



**ASSOCIAÇÃO DE POLITÉCNICOS DO NORTE (APNOR)**

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA**

**Alterações das respostas sociais, especialmente nos  
Serviços de Apoio Domiciliário, perante as exigências  
da população idosa jovem**

Ana Lúcia Barbosa Montanha

**Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico de Bragança para obtenção  
do Grau de Mestre em Gestão das Organizações - Ramo de Gestão de  
Unidades de Saúde**

Orientação: Professora Doutora Paula Odete Fernandes e Professora  
Doutora Ana Paula Monte

Bragança, abril, 2015.



**ASSOCIAÇÃO DE POLITÉCNICOS DO NORTE (APNOR)**

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA