,9%. No grupo etário dos 85 aos 99 anos, o sexo feminino representa 16,4% da categoria de gravemente e moderadamente dependente e o sexo masculino representam 6,7% dessas categorias.

---

<sup>163</sup> Totalmente dependente, gravemente dependente, moderadamente dependente, levemente dependente e independente

Já no que se refere à categoria de levemente dependente e independente, esse valor é de 2,9% no sexo masculino e de 5,8% no sexo feminino. Neste último grupo, não existem sujeitos independentes. Neste sentido, podemos deduzir que, apesar de as mulheres viverem mais tempo que os homens, estes podem viver mais tempo que as mulheres sem incapacidade sobretudo se forem casados. Há várias explicações para este facto. Na verdade os homens casados têm um cuidador disponível, a esposa, que poderá funcionar como elemento potenciador da prevenção e da protecção da dependência.

A partir destes indicadores podemos identificar os SAD que prestam cuidados a pessoas idosas com maior ou menor dependência. Os que se orientam para o alargamento substantivo e para a manutenção/sustentação são os que prestam cuidados a pessoas com maior nível de dependência ao nível de gravemente dependente, com 13% e 10,1% respectivamente. Os que se orientam para a diversidade/inação e para o alargamento relativo apresentam menores valores, com 3,4% e 2,4% respectivamente.

**Quadro 4.6 – Dependência para as AVD e AIVD \* Sexo**

		Dependência física e cognitiva do idoso para as AVD e AIVD						
			Gravemente dependente	Moderadamente dependente	Levemente dependente	Independente	Total	
<b>Sexo</b>	<b>Masculino</b>	Idade 25-64	Count	2	4	1	7	
			%	1,0%	1,9%	,5%	3,4%	
		65-74	Count	4	4	4	3	15
			%	1,9%	1,9%	1,9%	1,4%	7,2%
		75-84	Count	9	10	13	10	<b>42</b>
	%		4,3%	4,8%	6,3%	4,8%	<b>20,2%</b>	
	85-99	Count	6	8	5	1	20	
		%	2,9%	3,8%	2,4%	,5%	9,6%	
	<b>Total</b>		<b>Count</b>	<b>21</b>	<b>26</b>	<b>23</b>	<b>14</b>	<b>84</b>
			<b>%</b>	<b>10,1%</b>	<b>12,5%</b>	<b>11,1%</b>	<b>6,7%</b>	<b>40,4%</b>
<b>Feminino</b>	Idade 25-64	Count	6	4			10	
		%	2,9%	1,9%			4,8%	
	65-74	Count	6	11	1	1	19	
		%	2,9%	5,3%	,5%	,5%	9,1%	
	75-84	Count	14	15	12	6	<b>47</b>	
		%	6,7%	7,2%	5,8%	2,9%	<b>22,6%</b>	
	85-99	Count	13	21	12		<b>46</b>	
		%	6,3%	10,1%	5,8%		<b>22,1%</b>	
	N/R	Count		1	1		2	
		%		,5%	,5%		1,0%	
<b>Total</b>		<b>Count</b>	<b>39</b>	<b>52</b>	<b>26</b>	<b>7</b>	<b>124</b>	
		<b>%</b>	<b>18,8%</b>	<b>25,0%</b>	<b>12,5%</b>	<b>3,4%</b>	<b>59,6%</b>	

Nas categorias de moderadamente dependente, são os SAD do alargamento substantivo e o da diversidade/ inovação que apresentam maior nível de dependência, com 13% e 10,1%. Os restantes, da manutenção/sustentação e do alargamento substantivo, apresentam menores valores nessa categoria, com 8,2% e 6,3%. No que diz respeito às categorias de levemente dependentes e de independentes, sobressaem o SAD da manutenção/sustentação com 14,5% e o de alargamento relativo com 8,7%. Neste sentido junta-se o do alargamento substantivo com 6,7% e o da diversidade/ inovação com 3,9 %.

As capacidades dos clientes para as AVD e AIVD e o nível de dependência permitem clarificar o tipo de actividades que podem realizar diariamente. Com efeito, apesar de cerca de um terço estar apto a efectuar as AVD e, em menor número, as AIVD, o tipo de ocupação diária revela o sedentarismo a que estão destinadas estas pessoas idosas em sua casa, já demonstrado em estudos do INE (2002c).

Verificamos que os sujeitos ocupam o seu dia-a-dia a ver televisão em 74% dos casos, a ouvir rádio em 53,8%, a conversar com os vizinhos e amigos em 49%, a tomar a refeição em 36,5%, a vestir-se em 32,2%, a ler e escrever em 27,4%. Segue-se os que não efectuam nenhuma actividade por se encontrarem dependentes e incapazes de fazer algo em 25,5% das situações, os que efectuam a si próprios a higiene pessoal em 24,5%, os que jogam às cartas em 15,9%, os que executam trabalhos domésticos em 9,6%, os que ajudam a família e realizam trabalhos manuais de *bricolage* e outros em 7,7%, os que lavam a roupa em 6,3% e passam a ferro em 2,9%. A ocupação diária destas pessoas está de acordo com os valores nacionais, que posicionam os idosos preferencialmente a ver televisão em casa e com poucas actividades de lazer no interior e exterior do domicílio (INE, 2002c). As ocupações diárias mais frequentes são, precisamente, ver televisão, ouvir rádio, conversar com os vizinhos e efectuar algumas actividades básicas como tomar a refeição e vestir-se. O nível de interacção com o meio é escasso.

#### *Família e suporte informal prestado*

A família tem sido, e ainda é, o suporte da maioria das pessoas idosas dependentes. Nesta linha de análise foram consideradas variáveis como, por exemplo, com quem vive o idoso e os cuidados prestados pela família, a pessoa que os presta e o modo de os prestar.

Na primeira variável – com quem vivem os sujeitos –, destacam-se os que vivem com o cônjuge ou companheiro e os que vivem sós. Seguem-se os que vivem com os filhos e filhas e os que vivem com pessoa contratada. Da análise cruzada entre esta variável e o sexo – Quadro 4.7 - verifica-se que as pessoas idosas que vivem sós correspondem a 33,9% no sexo feminino e 20%

no sexo masculino. Consequentemente, os homens vivem com o cônjuge ou companheira em 65,9% dos casos e as mulheres em 37,1%.

As mulheres vivem com mais frequência do que os homens com as filhas, em 19,4% dos casos, e com os filhos, em 12,1%. Os sujeitos do sexo masculino vivem com os filhos em 5,9% dos casos e com as filhas em 9,4%. Verifica-se que as mulheres vivem mais sós do que os homens por serem viúvas, seguindo-se as que vivem com as filhas e os filhos, por esta ordem. Os homens, por serem na sua maioria casados, vivem mais com as esposas do que com os filhos ou filhas.

**Quadro 4.7 – Com quem vive o idoso \* Sexo**

Sexo				Sim	Não	Total	
Masculino	Sozinho	Count		17	68	85	
		%		20,0%	80,0%	100,0%	
	Filho(s)	Count		5	80	85	
		%		5,9%	94,1%	100,0%	
	Filha(s)	Count		8	77	85	
		%		9,4%	90,6%	100,0%	
	Cônjuge ou companheiro(a)	Count		56	29	85	
		%		65,9%	34,1%	100,0%	
	Pessoa contratada	Count		3	82	85	
		%		3,5%	96,5%	100,0%	
	Outros	Count		7	78	85	
		%		8,2%	91,8%	100,0%	
	Feminino	Sozinho	Count		42	82	124
			%		33,9%	66,1%	100,0%
Filho(s)		Count		15	109	124	
		%		12,1%	87,9%	100,0%	
Filha(s)		Count		24	100	124	
		%		19,4%	80,6%	100,0%	
Cônjuge ou companheiro(a)		Count		46	78	124	
		%		37,1%	62,9%	100,0%	
Pessoa contratada		Count		2	122	124	
		%		1,6%	98,4%	100,0%	
Outros		Count		16	108	124	
		%		12,9%	87,1%	100,0%	

A maioria dos sujeitos vive com o cônjuge, vive só, ou vive com as filhas e filhos, por esta ordem. Esta constatação confirma e reflecte o aumento das famílias com dois idosos a viver sós em Portugal (Almeida, 2003). As mulheres viúvas vivem mais com as filhas e filhos do que os homens nessas circunstâncias.

### *Cuidados prestados pelos familiares e pessoa que os presta*

Os cuidados prestados pelos familiares foram delimitados por categorias na tipologia apresentada por Dechaux (1996) e Rodríguez (2006). Identificaram-se os cuidados domésticos e financeiros denominados instrumentais, os cuidados afectivos e emocionais denominados expressivos e os cuidados informativos ou estratégicos. Os primeiros englobam higiene, alimentação, vestir, gerir o dinheiro/apoio económico, tomar a medicação, limpeza da casa, ir ao médico, ir às compras e supervisionar os cuidados necessários.

Os segundos integram os cuidados de apoio emocional em situações de stress, o apoio moral e fortalecimento da auto-estima, escutar, conversar e interagir, passear e celebrar o aniversário. Os terceiros e últimos abrangem o cuidado de informar sobre os direitos, deveres e recursos sociais, informar sobre a situação de saúde, incentivar o idoso a cuidar de si próprio, aconselhar sobre assuntos do quotidiano e motivar para a participação em actividades sociais e culturais.

**Quadro 4.8 – Cuidados instrumentais**

Cuidados domésticos, financeiros – instrumentais		Sim	Não	Total
Higiene	Count	103	43	146
	%	70,5%	29,5%	100,0%
Alimentação	Count	105	40	145
	%	72,4%	27,6%	100,0%
Vestir	Count	83	55	138
	%	60,1%	39,9%	100,0%
Gerir o dinheiro/apoio económico	Count	94	47	141
	%	66,7%	33,3%	100,0%
Tomar medicação	Count	102	45	147
	%	69,4%	30,6%	100,0%
Limpar a casa	Count	87	55	142
	%	61,3%	38,7%	100,0%
Ir ao médico	Count	107	38	145
	%	73,8%	26,2%	100,0%
Ir às compras	Count	64	50	114
	%	56,1%	43,9%	100,0%
Supervisionar os cuidados necessários	Count	76	46	122
	%	62,3%	37,7%	100,0%

Dos cuidados instrumentais, as idas ao médico, a alimentação, a higiene e a toma da medicação são os mais frequentes. Seguem-se a gestão do dinheiro e o apoio económico, a limpeza da casa, o vestir, a supervisão dos cuidados necessários e a ida às compras. Estes cuidados são efectuados pela família nuclear, pela filha, esposa/o e filho, por esta ordem.

Por exemplo, os cuidados de higiene pessoal, o vestir, a limpeza da casa, a ida às compras e supervisionar os cuidados necessários são efectuados pela filha, seguida da esposa/o e do filho. A alimentação, a gestão do dinheiro e o apoio económico, a ida ao médico e a toma da medicação são realizados pela esposa, filha e filho. Além destes, os cuidados instrumentais são também prestados pelos irmãos, noras, sobrinhos, mãe, cunhada e netos, ainda que com menor

representatividade. Na prestação de cuidados de higiene pessoal, surgem também os vizinhos, a pessoa contratada e os voluntários, e nos outros cuidados instrumentais, a amiga e a sogra estão também representados. Apesar de tudo, os cuidados instrumentais são desempenhados sobretudo pelos cuidadores primários.

**Quadro 4.9 – Cuidados expressivos**

Cuidados afectivos emocionais – expressivos				
		Sim	Não	Total
Apoio emocional em situações de stress	Count	131	21	152
	%	86,2%	13,8%	100,0%
Apoio moral/fortalecimento da auto-estima	Count	103	36	139
	%	74,1%	25,9%	100,0%
Escutar/conversar/interagir	Count	110	29	139
	%	79,1%	20,9%	100,0%
Celebrar aniversário	Count	89	21	110
	%	80,9%	19,1%	100,0%
Passear	Count	51	52	103
	%	49,5%	50,5%	100,0%

Os cuidados expressivos mais frequentes são o apoio emocional em situações de stress, o escutar/conversar/interagir, o apoio moral e o fortalecimento da auto-estima. São prestados pela família nuclear, pelas filhas, esposa(o) e filho, por esta ordem. Celebrar o aniversário e passear são efectuados preferencialmente pelos filhos, filhas e esposa(o). Existem ainda outros familiares que prestam apoio, como é o caso dos irmãos, netos, sobrinhos e noras.

Este apoio é prestado pelas pessoas individualmente e/ou por um conjunto de elementos: as filhas, as esposa(os), os genros; os irmãos e os sobrinhos; os filhos e as filhas; as netas e as noras; as noras e os filhos; a irmã, a cunhada e a neta; a irmã e a sobrinha. Também os amigos, vizinhos, voluntários e pessoa contratada prestam estes cuidados, que demonstram ter maior expressão de cuidadores secundários do que nos cuidados instrumentais.

**Quadro 4.10 – Cuidados estratégicos**

Cuidados informativos – estratégicos				
		Sim	Não	Total
Informar direitos, deveres e recursos sociais	Count	47	51	98
	%	48,0%	52,0%	100,0%
Informar sobre a situação de saúde	Count	57	42	99
	%	57,6%	42,4%	100,0%
Ensinar o idoso a cuidar de si próprio	Count	35	63	98
	%	35,7%	64,3%	100,0%
Aconselhar sobre assuntos do quotidiano	Count	59	52	111
	%	53,2%	46,8%	100,0%
Incentivar a participação em cuidados sociais e culturais	Count	34	60	94
	%	36,2%	63,8%	100,0%

Os cuidados estratégicos não têm tanta representação como os instrumentais e expressivos. Aqui predomina o aconselhamento sobre assuntos do quotidiano, a informação sobre direitos, deveres e recursos sociais disponíveis, assim como a informação sobre a situação de saúde. Estes cuidados, os estratégicos, são prestados preferencialmente pela família nuclear, a filha, a esposa e o filho. Ensinar o idoso a cuidar de si próprio e incentivar a participar nos cuidados sociais e culturais são da responsabilidade da filha, do filho e da esposa, por esta ordem. Existem ainda outros familiares que prestam apoio, nomeadamente as irmãs, as netas, as noras e os sobrinhos individualmente e um conjunto de pessoas como: a filha, o filho e a nora; a filha, a esposa e os genros; os filhos e os netos. Com menos expressão, este apoio é ainda prestado pela pessoa contratada, por voluntários e amigos(as).

Em termos quantitativos, os cuidados com mais representação são os instrumentais, seguidos dos expressivos e dos estratégicos. Estes cuidados são prestados preferencialmente pela família nuclear, esposa(o), filhas e filhos, com especial destaque para os primeiros. Além da família nuclear, existem ainda outros familiares que complementam e/ou substituem o apoio familiar, como são as noras, genros, sobrinhas(os), netas(os) e irmãos e outras pessoas, como amigos, voluntários, vizinhos e pessoas contratadas, em particular nos cuidados expressivos e estratégicos. Quando analisamos a variável cuidados prestados pelos familiares com o tipo de SAD, verificamos que todos os coordenadores integram no diagnóstico os cuidados instrumentais e expressivos prestados pelos familiares. Mas no que diz respeito aos cuidados estratégicos, nem todos o valorizam de igual modo. Constatamos que no SAD orientado para a manutenção/sustentação estes dados nem sequer são valorizados.

#### *Relação com as instituições da comunidade*

Na relação do cliente com as instituições da comunidade, analisámos o tipo de instituição e o serviço de que usufruem. Foram identificadas diversas instituições com serviços na comunidade – o centro de saúde, a autarquia (a câmara municipal e a junta de freguesia) outras IPSS, a polícia, os bombeiros, as paróquias, as entidades privadas de saúde, o cabeleireiro e o supermercado – e medida a frequência de utilização do serviço numa escala de “nunca”, “às vezes” e “sempre”. Verificámos que existem três instituições que se destacam: o centro de saúde, os bombeiros e as entidades privadas de saúde. Na primeira, 73,8% dos sujeitos usufruem de consulta médica às vezes e 23,8% usufruem sempre. De cuidados continuados, 39,5% usufruem às vezes e 10,5% sempre. No que respeita aos bombeiros, 33,3% usufruem de transporte às vezes, 2,6% sempre e 7,1% usufruem de fisioterapia às vezes. Das entidades privadas de saúde usufruem de consulta médica às vezes em 18,8% e sempre em 12,5%. Dos cuidados de

fisioterapia, 10,3% às vezes e 3,4% sempre e ainda de serviços de enfermagem, 11,5% às vezes e 3,8% sempre.

Verificámos a utilização de serviços de cabeleireiro com tratamento de cabelo e manicura às vezes em 20,0% dos casos e sempre em 10,0%, dos serviços da autarquia e câmara municipal às vezes em 10,0% dos sujeitos e sempre em 3,3%, nomeadamente actividades lúdicas e culturais. Usufruem às vezes de transporte 36,5% e 3,3% usufruem sempre. Também do transporte da junta de freguesia usufruem às vezes 6,9% e 3,4% usufruem às vezes de actividades lúdicas e culturais dessa entidade. Usufruem sempre de cuidados sociais de outra IPSS 12,1% e 7,7% usufruem às vezes de serviços da política do programa Segurança 65. Para terminar, constatámos que 7,2% frequenta às vezes os serviços religiosos paroquiais e que 7,1% utiliza sempre o serviço de voluntariado, assim como os serviços do supermercado, nomeadamente levar às vezes as compras a casa em 8%. Além destas entidades e serviços, verificámos que os clientes do SAD se relacionam com pessoas das instituições referidas anteriormente, mas também com amigos, voluntários e vizinhos. Os contactos pessoais são sempre com os profissionais das instituições referenciadas em 74,6% dos casos, às vezes com os vizinhos em 67,8%, e às vezes com os amigos em 66,3%.

### **Processo de identificação de problemas, capacidades e necessidades**

Os tipo de situações apresentadas no SAD variam com a proveniência das mesmas – Figura 4.2. Nos casos em que é o próprio que pretende aceder ao SAD, a situação apresentada caracteriza-se pela identificação de necessidades básicas (EC1; EC4) e de problemas de fragilidade social e défice de conhecimento das suas necessidades (EC1 e EC4). No caso dos familiares são identificados problemas de como actuar em situações complexas de dependência, como actuar em situação de indisponibilidade para cuidar, desgaste e necessidade de tempo de descanso (EC1; EC2; EC4). Estes problemas remetem para determinadas necessidades dos cuidadores, nomeadamente alargamento dos cuidados e cuidados específicos para si próprios que complementem a acção familiar (EC2; EC4). Existem outras questões que se destacam: melhorar os cuidados prestados (EC2), prestar cuidados de subsistência, melhorar a informação dada sobre os serviços disponíveis (EC4). As necessidades manifestadas pela família incidem nos aspectos negativos, sobretudo no que se refere à sobrecarga (Figueiredo, 2007; Sequeira, 2007), mas também na preocupação com informação e formação.

**Figura 4.2 – Tipo de situações identificadas**

Entidades que sinalizam as situações		Nº de respostas	Tipo de situações identificadas (problemas e necessidades)	Nº de respostas
<b>O grupo familiar</b>	O próprio	EC1; EC4	Necessidades básicas – banho e alimentação	EC1; EC4
			Situações de fragilidade social – pobreza	EC1
			Situações de solidão e isolamento	EC1; EC4
			Desconhecimento das reais necessidades do cliente	EC4
	A família	EC1; EC2; EC3; EC4	Desgaste familiar (físico e psíquico)	EC2
			Necessidade de tempo de descanso	EC2
			Apoio familiar para cuidar de situações complexas de idosos dependentes	EC1; EC2; EC4
			Indisponibilidade familiar para cuidar	EC2; EC4
			Melhorar os cuidados prestados pelos familiares	EC2
			Prestar cuidados de subsistência	EC4
Os serviços públicos e	Os hospitais e os centros de saúde	EC1; EC2; EC3; EC4	Prestar informação sobre os serviços disponíveis para apoio na dependência do idoso	EC4
			Complemento da acção familiar	EC2; EC4
<b>Outras entidades</b>	Os hospitais e os centros de saúde	EC1; EC2; EC3; EC4	Indisponibilidade familiar para cuidar	EC1; EC4
			Situações de alta hospitalar/dependência com necessidade de cuidados/convalescença	EC1; EC2; EC3
			Situações de privação económica e outras situações de fragilidade social	EC1
			Apoio em ajudas técnicas	EC4
	A escola	EC4	Não respondem	
Os vizinhos/amigos	EC2; EC3; EC4	Não respondem		
		Não respondem		
Outras instituições	EC2	Não respondem		
		Não respondem		

Fonte: Entrevistas aos coordenadores de SAD das instituições estudadas

Já as entidades públicas (hospitais e centros de saúde) apresentam problemas relacionados com as situações de alta hospitalar (EC1; EC2; EC3), indisponibilidade dos familiares para cuidar (EC1; EC4) e situações de privação económica e de fragilidade social (EC1). Estes problemas revelam necessidade de cuidados de convalescença e ajudas técnicas (EC4). Além destas entidades, foram identificadas outras que sinalizam situações de dependência ao SAD, como a escola, os vizinhos e outras instituições, mas os coordenadores não identificaram especificamente o tipo de situações apresentadas pelas mesmas.

Como demonstrámos, apesar de existirem algumas semelhanças relativamente à proveniência dos casos ou das situações problema, estes também apresentam uma certa assimetria. Identificámos três tendências: a primeira diz respeito aos sujeitos, a segunda aos familiares e a terceira à organização do serviço. Nos sujeitos estudados, destacamos a fragilidade social com 47,8%, as situações de abandono e isolamento com 9,5% e as situações de carência económica com 5,5%. Também se deve referir a dependência moderada com 21,4%, a dependência grave com 18,9% e a dependência leve com 15,4%. Estas situações revelam necessidades de apoio para as AVD com 43,3% e para as AIVD com 27,9%. Quanto aos problemas das famílias, foram consideradas a indisponibilidade de apoio familiar em 46,8% e a violência física e psíquica em 5,5%. Por último, entre as questões que dizem respeito à

organização do serviço. Identificámos a residência na área de abrangência dos SAD em 26,4% dos casos e a existência de vaga em 24,9%. Destes factores, prevalecem quantitativamente os que se referem à população-alvo e à organização do serviço.

A síntese diagnóstica centra-se na identificação de problemas e necessidades da pessoa idosa e do familiar cuidador. Esta tendência está implícita nas orientações da política em Portugal e nas normas e regras por que se regem as instituições de solidariedade – visando a satisfação das carências individuais. Os profissionais de Serviço Social concretizam essas orientações por um processo de regulação dessas medidas centradas nos problemas associados a situações de pobreza e para a satisfação de necessidades básicas dos sujeitos.

Nesta análise são privilegiadas dimensões objectivas, factuais, nomeadamente a identificação pessoal e familiar, a situação económica, a situação de saúde e o nível de dependência. Destas, salientámos as características sociográficas, entre as quais a escolaridade e a profissão do cliente, que ainda não são valorizadas por todos os profissionais como causas da dependência. A distribuição do rendimento é percebida quase exclusivamente como rendimento das pensões de reforma do agregado e despesas, incluindo-se nestas últimas a gestão da doença e da incapacidade, a gestão do domicílio, a renda de casa, a água a luz o gás e o telefone. Os níveis de dependência são aferidos pela identificação das situações de doença através de relatório médico e da aplicação de escalas que medem a capacidade para as AVD e AIVD.

Apesar de esta análise se centrar nas pessoas dependentes e em situação de exclusão é também contemplada a situação familiar no que se refere à composição do agregado e pessoa da família responsável pela pessoa idosa. Subsiste a preocupação em conhecer a família nuclear e alargada e uma relativa preocupação com a identificação das responsabilidades e cuidados prestados pelos mesmos, em particular os cuidados instrumentais, assim como com a integração social nas instituições sociais e de saúde.

No processo de avaliação diagnóstica são realizados procedimentos que implicam o atendimento na instituição e no domicílio e o registo do observado pelos profissionais em fichas próprias. O atendimento requer uma relação empática, subjectiva e uma relação objectiva de levantamento de dados de caracterização pessoal, social e de saúde do agregado familiar da pessoa idosa. Na interacção, ou comunicação, com a pessoa idosa e o seu agregado, é dada relevância ao contexto familiar.

As pessoas são auscultadas sobre o que sentem e o que necessitam, mas as suas expectativas só são integradas na análise diagnóstica e no plano se corresponderem ao conceito/resposta do apoio domiciliário e aos pressupostos da acção profissional no SAD. Este processo negligencia, nas pessoas idosas, as competências para participarem e as capacidades de

decidirem quais os cuidados de que necessitam. A competência para participar é orientada para o cuidador familiar. Na maior parte dos casos, é este que participa na decisão sobre os cuidados a serem prestados. Apesar desta participação, a função de cuidar destes sujeitos é desvalorizada, o que significa que os cuidados a prestar aos cuidadores familiares, como tempo de descanso, pagamento da função de cuidar, formação ou apoio em grupos de auto-ajuda não estão incluídos no plano de cuidados (aliás, como vamos ver, nem sequer existem). O cuidador familiar torna-se implicitamente num supervisor dos cuidados prestados pelo SAD à pessoa idosa.

Na avaliação diagnóstica, os problemas são homogeneizados por padrões de fragilidade social e definidas necessidades tendo em conta a capacidade dos sujeitos para a realização das AVD e AIVD, reportando-se aos níveis de dependência, moderado, grave, leve, mas também, ainda que com menos expressão, a situações de abandono e isolamento e de carência económica. Esta avaliação é conceptualizada dentro do quadro de referência das políticas e das instituições de solidariedade, quanto às suas finalidades, princípios, valores, estruturação e recursos disponíveis no SAD (cf. Iliffe e Drennan, 2005; Sousa et al., 2007:57).

O diagnóstico centra-se não nas causas dos problemas mas nas suas consequências. Quer numas, quer noutras, a capacidade da resposta social do SAD é limitada aos recursos existentes, o que torna a avaliação diagnóstica num instrumento factual, linear e estático. As instituições sentem dificuldade em gerar recursos para suportar os problemas dependência e da fragilidade dos idosos e dos problemas das famílias e suas necessidades – até porque muitos destes problemas são estruturais, designadamente a fragilidade dos idosos associada à pobreza ou mesmo a indisponibilidade familiar para cuidar. Vejamos de seguida como é realizado o plano de cuidados, a sua prestação e o modo como os clientes são acompanhados.

### **3 – Plano de intervenção: cuidados prestados e acompanhamento**

O plano de intervenção representa uma inter-relação da avaliação da situação-problema e o diagnóstico ou *assessment* (Holloway, 2005: 54). Para concretizar estes procedimentos, é realizado um plano de prestação de cuidados sob a forma de contrato de prestação de serviços – Figura 4.3. Este plano é elaborado exclusivamente pela coordenação do SAD, centra-se unicamente nas necessidades do cliente de uma forma explícita e no familiar cuidador de uma forma implícita. Significa que não existem cuidados explicitamente dirigidos ao cuidador mas este, apesar de tudo, beneficia dos mesmos sobretudo no alívio da função de cuidar. O plano inclui os serviços prestados (EC1; EC2; EC3; EC4), a organização do processo de prestação de cuidados (EC1; EC2; EC3; EC4) a pessoa que o presta, o custo dos cuidados (EC2), as

expectativas dos clientes (EC1; EC2; EC3) e a avaliação do processo de prestação de cuidados (EC1). A família adquire o papel de informadora, de decisora, substituindo o direito de a pessoa idosa decidir por si própria, e também de supervisora dos cuidados prestados pelo SAD.

**Figura 4.3 – Componentes do plano de cuidados**

Componentes do plano de cuidados	Integração do cliente	Integração da família cuidadora	Nº de respostas
Serviços prestados	Tipo de cuidados (higiene, alimentação, ajudas técnicas, cuidados continuados; limpeza do domicílio e serviços externos)	Não	EC1; EC2; EC3; EC4
Organização do processo de Prestação dos cuidados	Dias e horas da prestação	Não	EC1; EC2; EC3; EC4
Pessoa que presta apoio	Identificação da pessoa ou pessoas que presta(m) o apoio	Não	EC2
Custo dos cuidados	Valor a pagar por cada serviço	Não	EC2
Expectativas dos clientes	Ouvir	Prevalece a vontade da família	EC1; EC2; EC3
Avaliação do processo de prestação de cuidados		Família supervisora	EC1

Fonte: Entrevistas aos coordenadores de SAD das instituições estudadas

Os coordenadores apresentam várias explicações para justificar o porquê de o familiar substituir a pessoa idosa nas decisões que lhe dizem respeito. Uma delas é o facto de existirem “*situações complicadas quando a família pensa uma coisa e o próprio pensa outra e o que prevalece é a família*” (EC2). Outro exemplo é quando os coordenadores consideram as expectativas no plano de cuidados, escutando-as, mas no momento da prestação dos cuidados considerarem que tecnicamente é necessário “*dar a volta à situação*”, como nos explica um dos coordenadores de uma instituição religiosa paroquial:

*“Nós procuramos conhecer o utente, ouvi-lo e perceber o que ele realmente quer e (...) o que é que o faz feliz. Vamos ser muito claros, o que é que o faz feliz? Isso para nós é importante, agora, se conseguimos conciliar pois com certeza que temos esse cuidado, se não conseguimos, procuramos sempre (...) não enganar as pessoas mas de certa maneira dar a volta à situação.”* (EC1)

O que significa “dar a volta à situação”? Significa adequar as expectativas do idoso tendo em conta as possibilidades e capacidades de respostas do SAD, ou seja adequar os recursos disponíveis a algumas necessidades identificadas:

*“Estabeleço o esquema em função dessas necessidades, sempre que possível. Enfim, ou deixamos a pessoa dizer, então diga pronto aquilo que lhe dava mais jeito a si ou aquilo que era mais necessário para si, se seria todos os dias, dia sim, dia não. Se a pessoa tiver dificuldade, porque às vezes a pessoa tem dificuldade em dizer ou porque não tem capacidade ou porque (...), outra possibilidade é apresentarmos nós, talvez seja mais fácil multiple choice: olhe nós temos este horário assim. Para as suas necessidades o que é que acha que é melhor?” (EC2)*

Estes exemplos estão de acordo com o estudo de Iliffe e Drennan (2005), quando se referem ao modo como os profissionais efectuam o *assessment in need* – avaliação das necessidades. Apesar de as orientações da política considerarem que a análise das necessidades e o acesso aos recursos devem ser efectuados de acordo com as expectativas dos clientes dos serviços, esse procedimento não se verifica na prática. Na maioria das vezes, são os profissionais que decidem quais os serviços a que a pessoa idosa irá ter acesso. Essa decisão está de acordo não com os problemas ou com as reais necessidades dos clientes, mas com os recursos disponíveis, e o mesmo acontece também nestes SAD. As necessidades das pessoas são objectivadas pela necessidade de cuidados de alimentação, de limpeza do domicílio, de higiene pessoal, de fisioterapia entre outros. As necessidades são adaptadas aos recursos disponíveis em cada SAD.

Os estudos realizados por Fulmer e O'Malley (1987) em países onde o aumento da longevidade se coloca há mais tempo, como é o caso dos EUA, revelam que não é pelo facto de serem idosas que as pessoas não têm capacidade de decisão e de reflexão. O que acontece muitas vezes é que os profissionais e os familiares convencem a pessoa de que ela está ou vai estar incapaz, restringindo os seus direitos individuais (cf. Fulmer e O'Malley, 1987: 131). Este procedimento é mais comum na área da saúde, sobretudo na gestão das altas hospitalares. Nestes casos, e quando está mais fragilizada, a pessoa idosa é encaminhada quase compulsivamente para equipamentos sociais. Mas este procedimento é também realizado noutros contextos – sobretudo quando os serviços são escassos ou estão sobrecarregados, os profissionais tendem a adequar as necessidades aos recursos existentes (cf. Iliffe e Drennan, 2005). Há assim uma gestão das necessidades em função dos recursos.

Outra dificuldade na integração das expectativas dos clientes no plano de cuidados é estas serem consideradas, por vezes, “*muito altas*” pelos coordenadores. Significa que algumas pessoas, mais escolarizadas e com mais informação, têm noção dos seus direitos e reivindicam um certo tipo de serviços que entendem estar de acordo com as suas necessidades. Como refere

uma coordenadora: *“Tenho mais dificuldade (...) de satisfazer as exigências da área, quando são pessoas mais esclarecidas, (...) têm noção dos seus direitos”* (EC4).

Quanto mais altas são as expectativas dos clientes, mais dificuldade tem o SAD em responder às mesmas e, de modo inverso, quanto mais baixas são as expectativas dos sujeitos, mais facilidade há em responder. Os clientes mais escolarizados e com maior nível de informação não estão incluídos no padrão normal dos clientes a que estas instituições e profissionais estão habituados, e por isso torna-se difícil, se não mesmo impossível, atender às suas expectativas.

A não integração das expectativas do cliente no diagnóstico e no plano de cuidados revela a prevalência da análise profissional sobre aquelas, mas também a inadequação ou insuficiência dos recursos face às necessidades identificadas na avaliação diagnóstica. Esta questão é ainda mais delicada quando se está a falar de uma população-alvo considerada como um grupo de risco que necessita não só de cuidados efectivos mas também de medidas de protecção social para o exercício da autonomia e da participação.

Em síntese, ao analisarmos as questões que habitualmente são apresentadas à coordenação dos SAD, considerámos também os factores que levam aquela a admitir as pessoas idosas. Neste sentido, questionámos sobre quem tem apoio. Apesar de termos identificado as pessoas idosas e os familiares como grupos distintos relativamente aos problemas e às necessidades expressas, verificamos que o apoio do SAD se dirige preferencialmente às pessoas idosas de uma forma explícita e aos familiares de uma forma implícita.

Verifica-se uma simetria na análise diagnóstica e na elaboração do plano de prestação de cuidados em todos os SAD estudados. Esta refere-se à contextualização de problemas e de necessidades. Estas últimas são transformadas em objectivos e acções tendo em conta os recursos existentes. Assim, é definido que a pessoa idosa necessita de alimentação, de higiene pessoal ou de outro serviço disponível no SAD. O plano funciona como uma prescrição de cuidados onde as prioridades são definidas em função da necessidade de alimentação, de higiene e não de problemas pessoais e familiares, como por exemplo a incapacidade de cuidar de si ou da família em cuidar da pessoa idosa dependente. O plano de cuidados não integra uma concepção de SAD integrada e dinâmica (Rodríguez e Sánchez, 2002) nem está de acordo com os padrões de qualidade (MTS, 2005). Vejamos de seguida quais os cuidados que efectivamente os clientes usufruem tendo em conta os dados recolhidos no questionário.

## Cuidados formais prestados nos SAD e profissionais que os prestam

Os cuidados prestados pelo SAD foram tipificados em básicos instrumentais, complementares e especializados. Os primeiros integram alimentação e acompanhamento na refeição, higiene pessoal e tratamento de feridas, vestir e cuidados de beleza, lavar os dentes, mudar a cama, adequar o domicílio à dependência eliminando os obstáculos, apoio na mobilidade em casa, limpeza da casa/conforto, lavanderia e passar a ferro – Quadro 4.11.

**Quadro 4.11 – Cuidados básicos instrumentais\* Periodicidade**

		Semana e fins-de-semana	5 x semana	4 x semana	3 x semana	2 x semana	1 x semana	Fins-de-semana/feriados	Total
Alimentação	Count	20	102	4	1		2		129
	%	15,5%	79,1%	3,1%	,8%		1,6%		100,0%
Acompanhamento na refeição	Count	4	5	1	1	2			13
	%	30,8%	38,5%	7,7%	7,7%	15,4%			100,0%
Higiene pessoal e tratamento de ferimentos	Count	7	27	7	23	26	19		109
	%	6,4%	24,8%	6,4%	21,1%	23,9%	17,4%		100,0%
Vestir, cuidados de beleza	Count	5	4	3	3	6	3		24
	%	20,8%	16,7%	12,5%	12,5%	25,0%	12,5%		100,0%
Lavar os dentes	Count	3	7	2		1	2	1	16
	%	18,8%	43,8%	12,5%		6,3%	12,5%	6,3%	100,0%
Mudar a roupa da cama	Count		1		2	7	33		43
	%		2,3%		4,7%	16,3%	76,7%		100,0%
Adequar o domicílio à dependência eliminando os obstáculos	Count			1			2		3
	%			33,3%			66,7%		100,0%
Apoio na mobilidade em casa	Count	1	2	1			2		6
	%	16,7%	33,3%	16,7%			33,3%		100,0%
Limpeza de casa/conforto	Count	1		1	1	5	12		20
	%	5,0%		5,0%	5,0%	25,0%	60,0%		100,0%
Lavanderia	Count					3	3		6
	%					50,0%	50,0%		100,0%
Passar a ferro	Count				2	2	1		5
	%				40,0%	40,0%	20,0%		100,0%

Nos cuidados básicos instrumentais verifica-se que os cuidados de alimentação, a higiene pessoal e o tratamento de ferimentos são os mais frequentes. A alimentação é prestada cinco vezes por semana em 79,1% dos casos, durante a semana e aos fins-de-semana em 15,5%, quatro vezes por semana em 3,1%, uma vez por semana em 1,6% e três vezes por semana em 0,8%. A higiene pessoal e o tratamento de ferimentos são prestados cinco vezes por semana em

24,8% dos casos, duas vezes por semana em 23,9%, três vezes por semana em 21,1%, uma vez por semana em 17,4% e quatro vezes por semana / durante a semana / aos fins-de-semana em 6,4% dos casos.

Segue-se por ordem decrescente a mudança da roupa da cama uma vez por semana com 76,6%, duas vezes por semana com 16,3%, três vezes por semana com 4,7%, e cinco vezes por semana com 2,3%. Sucedem-se os cuidados com o vestir e os cuidados de beleza, a limpeza da casa/conforto, lavar os dentes, acompanhamento da refeição, serviço de lavanderia, passar a ferro e, por último, adequação do domicílio à dependência eliminando os obstáculos. Estes cuidados são fornecidos predominantemente todos os dias úteis, durante a semana e aos fins-de-semana, e uma vez por semana.

Se efectuarmos uma análise pormenorizada aos SAD que prestam este tipo de cuidados, verificamos que existe uma distribuição equitativa entre eles, sobretudo no serviço de alimentação. O SAD que se orienta para a manutenção/sustentação é o que mais cuidados de alimentação fornece, usufruindo do mesmo 32,5% dos sujeitos. Destes, 28,6% têm este serviço todos os dias da semana. No SAD do alargamento relativo, 27,9% recebem alimentação todos os dias da semana. O SAD da diversidade/inação distribui alimentação a 23,2% dos sujeitos, sendo que 18,56% usufruem do mesmo todos os dias da semana, 3,8% ao fim-de-semana e só 0,77% recebe uma vez por semana. O SAD do alargamento substantivo é o que menos presta este tipo de serviço. Usufruem dele 17,05% e destes, 3,8% têm refeição todos os dias da semana, 7,75% todos os dias, incluindo fim-de-semana e a restante percentagem usufrui do serviços quatro, três e uma vez por semana.

Já no que diz respeito à higiene pessoal e ao tratamento de ferimentos, destacam-se dois SAD que o fazem todos os dias da semana a 12,8% dos clientes (alargamento substantivo) e 9,17% (manutenção/sustentação). Grosso modo, o SAD do alargamento substantivo apresenta-se como o que fornece mais este tipo de cuidados, com 41,28%, a que se segue o da manutenção/sustentação com 36,69%, o do alargamento relativo com 18,34% e, por último, o do diversidade/inação com 12,84%.

Identificamos também o SAD do alargamento substantivo como aquele que fornece mais cuidados instrumentais, nomeadamente acompanhamento da refeição, vestir e cuidados de beleza, lavar os dentes, mudar a roupa da cama, apoio na mobilidade em casa, lavanderia e passar a ferro. O SAD da diversidade/inação, para além dos cuidados identificados, fornece também apoio na adequação do domicílio à dependência eliminando os obstáculos e na limpeza de casa e conforto. O SAD do alargamento relativo presta os mesmos cuidados que os restantes excepto o acompanhamento na refeição e o passar a ferro.

Os cuidados complementares integram serviço de cabeleireiro, manicura e pedicura, realizar compras e entregar no domicílio, acompanhar em saídas a exterior, ajudar o idoso a escolher a ementa, acompanhar o idoso a votar, gerir o dinheiro, ajudas técnicas, adaptação e obras no domicílio, administração de medicamentos, transporte e apoio em tempo de descanso ao cuidador – Quadro 4.12.

Comparativamente com os cuidados básicos instrumentais, verifica-se que só uma reduzida parte dos sujeitos usufrui de cuidados complementares. Destacam-se as ajudas técnicas, seguidas do acompanhamento em saídas ao exterior, dos serviços de manicura e pedicura e das compras com entrega no domicílio. Existem ainda, mas com muito pouca expressão, os cuidados na administração de medicamentos, a ajuda à pessoa idosa na escolha da ementa, os transportes e o apoio em tempo de descanso do cuidador, a adaptação/obras no domicílio, a gestão do dinheiro e o serviço de cabeleireiro. Em nenhum dos casos a pessoa idosa foi acompanhada a votar. Estes cuidados são predominantemente prestados uma vez por semana e durante a semana, incluindo os fins-de-semana, com destaque para as ajudas técnicas e o acompanhamento em saídas ao exterior.

**Quadro 4.12 – Cuidados complementares \* Periodicidade**

		Semana e fins-de-semana	5 x semana	4 x semana	2 x semana	1 x semana	Fins-de-semana/feriados	Total
Serviço de cabeleireiro	Count					1		1
	%					100,0%		100,0%
Serviço de manicura e pedicura	Count				1	4		5
	%				20,0%	80,0%		100,0%
Realizar compras e entregar no domicílio	Count					5		5
	%					100,0%		100,0%
Acompanhar em saídas ao exterior	Count		1			8		9
	%		11,1%			88,9%		100,0%
Ajudar o idoso a escolher a ementa	Count					2		2
	%					100,0%		100,0%
Acompanhar o idoso a votar	Count							
	%							
Gestão do dinheiro (contas)	Count		1					1
	%		100,0%					100,0%
Ajudas técnicas	Count	10	5			1		16
	%	62,5%	31,3%			6,3%		100,0%
Adaptações/obras no domicílio	Count					1		1
	%					100,0%		100,0%
Administração de medicamentos	Count	2	1					3
	%	66,7%	33,3%					100,0%
Transporte	Count			1		1		2
	%			50,0%		50,0%		100,0%
Apoio em tempo de descanso do cuidador	Count						1	1
	%						100,0%	100,0%

Os cuidados complementares são prestados preferencialmente por três SAD, nomeadamente o da diversidade/inação em 37% dos clientes, o do alargamento relativo em 32,6% e o do alargamento substantivo em 30,4%. Significa que o SAD da manutenção/sustentação não fornece nenhum tipo de cuidado complementar. Aliás, já tínhamos confirmado que este SAD se centra quase exclusivamente em dois tipos de cuidados básicos instrumentais: a alimentação e a higiene.

Os cuidados especializados englobam aconselhamento legal, serviços religiosos, apoio psicossocial ao cuidador e ao utente, grupos de auto-ajuda ao cuidador e formação ao cuidador, cuidados médicos, cuidados de enfermagem, cuidados de reabilitação física, actividades de animação no exterior, terapia ocupacional, terapia da fala, terapia com animais e outras – Quadro 4.13. Estes incidem sobretudo no apoio psicossocial ao utente e no apoio psicossocial ao cuidador e também, ainda que com menos representatividade, nos cuidados de reabilitação física, actividades de animação no exterior, cuidados de enfermagem, formação ao cuidador familiar e serviços religiosos. Estes cuidados especializados têm uma fraca representatividade no total de pessoas apoiadas pelo SAD. Verifica-se também que não existem serviços de aconselhamento legal, grupo de auto-ajuda ao cuidador, cuidados médicos, terapia ocupacional, terapia da fala ou terapia com animais.

**Quadro 4.13 – Cuidados especializados \* Periodicidade**

		Semana e fins-de-semana	5 x semana	3 x semana	2 x semana	1 x semana	Total
Aconselhamento legal	Count						
	%						
Serviços religiosos	Count					1	1
	%					100,0%	100,0%
Apoio psicossocial ao cuidador	Count			1	1	9	11
	%			9,1%	9,1%	81,8%	100,0%
Apoio psicossocial ao utente	Count				1	22	23
	%				4,3%	95,7%	100,0%
Grupo de auto-ajuda ao cuidador	Count						
	%						
Formação ao familiar cuidador	Count		1			2	3
	%		33,3%			66,7%	100,0%
Cuidados médicos	Count						
	%						
Cuidados de enfermagem	Count	1		1	1	2	5
	%	20,0%		20,0%	20,0%	40,0%	100,0%
Cuidados de reabilitação física	Count			3	2	5	10
	%			30,0%	20,0%	50,0%	100,0%
Actividades de animação no exterior	Count					9	9
	%					100,0%	100,0%
Terapia ocupacional	Count						
	%						
Terapia da fala	Count						
	%						
Terapia com animais	Count						
	%						

Ao analisarmos os cuidados especializados e a instituição que os presta, verificamos que no SAD orientado para a manutenção contínua a não existir nenhuma resposta neste âmbito. Neste tipo de cuidados, destaca-se o SAD da diversidade/inação, que presta cuidados especializados a 65,75% dos clientes, nomeadamente em apoio psicossocial ao cuidador em 12,3% dos casos e ao próprio cliente em 27,3%, formação aos cuidadores em 1,4%, cuidados de enfermagem também em 1,4 %, cuidados de reabilitação em 12,3% e actividades no exterior também em 12,3%. Segue-se o SAD orientado para o alargamento relativo com 10,9% dos clientes, incluindo apoio psicossocial ao cuidador em 2,75% das pessoas, ao cliente em 4,08%, formação ao familiar em 2,75% e cuidados de enfermagem em 1,36%. Por último, o SAD de alargamento substantivo presta cuidados especializados a 6,8%, em especial cuidados religiosos em 1,35% e cuidados de enfermagem em 5,44%.

Globalmente, verificamos que os cuidados são prestados preferencialmente às pessoas idosas. Os cuidados dirigidos aos familiares são o apoio em tempo de descanso do cuidador, os grupos de auto-ajuda e a formação do familiar cuidador, mas o número de familiares que deles usufrui não é estatisticamente significativo.

A análise pormenorizada ao tipo de SAD e ao tipo de instituição permite diferenciar as que se centram nos cuidados básicos instrumentais e as que, além destes, desenvolvem cuidados complementares e especializados. A primeira refere-se a uma instituição com menor complexidade e com SAD orientado para a manutenção/sustentação. As segundas referem-se a instituições tanto para a menor como para maior complexidade e orientam os SAD para o alargamento (relativo e substantiva) e diversidade.

Ao analisarmos o número de cuidados prestados em cada SAD a cada cliente – Quadro 4.14 –, verificamos que a tendência é para a prestação de um único tipo de cuidados a 49,0% e dois tipos de cuidados a 21,6% dos clientes. Se somarmos estas duas percentagens verificamos que a maioria dos clientes (70,6%) recebe exclusivamente dois tipos de cuidados, que são predominantemente a refeição e higiene pessoal.

Vejamos algumas especificidades se tivermos em conta cada SAD. O SAD orientado para a manutenção fornece exclusivamente alimentação ou higiene a 26,4% dos clientes (de todos os SAD estudados). O SAD orientado para o alargamento relativo também proporciona um único tipo de cuidados a 12,7% dos clientes. Porém, existem 4,7% que usufruem de dois tipos de cuidados, que podem ser alimentação e higiene, mas também outro tipo de cuidados básicos instrumentais, tais como vestir e cuidados de beleza, lavar os dentes, mudar a roupa da cama, limpeza da casa, lavandaria e passar a roupa a ferro ou outros cuidados complementares e

especializados. Existem ainda outros que usufruem de quatro (1,9%) e cinco (1,9%) tipos de cuidados, correspondendo a oito clientes. Um cliente usufrui de seis (0,5%) tipos de cuidados e um outro de sete (0,5%).

**Quadro 4.14 – Número de cuidados prestados a cada cliente de SAD**

Número de cuidados prestados		Manutenção sustentação	Alargamento relativo	Alargamento substantivo	Diversidade inovação	Total
1	Count %	56 26,4%	27 12,7%	10 4,7%	11 5,2%	104 49,0%
2	Count %	12 5,6%	10 4,7%	17 8,0%	7 3,3%	46 21,6%
3	Count %		3 1,4%	9 4,2%	7 3,3%	19 8,9%
4	Count %		4 1,9%	12 5,6%	5 2,3%	21 9,9%
5	Count %		4 1,9%	1 0,5%	2 0,9%	7 3,3%
6	Count %		1 0,5%	4 1,9%	2 0,9%	7 3,3%
7	Count %		1 0,5%	1 0,5%	2 0,9%	4 1,9%
8	Count %				2 0,9%	2 0,9%
9	Count %					
10	Count %					
11	Count %				2 0,9%	2 0,9%
Total		68 32%	50 23,5%	54 25,4%	40 18,9%	212 100%

O SAD orientado para o alargamento substantivo é o que fornece maior número de cuidados a cada cliente. O maior número de clientes usufrui de dois tipos de cuidados com 8%, seguido dos que usufruem de quatro tipos de cuidados em 5,6%, de um tipo de cuidados em 4,7% e de três tipo de cuidados em 4,2% Existem ainda clientes que usufruem de seis (1,9%) cinco (0,5%) e sete (0,5%) tipos de cuidados. Dentro desta diversidade destacam-se os cuidados básicos instrumentais com a higiene pessoal, a alimentação, o mudar a roupa de cama e o vestir e cuidados de beleza.

Por último, o SAD que se orienta para a diversidade e inovação proporciona um único tipo de cuidados a 5,2% dos clientes, que é essencialmente ou refeição ou a higiene. Seguem-se dois (3,3%) tipos de cuidados, três (3,3%), quatro (2,3%), cinco (0,9%), seis (0,9%), sete (0,9%),

oito (0,9%) e onze (0,9%) tipos de cuidados. Este SAD é o que presta cuidados mais diversificadas, incluindo cuidados básicos, complementares e especializados.

Ao analisarmos o tipo de cuidados fornecidos considerámos também quem são os profissionais que os proporcionam. Os cuidados básicos instrumentais são prestados sobretudo por ajudantes de apoio domiciliário e auxiliares de ajudante familiar. Neste tipo de cuidados destaca-se a adequação do domicílio, que é efectuada por vezes pela assistente social, coordenadora. Relativamente aos cuidados complementares, apesar de não terem expressão estatística, são igualmente prestados por ajudantes de apoio domiciliário e auxiliares de ajudante familiar – serviço de cabeleireiro prestado por voluntários e acompanhamento nas saídas ao exterior efectuada também pela ajudante de apoio domiciliário, pela auxiliar de ajudante familiar, pela assistente social e pelos voluntários.

As ajudas técnicas são organizadas pela ajudante de apoio domiciliário e transportadas pelo motorista. Quanto às actividades de animação no exterior, são lavadas a cabo pela assistente social e pela ajudante de apoio domiciliário. Nos cuidados especializados, o apoio psicossocial ao cuidador e ao cliente é prestado sobretudo pelas assistentes sociais, mas também por voluntários no SAD. Quer as actividades no exterior, quer o apoio especializado são fornecidas sobretudo pelo SAD orientado para a diversidade e também, neste último caso, pelo SAD do alargamento relativo. A formação ao cuidador é ministrada pela ajudante de apoio domiciliário e também pela assistente social.

O tempo de permanência dos clientes no SAD varia entre um mês e mais de seis anos. A grande maioria dos clientes de SAD, 70,7%, usufrui dos serviços há mais de um ano. Destes, 34,1% usufruem dos serviços há 1-2 anos, 26% há 3-5 anos e 10,6% há mais de 6 anos. Os restantes 29,3% usufruem dos serviços há menos de um ano: 12,5% há 1-3 meses, 7,7% há 7-12 meses, 4,3% há 4-6 meses e 2,4% usufrui do serviço há menos de um mês.

### **Acompanhamento**

Depois de organizado o processo social com o diagnóstico e definido o plano de cuidados, inicia-se a prestação dos mesmos. Esta requer da parte da coordenação um acompanhamento *on-going*, isto é, monitorização da intervenção propriamente dita. O acompanhamento é efectuada em reuniões periódicas com as ajudantes de apoio domiciliário (EC1; EC2; EC3; EC4), na análise dos registos dos serviços prestados pelas ajudantes de apoio domiciliário em casa do cliente do serviço (EC1), e também por um acompanhamento mais próximo do indivíduo através de visitas

domiciliárias, telefonemas, conversas informais com a pessoas e/ou familiar cuidador (EC1; EC2; EC3; EC4).

Ao analisarmos os questionários também verificamos que o acompanhamento do processo de intervenção e prestação dos cuidados é realizado preferencialmente em reuniões com as ajudantes de apoio domiciliário e em reuniões com os familiares. Além destes procedimentos, os coordenadores realizam visitas domiciliárias para a reformulação do plano de cuidados, privilegiando nestes casos o contacto telefónico com clientes e familiares. Outras modalidades complementares de acompanhamento, ainda que com menor expressão, são as conversas informais com os clientes, a articulação com os cuidados continuados, a avaliação de fisioterapia, as ajudas técnicas, as actividades no exterior, o atendimento social e a avaliação do plano.

Estes procedimentos na prestação dos cuidados são praticados no SAD orientado para a manutenção/sustentação, seguido do SAD de alargamento relativo, do SAD de alargamento substantivo e do de diversidade/ inovação. No primeiro é valorizado o acompanhamento em reuniões com as ajudantes de apoio domiciliário e a elaboração do plano de cuidados. No segundo, privilegiam-se as reuniões com as ajudantes de apoio domiciliário, o contacto telefónico com clientes e familiares e a visita ao domicílio. No terceiro, valorizam-se as reuniões com familiares e com ajudantes de apoio domiciliário. No último, não se conseguiram identificar procedimentos no acompanhamento dos cuidados.

Em suma, o acompanhamento da prestação de cuidados é concretizado de duas formas: na articulação com os clientes do SAD e familiares e na articulação com a equipa de prestação dos cuidados, com claro predomínio desta última. Vejamos em pormenor esses procedimentos.

#### *Interação com os clientes do SAD e familiares*

Na interacção com os clientes este acompanhamento é realizado sobretudo através de visitas domiciliárias e contactos telefónicos. Neste sentido, é pertinente saber qual o critério para um acompanhamento mais substantivo a alguns clientes do SAD. Verificámos que este é realizado nos casos que os clientes revelam indicadores de maior fragilidade social, situações de pessoas que residem sós, cuja família não existe ou não funciona como cuidadora, que se encontram em situações de dependência grave ou de doença e não têm acompanhamento familiar, ou ainda situações de disfuncionalidade na dinâmica familiar. São estes os casos que a coordenação acompanha com mais frequência.

“O utente (...) tem um problema grave ou porque tem um filho ou porque tem uma família que não liga que está sozinho. Passa o fim-de-semana sozinho aí nós temos que entrar em acção procuramos sempre fazer um acompanhamento diferenciado a esses casos.” (EC1)

O número de visitas ao domicílio que os coordenadores realizam varia entre duas e dez por mês (EC1; EC2), entre três e quatro vezes por semana (EC3 e EC4), ou um número indeterminado que depende da gravidade das situações (EC4). O acompanhamento centra-se no indivíduo a quem são dirigidos os serviços, isto é, a pessoa idosa em situação de dependência. Segundo as coordenadoras o acompanhamento aos familiares não é efectuado por considerarem que a intervenção é centrada no cliente: “*não é efectuado porque a intervenção é centrada no utente.*” (EC1). Além dos casos identificados como fragilidade social, quisemos saber se a coordenação efectua acompanhamento em casos específicos, nomeadamente situações de depressão ou stress familiar e/ou de apoio ao luto – Quadro 4.15.

Na análise intensiva, consideramos algumas semelhanças mas também diferenças entre os SAD estudados. As semelhanças referem-se à inexistência de recursos humanos qualificados para prestar este apoio e à não consideração pela coordenação e instituições destas situações específicas, sobretudo nos casos de depressão dos idosos e stress do cuidador familiar, assim como no apoio ao luto. Quanto à violência sobre os idosos, a coordenação considera que está atenta aos indicadores (EC1; EC3; EC4), apesar de considerarem que o serviço prestado é um meio de dissuasão e controlo dessas questões.

**Quadro 4.15 – Acompanhamento em situações específicas**

Situações específicas	Procedimentos	Nº de respostas
Depressão ou stress familiar	Encaminha para a psicóloga do centro de saúde	EC1
	Apoio social	EC1
	Apoio da psicóloga	EC4
	Apoio da ajudante familiar	EC3
	Apoio da estagiária de psicologia	EC2
Apoio ao luto	Participa no velório e missa	EC2
	Condolências	EC1; EC2; EC4
	Contacta o familiar sobrevivente para integrar os serviços da instituição	EC1; EC3
	Mobiliza a família para apoiar o idoso	EC2
Violência	Denuncia às entidades competentes	EC1; EC3; EC4
	Encaminha para lar	EC1; EC3; EC4
	Não responde	EC2

Fonte: Entrevistas aos coordenadores de SAD das instituições estudadas

Os procedimentos de prestação de apoio psicológico em situações de depressão e stress familiar são vários e dependem dos recursos existentes na instituição e na comunidade (EC1; EC3; EC4). A organização não religiosa, com maior complexidade e com orientação de SAD para a diversidade/inação, dispõe de um psicólogo para prestar apoio sempre que necessário. Nas outras três instituições, independentemente da complexidade orientação do SAD, não há profissionais com essa formação. Socorrem-se dos recursos da comunidade ou de estagiários de psicologia, mas também das ajudantes de apoio domiciliário. Nas situações de luto, a tendência é para participar as condolências e contactar o familiar sobrevivente para o integrar nos serviços da comunidade (EC1; EC2; EC3; EC4). Este procedimento é efectuado em todas as instituições estudadas. Subsiste ainda o SAD orientado para a manutenção, que referiu a participação no velório e na mobilização da família para prestar apoio ao idoso.

No que diz respeito à questão da violência, os coordenadores consideram que estão muito atentos aos indicadores de risco, e nos casos em que são detectados, efectuam dois procedimentos fundamentais: a denúncia às entidades competentes e o encaminhamento para equipamentos do tipo lar. O objectivo é proteger a vítima, no sentido de a retirar do domicílio, isto é, do contexto onde o perigo ocorre.

#### *Interacção com a equipa prestadora de cuidados*

Na interacção com a equipa prestadora de cuidados as ajudantes tem por objectivo organizar e avaliar a prestação dos cuidados e a sua periodicidade é semanal. É neste espaço que se concretiza uma série de procedimentos relativos a essas duas dimensões da intervenção, nomeadamente o ponto da situação do acompanhamento à programação de novas acções ou outros assuntos de gestão da equipa. Em todas as instituições estudadas as ajudantes de apoio domiciliário e as auxiliares de ajudantes familiares organizam-se em equipas, formadas por grupos que rodam semanalmente entre si e pelos clientes, distribuídas por zonas geográficas (EC1, EC3, EC4). A prestação de cuidados pelas ajudantes de apoio domiciliário é individual (EC3, EC4) ou em grupo (EC1; EC2). Os grupos são responsáveis pelas situações de dependência que revelam maior complexidade. Na instituição não religiosa, as auxiliares de ajudante familiar são sempre as mesmas para os mesmos clientes (EC4), o que não acontece com as ajudantes de apoio domiciliário, que mudam semanalmente.

As reuniões de equipa são o meio privilegiado para acompanhar o processo de prestação dos cuidados. Nelas se tratam assuntos pessoais relacionados com conflitos da equipa/coesão da

equipa (EC1; EC2; EC3), analisam-se os casos, faz-se o ponto da situação da prestação dos serviços (EC1; EC2; EC4) e o modo de os organizar. Também se abordam procedimentos relacionados com a definição de objectivos de trabalho e as competências requeridas para os mesmos (EC2; EC4), planifica-se o serviço e definem-se tarefas (EC2; EC4), apresentam-se novas situações (EC1), faz-se a reflexão sobre questões éticas (EC2) e o modo de melhorar os serviços (EC4).

A integração destas profissionais no domicílio é realizada de várias formas. As ajudantes de apoio domiciliário podem ser apresentadas aos clientes quando é realizada a visita domiciliária de diagnóstico da situação (EC3; EC4), ou podem apresentar-se directamente sem intervenção da coordenação (EC1; EC3; EC4). Existem ainda outras modalidades. Por exemplo, os sujeitos podem conhecer as ajudantes de apoio domiciliário através da participação em actividades lúdicas programadas no espaço da instituição (EC4). Das modalidades identificadas pela coordenação, a mais frequente é a apresentação da ajudante de apoio domiciliário ao cliente sem interferência do coordenador.

Em síntese, depois de iniciado o plano de cuidados, verifica-se que há um afastamento da coordenação da maioria dos contextos familiares das pessoas idosas e, conseqüentemente, uma maior proximidade das ajudantes de apoio domiciliário. O acompanhamento da prestação é realizado à distância, levando em conta o ponto de vista destas sobre o impacto dos cuidados na vida dos clientes. Dado o elevado número de clientes para cada coordenadora, esta define estratégias para acompanhar os que revelam maiores índices de risco social, sobretudo os que residem sós com elevado grau de incapacidade, mas também as situações de depressão, luto e violência. São estes os clientes a quem é efectuado um acompanhamento mais sistemático do Serviço Social. Vejamos de seguida o modo como os coordenadores avaliam a intervenção e determinam a qualidade do serviço e da intervenção.

#### **4 – Impacto dos cuidados prestados**

A avaliação é um procedimento de extrema importância em qualquer intervenção e implica a análise do processo antes, durante e depois de a acção ter lugar (Bell, 2005: 83). Na análise extensiva do resultado dos questionários, constatámos que a avaliação (depois) é o procedimento menos efectuado, comparativamente com a análise diagnóstica (antes) e o acompanhamento (durante). Apesar disso, foi possível identificar que os procedimentos mais comuns nestas categorias são as reuniões com as ajudantes de apoio domiciliário (EC1; EC2;

EC3; EC4). Para além destas reuniões, as conversas informais com os familiares, o contacto telefónico com os clientes e familiares, a visita domiciliária, as conversas informais com as ajudantes de apoio domiciliário e o ajustamento do plano às necessidades das pessoas são, por esta ordem, os mais frequentes. Estes são também os procedimentos de acompanhamento da prestação de cuidados. Destacam-se a elaboração de relatórios de actividades para o projecto de qualificação do SAD desenvolvido pela autarquia e a estatística para a Segurança Social.

O desenvolvimento do projecto de qualificação do SAD pela autarquia requer que a coordenação monitorize o processo, *on-going* e *ex-post* e considere os aspectos qualitativos e quantitativos da intervenção relativamente ao número de pessoas atendidas, serviços prestados e número de reclamações, tendo em conta os objectivos definidos. Os coordenadores têm de realizar esses procedimentos para justificar os cuidados prestados e serem financiados pelo projecto. Este processo é efectuado:

*“De três em três meses. Temos um (...) um quadro, onde colocamos toda a especificidade dos nossos clientes, de todos sem excepção. Fazemos uma sistematização de dados a nível de patologias, a nível de doenças temporárias, a nível de refeições, a nível de formas de medicação, a nível de ajudas extra.”* (EC1)

Além destas acções, são realizadas, por vezes, “transferências” das pessoas idosas e dependentes para outro SAD ou integração noutra valência da instituição, são promovidas actividades lúdicas no exterior e efectuada a articulação com os cuidados continuados. O SAD de alargamento substantivo é aquele que desenvolve mais actividades no domínio da avaliação, seguindo-se o de alargamento relativo, o de manutenção/sustentação e, por último, o de diversidade/ inovação. No primeiro, são valorizadas as conversas informais com os familiares e as reuniões com as ajudantes de apoio domiciliário, no segundo as reuniões com as ajudantes de apoio domiciliário e o contacto telefónico com clientes e familiares, no terceiro o ajustamento do plano às necessidades e no quarto os procedimentos de avaliação não têm expressão quantitativa.

Os coordenadores consideram que o SAD tem um impacto positivo na vida dos sujeitos estudados, nomeadamente ao aumentar a probabilidade de não estar deprimido (37,4%), aumentar o nível de integração comunitária (34,8%), aumentar a probabilidade de não estar doente (34,3%) e ao melhorar os relacionamentos familiares (16,7%). Também de melhorar as capacidades para prestar cuidados a si próprio em (13,1%), as probabilidades de não estar irritado e impaciente com familiares (10,6%) e revelam que aumentou o conhecimento da população em geral face aos problemas das pessoas idosas (13,1%).

Em síntese, a avaliação da prestação dos cuidados é o procedimento menos realizado pelo Serviço Social. Esta avaliação compreende a sistematização de dados para o projecto de apoio domiciliário da autarquia e estatística mensal para a Segurança Social. Pontualmente, poderá existir um acompanhamento mais próximo dos clientes quando há que realizar reformulações nos cuidados, no encaminhamento para outros recursos ou na alta, quando se verifica que já não são necessários cuidados ou quando é exigida a extensão do apoio.

Apesar de esta avaliação não ser sistemática, podemos ter noção do impacto dos cuidados prestados e da extensão e qualidade do suporte prestado a partir de algumas variáveis do questionário, nomeadamente: capacidade do SAD em integrar os cuidados informais e formais; relação de proximidade entre a dependência e os cuidados formais recebidos; diferenciação entre os cuidados básicos instrumentais recebidos e o rendimento; relação entre cuidados prestados e recursos institucionais. Vejamos ainda a extensão e características do apoio de que os clientes usufruem.

### **Integração dos cuidados informais e formais**

Dos dados apresentados sobre os clientes de SAD, quisemos saber se o grupo dos que vivem sós e o grupo dos que vivem com os familiares usufruíam do mesmo tipo de cuidados. Seleccionámos o grupo de pessoas que vive só e o grupo de pessoas que vive acompanhado pelo cônjuge e comparámo-los. Para comprovar a ideia inicial, testámos também a variável estado civil (casados, viúvos, solteiros, divorciados/separados) com os serviços com significância estatística que são prestados, no que respeita a cuidados básicos instrumentais<sup>164</sup> – Quadro 4.16.

Os cuidados que mais se destacaram foram a alimentação, a higiene pessoal e o tratamento de ferimentos, mudar a roupa da cama, vestir e cuidados de beleza e limpeza de casa/conforto. A análise efectuada identificou uma diferença estatisticamente significativa nos cuidados de higiene pessoal e tratamento de ferimentos,  $Z = -2,585$ ,  $p = 0,010$ , verificando-se que quem usufrui mais deste apoio são os sujeitos que vivem acompanhados com o cônjuge ou companheiro(a) (o.m.= 48,56 versus o.m.=70,47).

Quanto aos outros cuidados básicos instrumentais (alimentação, vestir e cuidados de beleza, mudar a roupa da cama e limpeza e conforto), as diferenças entre os sujeitos que vivem sós e os que vivem acompanhados com o cônjuge não são estatisticamente significativas (o.m. – ordenação média). Os dados apresentados demonstram também que quem vive acompanhado pelo cônjuge ou companheiro(a) usufrui com mais frequência de cuidados de higiene.

---

<sup>164</sup> Foi utilizado o teste de Mann-Whitney para amostras independentes, porque estamos a comparar dois grupos (vive sozinho / vive acompanhado) numa variável dependente de tipo ordinal (apoio recebido).

**Quadro 4.16 – Com quem vive\* Serviços prestados**

	Vive só	N	Ordenação média	Soma das ordenações		Vive com cônjuge ou companheiro(a)	N	Ordenação média	Soma das ordenações
Alimentação	Sim	51	59,52	3035,50	Alimentação	Sim	57	66,05	3765,00
	Não	76	67,01	5092,50		Não	70	62,33	4363,00
	Total	127				Total	127		
<b>Higiene pessoal e tratamento de ferimentos</b>	<b>Sim</b>	<b>20</b>	<b>70,47</b>	<b>1409,50</b>	<b>Higiene pessoal e tratamento de ferimentos</b>	<b>Sim</b>	<b>55</b>	<b>48,56</b>	<b>2671,00</b>
	Não	88	50,87	4476,50		Não	53	60,66	3215,00
	Total	108				Total	108		
Vestir, cuidados de beleza	Sim	5	14,10	70,50	Vestir, cuidados de beleza	Sim	10	12,15	121,50
	Não	19	12,08	229,50		Não	14	12,75	178,50
	Total	24				Total	24		
Mudar a roupa da cama	Sim	8	21,06	168,50	Mudar a roupa da cama	Sim	25	23,14	578,50
	Não	34	21,60	734,50		Não	17	19,09	324,50
	Total	42				Total	42		
Limpeza de casa/conforto	Sim	11	9,27	102,00	Limpeza de casa/conforto	Sim	3	11,33	34,00
	Não	8	11,00	88,00		Não	16	9,75	156,00
	Total	19				Total	19		

Quem se encontra dependente e a residir no domicílio necessita de acompanhamento sistemático e por isso tem mais probabilidade de viver com o cônjuge, companheiro(a) ou filhos. Mas quando se analisa outro tipo de cuidados, como seja a alimentação, o vestir e os cuidados de beleza, o mudar a roupa de cama e a limpeza e conforto, verifica-se que não há relação estatística entre eles. Significa que a prestação deste tipo de cuidados não depende do estado civil nem do facto de viver acompanhado ou só.

Comparámos também a variável estado civil com os dois tipos de cuidados que se destacam, a alimentação e a higiene pessoal e tratamento de ferimentos<sup>165</sup>. Nesta análise<sup>166</sup> encontramos uma diferença significativa para um nível de confiança ( $\alpha$ )  $\leq 0,10$  na variável higiene pessoal e tratamento de feridos, Qui-quadrado (3) 7,574,  $p=0,056$ . O teste de comparação múltipla de Tukey indica-nos que as diferenças se encontram entre os casados e os viúvos, confirmando que são os casados usufruem mais de cuidados de higiene e tratamento de ferimentos (o.m.=48,8) do que os viúvos (o.m.=66,3).

<sup>165</sup> Como estamos a comparar 4 grupos (casados, solteiros, viúvos e divorciados) em variáveis dependentes medidas em escalas ordinais, utilizámos o teste de Kruskal-Wallis.

<sup>166</sup> Como o SPSS até à versão 17.0 não tem testes de comparação múltipla *a posteriori* para o teste de Kruskal-Wallis, ordenámos a variável dependente através do comando Rank Cases e utilizámos os testes de comparação múltipla da Anova One-way sobre esta variável ordenada.

Este teste vem confirmar o anterior e demonstrar que quem vive acompanhado, neste caso, com o cônjuge/companheiro(a), e com o estado civil de casado, usufrui com mais frequência desse tipo de cuidados. Esta constatação também pode ser explicada pelo facto de as pessoas que vivem com o cônjuge/companheiro(a) terem mais probabilidade de obter e negociar com a coordenação esse tipo de apoios do que as que vivem sós. Esta questão está de acordo com a circunstância de serem os familiares que recorrem ao SAD com mais frequência a solicitar cuidados domiciliários. Mas também porque uma pessoa grande dependente necessita de cuidados de outra pessoa permanentemente e por isso não deve viver só.

Para compreender melhor esta relação entre o apoio informal e formal recebido, seleccionámos por um lado os sujeitos que afirmavam ter apoio familiar em serviços mais frequentes no SAD, tais como alimentação, higiene pessoal, vestir e cuidados de beleza, limpeza da casa/conforto, e por outro os que afirmavam não o ter, comparando esses mesmos serviços prestados. Verificamos que os que têm mais cuidados familiares usufruem com mais frequência de cuidados de higiene pessoal do que os que não têm apoio familiar,  $Z=-1,846$ ,  $p=0,065$ . Já quando efectuámos essa comparação para a alimentação, as diferenças entre estes dois grupos não foram estatisticamente significativas,  $Z=-212$ ,  $p=0,832$ , assim como para o vestir e cuidados de beleza, a limpeza e conforto do domicílio. A prestação destes cuidados é idêntica tanto para os que têm familiares como para os que não têm.

### **Relação de proximidade entre a dependência e os cuidados formais recebidos**

No que diz respeito à proximidade entre a dependência e os cuidados formais recebidos, averiguámos se o grau de dependência física, cognitiva e intelectual determina os serviços prestados pelo SAD – Quadro 4.17. Comparámos essa variável para os cinco tipos de cuidados mais prestados e com relevância estatística no SAD: alimentação, higiene pessoal e tratamento de ferimentos, vestir, cuidados de beleza, mudar a roupa da cama, limpeza de casa/conforto. Encontrámos uma diferença significativa na variável alimentação, Qui-quadrado (3) = 10,459,  $p=0,015$ . Os testes de comparação indicam-nos que as diferenças ocorrem entre os sujeitos gravemente dependentes, os sujeitos levemente dependentes e os independentes usufruindo estes dois últimos com mais frequência deste tipo de serviço (o.m.=46,04 versus o.m.=70,48 e o.m.=68,76).

**Quadro 4.17 – Comparação entre o usufruto de cuidados básicos instrumentais e a dependência**

	Dependência física e cognitiva do idoso para as AVD e AIVD	N	Ordenação média
Alimentação	Gravemente dependente	13	46,04
	Moderadamente dependente	54	60,62
	Levemente dependente	42	70,48
	Independente	17	68,76
	Total	126	
Higiene pessoal e tratamento de ferimentos	Gravemente dependente	<b>55</b>	<b>40,95</b>
	Moderadamente dependente	39	69,69
	Levemente dependente	12	64,13
	Independente	3	85,00
	Total	109	
Vestir, cuidados de beleza	Gravemente dependente	12	10,63
	Moderadamente dependente	9	14,22
	Levemente dependente	2	13,00
	Independente	1	18,50
	Total	24	
Mudar a roupa da cama	Gravemente dependente	25	21,78
	Moderadamente dependente	10	18,55
	Levemente dependente	4	27,00
	Independente	4	27,00
	Total	43	
Limpeza de casa/conforto	Gravemente dependente	4	12,00
	Moderadamente dependente	12	8,33
	Levemente dependente	3	14,00
	Total	19	

Também na variável higiene pessoal e tratamento de ferimentos, encontramos uma diferença substancial, Qui-quadrado (2) = 24,053, p=0,000. Os testes de comparação indicam-nos que as diferenças ocorrem entre os sujeitos gravemente dependentes e os sujeitos levemente dependentes e os moderadamente dependentes, usufruindo os primeiros mais deste serviço (o.m.=40,95 versus o.m.64,1 e o.m.=69,69 respectivamente). Desta análise podemos inferir que quem se encontra mais dependente usufrui mais de cuidados de higiene pessoal e tratamento de ferimentos.

Em geral, verificamos que relativamente aos cuidados básicos instrumentais os sujeitos que se encontram gravemente dependentes usufruem mais desse tipo de cuidados (40,8%), e os que se encontram moderadamente dependentes usufruem menos (34,6%). Também os que se encontram levemente dependentes usufruem mais desse tipo de cuidados (17,8%) e os que se encontram independentes usufruem menos (6,7%). Nos cuidados complementares e nos especializados, ainda que sem relevância estatística, destacam-se os que se encontram moderadamente dependentes.

### Diferença entre cuidados básicos instrumentais recebidos e rendimento

Nesta análise quisemos verificar se o rendimento determina o tipo de serviços que os sujeitos usufruem no SAD. Primeiro, seleccionámos os que usufruem de pensão de velhice e juntámo-los em dois grandes grupos: com rendimentos mais elevados, 40,6%, e com rendimentos mais baixos, 46,7%. Utilizámos o valor da mediana aferida de 268, 52 euros como valor de separação (grupo de rendimentos mais baixos com valor  $\leq$  a 268,52 euros e grupo com rendimentos mais elevados com o valor  $\geq$  268,53 euros) e procedemos à tipificação dos restantes rendimentos de pensão que usufruem. No total, existem 185 sujeitos que recebem a pensão do sistema previdencial e do subsistema de solidariedade da Segurança Social e foi com estes que se compararam as variáveis.

**Quadro 4.18 – Rendimentos mais baixos e mais elevados**

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Rendimentos + baixos	99	46,7	53,5	53,5
Rendimentos + elevados	86	40,6	46,5	100,0
Total	185	87,3	100,0	

Depois de tipificados os que têm rendimento mais baixo e mais alto, comparámos os dois grupos com os cuidados básicos instrumentais mais frequentes: a alimentação e a higiene pessoal – Quadro 4.19. Verifica-se que as diferenças de usufruto dos cuidados de alimentação e higiene pessoal não são estatisticamente significativas. Porém, os sujeitos com rendimentos mais altos usufruem de mais cuidados de higiene pessoal e tratamento de ferimentos, enquanto que o grupo dos que têm rendimentos mais baixos usufrui mais de cuidados de alimentação.

**Quadro 4.19 – Usufruto de cuidados em função do rendimento**

	Rendimentos_grp	N	Média do rank	Ordenação média
Alimentação	Rendimentos + baixos	45	41,89	1885,00
	Rendimentos + elevados	42	46,26	1943,00
	Total	87		
Higiene pessoal e tratamento de ferimentos	Rendimentos + baixos	30	36,33	1090,00
	Rendimentos + elevados	35	30,14	1055,00
	Total	65		

Podemos inferir, dos dados anteriormente referidos, que as pessoas que vivem sós têm necessidades de subsistência e estas estão associadas aos cuidados de à alimentação e as que

vivem acompanhadas revelam necessidade de cuidados de higiene. Esta constatação decorre do facto de que quem necessita de cuidados de higiene pessoal e tratamento de ferimentos sistemáticos não tem capacidade para viver só. Como tal, vive com o cônjuge ou outro acompanhante e os seus rendimentos são superiores aos dos que vivem sós.

### **Assimetria de recursos institucionais e de cuidados no SAD**

Anteriormente identificámos duas instituições que apresentam maior complexidade e duas que apresentam menor complexidade relativamente à estrutura e organização<sup>167</sup>. Para compreender se as instituições com maior complexidade são efectivamente as que prestam cuidados mais diversificados, seleccionámos os cuidados básicos instrumentais, os cuidados complementares e os cuidados especializados e procedemos à comparação – Quadro 4.20, 4.21 e 4.22.

Quanto aos cuidados básicos instrumentais – Quadro 4.20 – verificamos na prestação de cuidados de alimentação que as instituições com maior complexidade apresentam (m.o. 61,04%) e as de menor complexidade (m.o. 67,59%). Significa que estas últimas organizações com SAD prestam mais cuidados de alimentação do que as primeiras. Nos cuidados de higiene, a diferença não é significativa. Ou seja, tanto as de maior complexidade como a menor complexidade estão aptas a prestar estes dois tipos de cuidados. Mas no que diz respeito aos outros tipos de cuidados, existe uma diferença entre as de maior e as de menor complexidade, com clara vantagem para as primeiras nos seguintes tipos de cuidados: acompanhamento da refeição; vestir, e cuidados de beleza; lavar os dentes; mudar a roupa da cama; limpeza de casa/conforto.

Nos cuidados complementares – Quadro 4.21 – não existem dados que nos permitam realizar a comparação para os cuidados de cabeleireiro, acompanhar o idoso a votar, gerir o dinheiro, realizar adaptações/obras no domicílio e apoio em tempo de descanso ao cuidador. Significa que nem as instituições de maior complexidade nem as de menor complexidade os prestam. Mas nesta categoria há algumas diferenças na prestação dos cuidados entre as instituições com maior e com menor complexidade, sobretudo no acompanhar em saídas ao exterior e nas ajudas técnicas.

---

<sup>167</sup> Apurámos também que as instituições com maior complexidade apoiam cerca de 50,9% dos sujeitos e as com menor complexidade apoiam 49,1%.

**Quadro 4.20 – Instituições com maior ou menor complexidade: cuidados básicos instrumentais**

	Complexidade	N	Média do rank	Ordenação média
Alimentação	Menor complexidade	78	67,59	5272,00
	Maior complexidade	51	61,04	3113,00
	Total	129		
Acompanhamento na refeição	Menor complexidade	4	10,75	43,00
	Maior complexidade	9	5,33	48,00
	Total	13		
Higiene pessoal e tratamento de ferimentos	Menor complexidade	50	55,37	2768,50
	Maior complexidade	59	54,69	3226,50
	Total	109		
Vestir, cuidados de beleza	Menor complexidade	7	15,21	106,50
	Maior complexidade	17	11,38	193,50
	Total	24		
Lavar os dentes	Menor complexidade	3	12,00	36,00
	Maior complexidade	13	7,69	100,00
	Total	16		
Mudar a roupa da cama	Menor complexidade	4	10,88	43,50
	Maior complexidade	39	23,14	902,50
	Total	43		
Adequar o domicílio à dependência eliminando os obstáculos	Menor complexidade	1	1,00	1,00
	Maior complexidade	2	2,50	5,00
	Total	3		
Apoio na mobilidade em casa	Menor complexidade	2	3,25	6,50
	Maior complexidade	4	3,63	14,50
	Total	6		
Limpeza de casa/conforto	Menor complexidade	3	11,67	35,00
	Maior complexidade	17	10,29	175,00
	Total	20		
Lavandaria	Menor complexidade	3	3,00	9,00
	Maior complexidade	3	4,00	12,00
	Total	6		
Passar a ferro	Menor complexidade	0(a)	,00	,00
	Maior complexidade	5	3,00	15,00
	Total	5		

Para os cuidados especializados – Quadro 4.22 – e à semelhança dos cuidados complementares, não existem dados relativos ao aconselhamento legal, serviços religiosos, grupo de auto-ajuda ao cuidador, cuidados médicos, terapia ocupacional, terapia da fala e terapia com animais, o que significa que nenhuma instituição os presta.

Nestes cuidados destaca-se o apoio psicossocial ao cliente e ao cuidador, actividades de animação no exterior e cuidados de reabilitação física. Os primeiros são realizados pelo coordenador e os segundos pelo fisioterapeuta. Estes factos não deixam de ser curiosos pois são as instituições com maior complexidade, onde o rácio de clientes/coordenação é maior, que o

fazem. Teoricamente, seriam as instituições com menor complexidade, mas onde esse rácio é menor, que estariam mais bem posicionadas para o realizar. Provavelmente a questão não terá que ver com o rácio mas antes com a capacidade de acção desta coordenação de SAD e com a maior diversidade de profissionais na equipa.

**Quadro 4.21 – Instituições com maior ou menor complexidade: cuidados complementares**

	Complexa	N	Média do rank	Ordenação média
Serviço de manicura e pedicura	Menor complexidade	3	2,67	8,00
	Maior complexidade	2	3,50	7,00
	Total	5		
Realizar compras e entregar no domicílio	Menor complexidade	2	3,00	6,00
	Maior complexidade	3	3,00	9,00
	Total	5		
Acompanhar em saídas ao exterior	Menor complexidade	2	5,50	11,00
	Maior complexidade	7	4,86	34,00
	Total	9		
Ajudar o idoso a escolher a ementa	Menor complexidade	2	1,50	3,00
	Maior complexidade	0(a)	,00	,00
	Total	2		
Ajudas técnicas	Menor complexidade	6	11,00	66,00
	Maior complexidade	10	7,00	70,00
	Total	16		
Administração de medicamentos	Menor complexidade	0(a)	,00	,00
	Maior complexidade	3	2,00	6,00
	Total	3		
Transporte	Menor complexidade	0(a)	,00	,00
	Maior complexidade	2	1,50	3,00
	Total	2		

Como vimos, há uma assimetria na prestação de cuidados – instrumentais, complementares e especializados – entre as instituições com maior e menor complexidade. De um modo geral, os SAD que melhor se posicionam são os que orientam a sua acção para o alargamento substantivo e para a diversidade/inação. De destacar que alguns cuidados especializados a nível do apoio psicossocial são também prestados pela instituição com menor complexidade e com um SAD com tendência para o alargamento relativo.

**Quadro 4.22 – Instituições com maior ou menor complexidade: cuidados especializados**

	Complexa	N	Média do rank	Ordenação média
Apoio psicossocial ao cuidador	Menor complexidade	2	4,00	8,00
	Maior complexidade	9	6,44	58,00
	Total	11		
Apoio psicossocial ao utente	Menor complexidade	3	8,67	26,00
	Maior complexidade	20	12,50	250,00
	Total	23		
Formação ao familiar cuidador	Menor complexidade	2	1,75	3,50
	Maior complexidade	1	2,50	2,50
	Total	3		
Cuidados de enfermagem	Menor complexidade	1	2,00	2,00
	Maior complexidade	4	3,25	13,00
	Total	5		
Cuidados de reabilitação física	Menor complexidade	0(a)	,00	,00
	Maior complexidade	10	5,50	55,00
	Total	10		
Actividades de animação no exterior	Menor complexidade	0(a)	,00	,00
	Maior complexidade	9	5,00	45,00
	Total	9		

Se tivermos em conta a especificidade das instituições estudadas, verificamos que a média dos cuidados prestados varia consoante os SAD – Quadro 4.23, 4.24 e 4.25. O quadro 4.23 apresenta a média dos cuidados básicos instrumentais prestados pelos SAD. Evidenciam-se os SAD que prestam quase todos os tipos de cuidados básicos instrumentais: o que se orienta para o alargamento relativo e o da diversidade. Segue-se o que se orienta para o alargamento substantivo e por último encontra-se o SAD orientado para a manutenção/sustentação com a prestação quase exclusiva de cuidados de alimentação e higiene pessoal.

Quanto aos cuidados complementares – Quadro 4.24, verificamos novamente que o SAD orientado para a manutenção não fornece nenhum tipo de cuidado complementar. Os SAD orientados para o alargamento relativo, substantivo e para a diversidade não desempenham papel relevante na prestação deste tipo de cuidados nem em termos de média, embora se destaquem, neste âmbito, o usufruto de ajudas técnicas e o acompanhamento em saídas ao exterior, em particular o SAD do alargamento relativo e o da diversidade.

**Quadro 4.23 – Tipologia de SAD: média dos cuidados básicos instrumentais prestados\***

SAD		Apoio alimenta ção	Acompa nhament o na refeição	Higiene pessoal e tratamen to de feriment os	Vestir, cuidados de beleza	Lavar os dentes	Mudar a roupa da cama	Adequar o domicíli o à dependê ncia eliminan do os obstácul os	Apoio na mobili dade em casa	Limpeza de casa/con forto	Lavanda ria	Passar a ferro
Alargamento relativo	Mean	2,00	5,00	4,25	4,14	6,00	5,00	3,00	2,50	5,67	5,33	
	N	36	1	20	7	2	3	1	2	3	3	
	Std. Deviation	,000	.	1,713	1,345	1,414	1,000	.	,707	,577	,577	
Alargamento substantivo	Mean	2,00	2,00	3,62	3,36	2,27	5,89		1,50	6,00	5,50	5,50
	N	21	5	45	11	11	35		2	4	2	2
	Std. Deviation	1,304	,707	1,642	1,748	1,421	,404		,707	,000	,707	,707
Manutenção sustentação	Mean	1,88	3,67	3,63		2,00	5,00					
	N	42	3	30		1	1					
	Std. Deviation	,328	1,528	1,326		.	.					
Diversidade inovação	Mean	1,97	1,25	4,36	2,67	4,00	4,25	6,00	6,00	4,92	6,00	4,33
	N	30	4	14	6	2	4	2	2	13	1	3
	Std. Deviation	,850	,500	1,781	2,251	2,828	1,500	,000	,000	1,498	.	,577
<b>Total</b>	<b>Mean</b>	<b>1,95</b>	<b>2,38</b>	<b>3,83</b>	<b>3,42</b>	<b>2,94</b>	<b>5,65</b>	<b>5,00</b>	<b>3,33</b>	<b>5,25</b>	<b>5,50</b>	<b>4,80</b>
	<b>N</b>	<b>129</b>	<b>13</b>	<b>109</b>	<b>24</b>	<b>16</b>	<b>43</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>20</b>	<b>6</b>	<b>5</b>
	Std. Deviation	,683	1,446	1,602	1,792	1,948	,783	1,732	2,160	1,293	,548	,837

\* Esta média tem como referência a escala de prestação de cuidados em que o 1 corresponde à prestação e cuidados durante a semana e aos fins-de-semana; o 2 a cinco dias por semana; o 3 a quatro dias por semana; o 4 a três dias por semana; o 5 a dois dias por semana; o 6 a um dia por semana; o 7 aos fins-de-semana e feriados.

**Quadro 4.24 – Tipologia de SAD: média dos cuidados complementares prestados\***

SAD		Servi ço de cabel eireir o	Serviço de manicur a e pedicura	Realizar compras e entregar no domicíli o	Acompa nhar em saídas ao exterior	Ajudar o idoso a escolher a ementa	Gestão do dinheiro (contas)	Ajudas técnicas	Adaptaç ões/Obr as no domicíli o	Adminis tração de medica mentos	Transpo rte	Apoio em tempo de descans o ao cuidador
Alargamento Relativo	Mean		5,67	6,00	6,00	6,00		2,33				7,00
	N		3	2	2	2		6				1
	Std. Deviation		,577	,000	,000	,000		1,862				.
Alargamento Substantivo	Mean	6,00	6,00		2,00		2,00	1,20		1,33	4,50	
	N	1	1		1		1	5		3	2	
	Std. Deviation	.	.		.		.	,447		,577	2,121	
Diversidade Inovação	Mean		6,00	6,00	6,00			1,20	6,00			
	N		1	3	6			5	1			
	Std. Deviation		.	,000	,000			,447	.			
<b>Total</b>	<b>Mean</b>	<b>6,00</b>	<b>5,80</b>	<b>6,00</b>	<b>5,56</b>	<b>6,00</b>	<b>2,00</b>	<b>1,63</b>	<b>6,00</b>	<b>1,33</b>	<b>4,50</b>	<b>7,00</b>
	<b>N</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>9</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>16</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
	Std. Deviation	.	,447	,000	1,333	,000	.	1,258	.	,577	2,121	.

\* Esta média tem como referência a escala de prestação de cuidados em que o 1 corresponde à prestação e cuidados durante a semana e aos fins-de-semana; o 2 a cinco dias por semana; o 3 a quatro dias por semana; o 4 a três dias por semana; o 5 a dois dias por semana; o 6 a um dia por semana; o 7 aos fins-de-semana e feriados.

**Quadro 4.25 – Tipologia de SAD: média dos cuidados especializados prestados\***

SAD		Serviços religiosos	Apoio psicossocial ao cuidador	Apoio psicossocial ao utente	Formação ao familiar cuidador	Cuidados de enfermagem	Cuidados de reabilitação física	Actividades de animação no exterior
Alargamento relativo	Mean		5,00	5,67	4,00	4,00		
	N		2	3	2	1		
	Std. Deviation		1,414	,577	2,828	.		
Diversidade substantivo	Mean	6,00				5,67	4,00	
	N	1				3	1	
	Std. Deviation	.				,577	.	
Diversidade inovação	Mean		5,89	6,00	6,00	1,00	5,33	6,00
	N		9	20	1	1	9	9
	Std. Deviation		,333	,000	.	.	,866	,000
<b>Total</b>	<b>Mean</b>	<b>6,00</b>	<b>5,73</b>	<b>5,96</b>	<b>4,67</b>	<b>4,40</b>	<b>5,20</b>	<b>6,00</b>
	<b>N</b>	<b>1</b>	<b>11</b>	<b>23</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>10</b>	<b>9</b>
	<b>Std. Deviation</b>	.	,647	,209	2,309	2,074	,919	,000

\* Esta média tem como referência a escala de prestação de cuidados em que o 1 corresponde à prestação e cuidados durante a semana e aos fins-de-semana; o 2 a cinco dias por semana; o 3 a quatro dias por semana; o 4 a três dias por semana; o 5 a dois dias por semana; o 6 a um dia por semana; o 7 aos fins-de-semana e feriados.

Quanto à média dos cuidados especializados prestados por estes SAD – Quadro 4.25 – salientam-se o apoio psicossocial ao utente e ao cuidador assim como os cuidados de reabilitação física. O SAD que se orienta para a diversidade/inovação e o do alargamento relativo têm um papel mais relevante na prestação de cuidados especializados, sobretudo no apoio psicossocial ao utente e ao cuidador familiar. O SAD do alargamento substantivo incide nos cuidados de enfermagem e o da diversidade/inovação na reabilitação física e actividades de animação no exterior.

### Visão de conjunto dos cuidados domiciliários

#### *A população visada e cuidados prestados*

A principal característica sociográfica da população estudada é a feminização nas idades de 75 e mais anos, com destaque para o grupo etário dos 85 e mais anos. Predomina o estado civil de casado para os homens e o de casada e viúva para as mulheres. Nesta última categoria sobressaem as mulheres. Registam-se neste grupo todos os níveis de escolaridade, embora prevaleçam as que não têm qualquer escolaridade, mas sabem ler e escrever, e exista um conjunto de mulheres com curso superior. No caso dos homens, a escolaridade predominante é o primeiro ciclo do ensino básico e os cursos técnico-profissionais. Nas profissões exercidas

predominam no grupo não qualificado, os operários e profissões similares, assim como trabalhadores dos serviços e vendedores. As pessoas idosas vivem em habitação do tipo vivenda e em andar e a maioria tem condições básicas de conforto.

Este grupo de sujeitos que usufrui dos SAD é maioritariamente reformado por velhice e em geral usufrui do sistema público de Segurança Social no regime previdencial. Ao contrário do que se verifica na generalidade em Portugal (INE, 2002c), nenhuma destas mulheres com 65 ou mais anos trabalha. Os valores de pensão de que usufruem situam-se entre 171,00 e 1470,00 euros, predominando as pensões entre 171,00 e 320,00 euros (52%). Em média, as mulheres têm um valor de pensão inferior ao dos homens. A partir destes valores, podemos inferir que esta população se encontra mais vulnerável ao risco de pobreza (European Communities, 2005).

Em 2006 cerca de 30% das pessoas idosas em Portugal viviam abaixo do limiar da pobreza. Uma das razões é por não terem acesso a serviços básicos (PNAI, 2006a). Essas condições têm sido modificadas com a introdução do complemento solidário para idosos e o crescimento dos recursos sociais e de saúde. Mas, neste caso, e apesar de usufruírem de recursos sociais e de saúde, as pessoas idosas revelam indicadores de vulnerabilidade às condições de pobreza associados à escolaridade, ao baixo rendimento, ao viver só e à necessidade de cuidados para as AVD e AIVD. Estes factos são mais visíveis nas pessoas que residem nas freguesias do interior do concelho do que as que residem no litoral. Nestas últimas, existe uma diferenciação positiva no que diz respeito à escolaridade e ao rendimento relativamente às primeiras, que apresentam valores mais baixos.

A restrição de capacidade decorre de situações de doença e a diagnósticos clínicos – sequelas de AVC, demências e diabetes – o que está de acordo com os parâmetros nacionais, que identificam os acidentes vasculares cerebrais como a principal causa de incapacidade em Portugal. De uma forma geral, as pessoas idosas são consideradas gravemente e moderadamente dependentes com um ligeiro predomínio do sexo feminino. Estes valores estão de acordo com os indicadores nacionais analisados por Cabral (2003). O autor mostra que a taxa de incapacidade tem maior incidência nas mulheres à medida que a idade avança, já que a dependência é maior no grupo etário dos 85 e mais anos. Nas capacidades para a realização das AVD, 53,4%, dos clientes efectua-as sem ajuda e os restantes 46,6% não estão em condições de as realizar ou necessitam de ajuda de terceira pessoa. Nas AIVD, verifica-se que a maioria, 46,5%, não está em condições de as efectuar, que 20,2% as realizam com ajuda de terceira pessoa e que só 4% necessitam de ajuda técnica. Cerca de 29,1% realizam estas actividades sem ajuda.

Os dados relativos ao nível de integração social revelam que, apesar de não se encontrarem isoladas, pois usufruem de cuidados dos SAD, estes sujeitos podem manifestar

índices de solidão, explicada não só pela falta de relações adequadas mas também pela escassez de relacionamentos quantitativos e qualitativos com outros seres humanos (cf. Paul, 1997). O quotidiano destas pessoas é passado “preferencialmente” a ver televisão e ouvir rádio. Pode-se mesmo dizer que esta política de manter o idoso no seu domicílio é um motivo para que permaneça refém na sua própria casa. Os dados apurados revelam que a maioria as actividades que estes SAD efectuem não são suficientes para alterar esta situação.

Os familiares prestam cuidados instrumentais, expressivos e estratégicos (Déchaux, 1996; Rodríguez, 2006), mas os primeiros são mais frequentes do que os restantes. Nestes, o acompanhamento ao médico, a alimentação, a medicação e a higiene são os cuidados mais representados. Nos segundos, destacam-se o apoio emocional em situações de stress, apoio moral, fortalecimento da auto-estima e o escutar, conversar e interagir. Nos terceiros, predomina a informação sobre os direitos, deveres, os recursos sociais disponíveis e sobre a situação de saúde.

Os cuidados instrumentais e estratégicos são prestados sobretudo pela família nuclear, as esposas e esposos, filhas e filhos. Os cuidados expressivos e estratégicos, além de serem prestados pela família nuclear, integram outros familiares como nora/genro, neto/neta, sobrinho/sobrinha e irmã. Este tipo de cuidados prestados e de cuidadores que os prestam estão de acordo com os padrões internacionais indicados por Janis Le Bris (1994), Eurofamcare (2004), Quaresma (1996) e Sousa e Figueiredo (2004).

A maioria dos cuidados prestados pelos SAD são básicos instrumentais, com especial destaque para a alimentação e a higiene pessoal. São efectuados preferencialmente durante os dias de semana e aos fins-de-semana. Os cuidados complementares são os menos frequentes. Nos cuidados especializados, sobressai o apoio psicossocial ao cliente, efectuado uma vez por semana. Cerca de metade dos clientes, 49%, usufrui de um só tipo de cuidados, que é maioritariamente refeição ou higiene pessoal e tratamento de ferimentos. Quem vive acompanhado usufrui com mais frequência de cuidados de higiene pessoal e beneficia de um maior número de cuidados. Os que residem sós recebem com mais frequência cuidados de alimentação, existindo também uma relação entre os baixos rendimentos e o usufruto destes cuidados. Os cuidadores que os prestam são em geral ajudantes de apoio domiciliário, no que diz respeito aos cuidados básicos e complementares, e a assistente social nos cuidados especializados. Do suporte formal recebido, o período de utilização dos cuidados pela maioria dos clientes varia entre um mês e mais de seis anos. A grande maioria usufrui dos cuidados há mais de um ano.

### *A intervenção do Serviço Social*

O Serviço Social integra-se na política social e nas orientações destas instituições para concretizar os objectivos das mesmas. Neste estudo verifica-se que, independentemente do tipo de instituições e dos SAD terem maior ou menor complexidade ou serem mais ou menos diversificados em termos de perfil, o processo de intervenção do Serviço Social releva uma certa simetria de procedimentos. Este tipo de intervenção adquire algumas características no âmbito do SAD. A intervenção inicia-se com uma avaliação diagnóstica centrada nas fragilidades da pessoa idosa e nas suas capacidades para as AVD e AIVD. Não integra explicitamente uma análise dos factores protectores e de risco numa dimensão mais alargada ao nível meso e macro. O diagnóstico identifica uma série de problemas, capacidades e necessidades, mas estas só são satisfeitas mediante os recursos existentes. A análise baseia-se, em geral, em algumas consequências da dependência e da pobreza e não nas suas causas. O plano de cuidados tende a enfatizar essas consequências e a responder a algumas delas, satisfazendo sobretudo as necessidades básicas instrumentais.

Apesar da diversificada oferta de serviços, estes não são efectivados, isto é, não têm representatividade estatística, pois a grande maioria das pessoas usufrui de cuidados de higiene e de alimentação e de outros cuidados básicos instrumentais. Os cuidados prestados são explicitamente dirigidos para as pessoas idosas e implicitamente para o grupo familiar, apesar de serem estes os primeiros a solicitar apoio ao SAD. O apoio familiar não é integrado no âmbito da política como uma mais-valia a considerar na prestação dos cuidados. O familiar cuidador funciona como substituto do apoio e não como complemento, como alguém que deve cuidar e não como alguém que deve ser também cuidado. Na maioria das vezes, este tem a função de supervisionar os cuidados formais.

O acompanhamento da prestação de cuidados é realizado à distância, predominando o contacto e a comunicação com as ajudantes de apoio domiciliário sobre o contacto e a comunicação com as pessoas idosas e os familiares. Como não são definidos objectivos operativos para os problemas identificados, não é realizada a avaliação do processo de intervenção ou do impacto dos cuidados para os clientes e para o próprio serviço. A intervenção do Serviço Social no SAD centra-se na gestão de necessidades, tendo em conta os recursos humanos e logísticos existentes nas instituições.

## 5 – Tipologias de cuidados e de intervenção do Serviço Social

Apesar das regularidades quanto à população-alvo, cuidados prestados e intervenção do Serviço Social, identificámos ainda algumas especificidades tendo em conta as tipologias apresentadas no capítulo anterior, onde considerámos a existência de instituições com maior ou menor complexidade e SAD com tendência para a manutenção/sustentação, passando pelo alargamento relativo e substantivo e, por último, pela diversidade/inação. Vejamos de seguida de que modo estas tipologias de SAD e estas estruturas organizativas respondem às necessidades da população visada tendo em conta, as seguintes variáveis: características sociográficas das pessoas idosas apoiadas, capacidades para as AVD e AIVD dos clientes, integração dos clientes no plano de cuidados, cuidados prestados e frequência, acompanhamento e avaliação dos cuidados e introdução de inovações na prestação de cuidados – Quadro 4.26 e Quadro 4.27.

Relativamente à primeira tipologia – Quadro 4.26 – cuidados no SAD nas organizações com “menor complexidade e com SAD manutenção/sustentação” identificamos as seguintes características: neste SAD existe tendência para a feminização dos clientes e a média de idades é a mais baixa (75 anos), sendo uma das instituições com maior número de clientes entre os 25 e os 64 anos, mas também com maior número de pessoas idosas (entre os 25 e os 97 anos). Esta é a tipologia que apresenta o maior desvio padrão nas idades.

Tem clientes com o menor índice de escolaridade e, conseqüentemente, é aquele cuja média de pensão é mais baixa, com 324,34 euros. Também é o que apresenta o maior número de clientes com índices de restrição da capacidade – 18,3% de gravemente dependentes e moderadamente dependentes – mas também a que presta cuidados a pessoas com menores índices de restrição de incapacidade – 14,5% de levemente dependentes e independentes.

Na análise diagnóstica, há um conhecimento substantivo das variáveis sociográficas, excepto no que diz respeito ao nível de escolaridade, com 9,9%, e ao nível da profissão, com 8%. Este é o SAD onde o desconhecimento dessas duas variáveis é maior. É também um dos que identificam os cuidados familiares prestados aos idosos, valorizando os cuidados instrumentais e expressivos e negligenciando os cuidados estratégicos. O plano de cuidados é, a par dos outros tipos de SAD, muito centrado nas necessidades individuais das pessoas idosas. A participação do cliente nesse processo é nula. O elemento da família que se assume como cuidador, seja ele principal ou secundário, assume o papel de decisor e de supervisor dos cuidados prestados formalmente.

**Quadro 4. 26 – Prestação de cuidados e intervenção do Serviço Social**

Organizações	Tipologia de SAD	Características Sociográficas das pessoas idosas apoiadas	Capacidades para as AVD e AIVD dos clientes	Integração dos clientes no plano de cuidados	Cuidados prestados e frequência	Acompanhamento e Avaliação dos cuidados	Introdução de inovações na prestação de cuidados
Menor complexidade	Manutenção / Sustentação	Feminização dos clientes, com média de idades mais baixa (75 anos). Com maior número de clientes entre os 25 e os 64 anos, e entre os 25 e os 97 anos. Menor índice de escolaridade e com média de pensão mais baixa, com 324,34 euros	Tem 18,3% de clientes gravemente dependentes e moderadamente dependentes. E 14,5% de levemente dependentes e independentes	Plano centrado nas necessidades dos clientes. A participação dos clientes é nula. O familiar é o decisor e o supervisor dos cuidados prestados. O plano é executado tendo em conta os recursos disponíveis	A alimentação e a higiene, são os cuidados exclusivos deste SAD. Os clientes usufruem de um único tipo de cuidados: alimentação ou higiene.	O acompanhamento é realizado à distância, através de reuniões com as ajudantes de apoio domiciliário. Este SAD é o que menos procedimentos de avaliação tem para cada cliente	Não se verifica nenhum procedimento inovador neste SAD
	Alargamento relativo	Feminização dos clientes, com média de idades mais elevada (82,79 anos). Maior grau escolar e a média de pensão é das altas, com 413,55 euros.	Tem 15,4% de clientes gravemente dependentes e moderadamente dependentes e 8,7% de clientes levemente dependentes e independentes	Plano centrado nas necessidades dos clientes. A participação do cliente é nula. O familiar é o decisor e o supervisor dos cuidados prestados. O plano é executado tendo em conta os recursos disponíveis	Alimentação e a higiene destacam-se. É o SAD que presta mais cuidados de alimentação e o que menos cuidados de higiene pessoal presta. Além destes presta cuidados complementares e especializados com destaque para estes últimos	O acompanhamento dos cuidados é realizado através de reuniões com as ajudantes de apoio domiciliário, visita domiciliária e contactos telefónicos. É um dos que mais procedimentos de avaliação realiza	Identifica-se o voluntariado como um procedimento inovador neste SAD. Avalia a intervenção

O plano de cuidados é executado tendo em conta os recursos disponíveis no SAD e também de acordo com as decisões do cuidador informal, quando existe; quando não existe, a decisão é remetida exclusivamente para o profissional que coordena o serviço. O acompanhamento dos cuidados é realizado à distância, sobretudo através de reuniões com as ajudantes de apoio domiciliário. Este SAD é também um dos que identificam menos procedimentos de avaliação, remetendo-a para as reuniões de acompanhamento e avaliação e enviando a estatística para as entidades que o tutelam.

Tendo em conta os dois tipos de cuidados que se destacam, a alimentação e a higiene, este SAD é um dos que prestam mais cuidados de alimentação (32,5%), mas também cuidados de higiene (9,17%). Aliás, são estes dois tipos de cuidados que predominam no SAD. A maioria dos clientes usufrui de um único tipo de cuidados: alimentação ou higiene. Este SAD investe pouco noutros cuidados básicos instrumentais e não investe em nenhum cuidado complementar ou especializado, nem investe em processos inovadores na prestação de cuidados.

Relativamente à segunda tipologia – Quadro 4.26 – cuidados no SAD nas organizações com “menor complexidade e com SAD orientado para o alargamento relativo” identificamos as

seguintes características: existe também a tendência para a feminização dos clientes e a média de idades é a mais elevada (82,79 anos) e o desvio padrão é um dos mais baixos. Este SAD tem clientes com a maior escolaridade e, conseqüentemente, é aquele cuja média de pensão é das mais altas, com 413,55 euros e apresenta o menor número de clientes com índices de restrição da capacidade – 15,4% de gravemente dependentes e moderadamente dependentes – mas é também uma das que apoia mais pessoas com menores índices de restrição de incapacidade – 8,7% de levemente dependentes e independente. Na análise diagnóstica há um conhecimento substantivo de todas as variáveis sociográficas no que diz respeito à caracterização dos clientes. É também um dos que identificam os cuidados familiares prestados aos idosos, valorizando todo o tipo de cuidados: instrumentais, expressivos e estratégicos.

Quanto analisamos o modo como é realizado o plano de cuidados verificamos que é, a par com os outros tipos de SAD, muito centrado nas necessidades individuais das pessoas idosas e a participação do cliente nesse processo é nula. Ao membro da família que se assume como cuidador, seja ele principal ou secundário, atribui-se o papel de decisor e de supervisor dos cuidados prestados formalmente.

Desta forma, o plano de cuidados é executado, de forma semelhante aos outros SAD, tendo em conta os recursos disponíveis no SAD e também de acordo com as decisões do cuidador informal, quando existe; quando não existe, a decisão é remetida exclusivamente para o profissional que coordena o serviço. O acompanhamento dos cuidados é realizado através de reuniões com as ajudantes de apoio domiciliário, visita domiciliária e contactos telefónicos. Este SAD é também um dos que identificam mais procedimentos de avaliação, remetendo-a também para as reuniões de acompanhamento e enviando a estatística para as entidades que o tutelam

Tendo em conta os dois tipos de cuidados que se destacam, a alimentação e a higiene, este SAD é também um dos que fornece mais cuidados de alimentação (27,9%) e o que menos cuidados de higiene pessoal presta. Este SAD investe também noutros cuidados: instrumentais, complementares e especializados. Aliás, este é o segundo SAD que se destaca na prestação de cuidados especializados. Presta exclusivamente um tipo de cuidados, alimentação ou higiene, mas integra também clientes que usufruem de entre dois e sete tipos de cuidados. Relativamente à introdução de inovações identifica-se o acompanhamento de voluntários nalgumas actividades realizadas no SAD e procedimentos de avaliação da intervenção.

A terceira tipologia de cuidados identifica-se no SAD das organizações com “maior complexidade e SAD orientado para o alargamento substantivo” onde identificamos as seguintes características – Quadro 4.27.

**Quadro 4. 27 – Prestação de cuidados e intervenção do Serviço Social**

Organizações	Tipologia de SAD	Características sociográficas das pessoas idosas apoiadas	Capacidades para as AVD e AIVD dos clientes	Integração dos clientes no plano de cuidados	Cuidados prestados	Acompanhamento e Avaliação dos cuidados	Introdução de inovações na prestação de cuidados
Maior complexidade	<b>Alargamento Substantivo</b>	Feminização dos clientes, com média de idades de (79,13 anos). Com o maior índice e média de pensão mais alta, com 593,53 euros	Com 19,3% de clientes gravemente e moderadamente dependentes e 6,7% de clientes levemente dependentes e independentes	Plano centrado nas necessidades dos clientes. A participação do cliente é nula. O familiar é o decisor e o supervisor dos cuidados prestados. O plano é executado tendo em conta os recursos disponíveis	Presta cuidados de alimentação (17,05%) cuidados de higiene pessoal (12,8%). Investe também noutro tipo de cuidados básicos instrumentais e complementares, mas em contraponto é um dos que presta menos cuidados especializados. Mas é um dos que presta um maior número de cuidados a cada cliente	Acompanhamento é realizado à distância, valorizando-se as reuniões com as ajudantes de apoio domiciliário e as reuniões com os familiares. É um dos que realiza um maior número de procedimentos de avaliação	Inclui um técnico de fisioterapia na prestação de cuidados. Avalia a intervenção
	<b>Diversidade / inovação</b>	Feminização dos clientes e a média de idades é de (77,23 anos). O grupo de clientes entre os 25 e os 64 anos é dos maiores. A nível da escolaridade é baixo assim como a média de pensão com 334,53 euros	Tem um menor número de clientes com índices de restrição da capacidade de gravemente, de levemente dependente e de independente. Em contraponto, é um dos que apoia mais clientes moderadamente dependentes, com 13,5%.	Plano centrado nas necessidades dos clientes. A participação do cliente é nula. O familiar é o decisor e o supervisor dos cuidados prestados. O plano é executado tendo em conta os recursos disponíveis e desenvolvidos pela coordenação	É um dos que prestam menos cuidados de alimentação (23,2%) e menos cuidados de higiene pessoal. Os clientes usufruem de um número diversificado de cuidados, que varia de um a onze tipos de cuidados diferentes	Não foram identificados no questionário procedimentos de acompanhamento e avaliação dos clientes.	Inclui um fisioterapeuta e auxiliares de ajudante familiar na prestação de cuidados. Projecto de diminuição da solidão e isolamento proporcionado actividades de lazer e cultura aos clientes. Aplica questionários de avaliação da satisfação clientes

Neste tipo de SAD também há tendência para a feminização dos clientes e a média de idades é a segunda mais alta, se a compararmos com as outras tipologias de SAD (79,13 anos). Apresenta o menor desvio padrão, na idade. Este SAD integra clientes com o maior índice de escolaridade e é aquele cuja média de pensão é mais alta, com 593,53 euros. Também é o que apresenta o maior nível de restrição da capacidade com 19,3% de clientes gravemente e moderadamente dependentes. Consequentemente, é uma das respostas que fornece cuidados a pessoas com menor índice de restrição de incapacidade, com 6,7% de levemente dependentes e independentes.

Na análise diagnóstica há um conhecimento substantivo das variáveis sociográficas, excepto no que diz respeito à profissão, com 8,9% e é também um dos que valorizam o conhecimento sobre os cuidados familiares prestados aos idosos. Mas apesar disso, o plano de cuidados é, a par dos outros tipos de SAD, muito centrado nas necessidades individuais das

pessoas idosas e a participação do cliente no processo de intervenção é nula. Também o elemento da família que se assume como cuidador, seja ele principal ou secundário, é-lhe atribuído o papel de decisor e de supervisor dos cuidados prestados formalmente.

Igualmente, no que diz respeito à elaboração do plano de cuidados pela coordenação, esta tipologia é semelhante às anteriores. Por isso, o plano de cuidados é efectuado não em função das necessidades globais do cliente, mas tendo em conta os recursos disponíveis no SAD e também de acordo com as decisões do cuidador informal, quando existe, quando não existe, de acordo com a decisão do profissional que coordena o serviço. O acompanhamento da prestação de cuidados é realizado à distância, valorizando-se as reuniões com as ajudantes de apoio domiciliário e também as reuniões com os familiares. Apesar de a avaliação da prestação de cuidados ter a menor expressão de todos os SAD, este é o que apresenta maior número de procedimentos nesse âmbito.

Tendo em conta os dois tipos de cuidados que se destacam, a alimentação e a higiene, este SAD é o que presta menos cuidados de alimentação (17,05%) e mais cuidados de higiene pessoal (12,8%). Além deste tipo de cuidados, investe também noutro tipo de cuidados básicos instrumentais e complementares, mas em contraponto é o que presta menos cuidados especializados. De modo geral, este é o SAD que presta o maior número de cuidados, quer sejam básicos instrumentais, complementares. Quanto à introdução de inovações identifica-se a introdução de um técnico de fisioterapia na equipa de SAD e procedimentos de avaliação da intervenção.

Por último a quarta tipologia – Quadro 4.27 – cuidados no SAD nas organizações com “maior complexidade e com SAD orientado para a diversidade e inovação” identificamos as seguintes características. Existe também a tendência para a feminização dos clientes e a média de idades é a segunda mais baixa (77,23 anos). O grupo de clientes entre os 25 e os 64 anos é dos maiores. O desvio padrão nas idades é dos maiores. Este SAD é o que integra clientes com menor índice de escolaridade e aquele cuja média de pensão é das mais baixas, com 334,53 euros. Também é o que apresenta um menor número de clientes com índices de restrição da capacidade de gravemente dependente, de levemente dependente e de independente. Em contraponto, é um dos que apoia mais pessoas moderadamente dependentes, com 13,5%.

Na análise diagnóstica há um conhecimento substantivo das variáveis sociográficas, excepto no que diz respeito à escolaridade, com 4,7%, e da profissão, com 8,9%; é um dos que valoriza o conhecimento sobre os cuidados que os familiares prestam aos idosos. Mas quando analisamos a elaboração do plano de cuidados este é, a par com os outros tipos de SAD, muito centrado nas necessidades individuais das pessoas idosas e a participação do cliente nesse

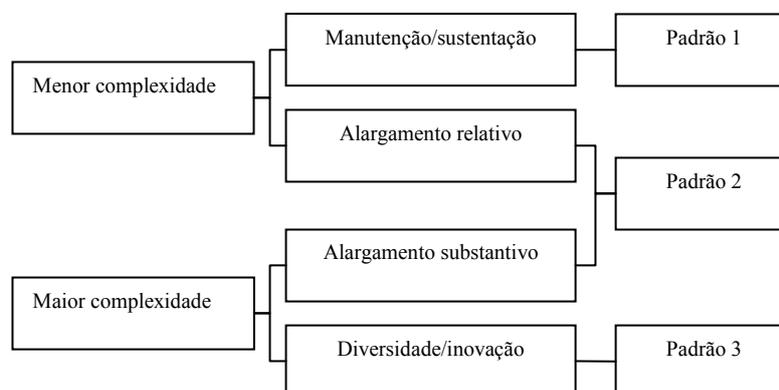
processo é nula. O elemento da família que se assume como cuidador, seja ele principal ou secundário, assume o papel de decisor e de supervisor dos cuidados prestados formalmente. O plano de cuidados é igualmente realizado tendo em conta os recursos disponíveis no SAD e também de acordo com as decisões do cuidador informal, quando existe; quando não existe, a decisão é remetida exclusivamente para o profissional que coordena o serviço.

Tendo em conta os dois tipos de cuidados que se destacam, a alimentação e a higiene, este SAD é um dos que fornece menos cuidados de alimentação (23,2%) e menos cuidados de higiene pessoal. Em vez disso, investe noutra tipologia de cuidados, básicos instrumentais e complementares, com saídas ao exterior e ajudas técnicas, destaca-se relativamente aos outros SAD na prestação de cuidados especializados, com 65,75% de cuidados de apoio psicossocial ao cuidador e familiar e de fisioterapia. Os clientes usufruem de um número diversificado de cuidados, que varia de um a onze tipos de cuidados diferentes. Esta tipologia de SAD é que mais inovação introduz relativamente às outras tipologias identificadas. Este SAD elabora de projectos para diminuir a solidão e o isolamento social dos clientes no qual são realizadas actividades no exterior. Também a integra de um fisioterapeuta e as profissionais auxiliares de ajudantes familiares permitem diversificar os serviços prestados aos clientes e, deste modo, melhorar a qualidade da resposta.

## 6 – Padrões de serviços de apoio domiciliário em instituições de solidariedade social

Em forma de síntese, e tendo em conta a análise realizada até aqui, relativamente à estrutura e organização das instituições e respectivas tipologias de SAD e as variáveis enunciadas na Figura 4.26 e 4.27, consideramos os seguintes padrões de serviços e de cuidados – Figura 4.4.

**Figura 4.4 – Padrões de SAD**



O primeiro padrão refere-se a uma organização com menor complexidade e com SAD orientado para a manutenção/sustentação. Fornece cuidados básicos instrumentais de subsistência a uma população-alvo com maiores indicadores de fragilidade ao nível da pobreza e situa-se num espaço territorial igualmente fragilizado, em termos de recursos. Os cuidados que estas pessoas idosas recebem são exclusivamente a higiene pessoal e a alimentação. A intervenção do Serviço Social fundamenta-se na satisfação e na gestão de necessidades básicas e de acesso a esse tipo de recursos.

O segundo padrão é um misto entre as organizações com menor e com maior complexidade e com SADs orientados para o alargamento substantivo e relativo. Proporciona sobretudo cuidados básicos instrumentais de subsistência e complementares. Apresenta uma população alvo com menores índices de fragilidade sobretudo em termos económicos. Orienta a acção para as necessidades dos clientes, mas vão ajustando-as aos recursos existentes e possíveis de desenvolver tendo em conta a capacidade de acção da instituição. Apesar disso, ainda que não conseguem responder com recursos alargados, projectos e outras boas práticas, como o faz a que se orienta para a diversidade. A intervenção do Serviço Social, neste padrão de cuidados, é de selecção de necessidades básicas e complementares e de ajustamento aos recursos existentes.

O terceiro identifica-se na organização de maior complexidade e com SAD orientado para a diversidade/inação. Garante cuidados diversificados integrando os básicos instrumentais, os complementares e os especializados. Apresenta uma população com indicadores de fragilidade ao nível da pobreza e situa-se num território, também ele, descaracterizado em termos de recursos sociais. Além da diversidade de cuidados, demonstra algumas boas práticas na prevenção do isolamento e exclusão, com projecto específico de integração dos clientes do SAD que se encontram nessas circunstâncias, promovendo com elas actividades no exterior. A sua equipa integra profissionais mais diversificados incluindo um fisioterapeuta, para além de profissionais com deficiência mental ligeira com a função de assistentes de ajudantes familiares.

A intervenção do Serviço Social fundamenta-se também numa gestão de necessidades, mas, neste caso, estas não são só básicas, abrangem também serviços complementares e especializados tais como cuidados de reabilitação, de apoio psicossocial e processos de inserção na comunidade para a diminuição do isolamento. Para terminar, vejamos nas conclusões a discussão em torno da questão principal desta tese, a de saber se os cuidados domiciliários prestados em instituições de solidariedade e coordenados por profissionais de Serviço Social respondem ao envelhecimento com dependência e promovem a autonomia do cliente e a qualidade dos serviços.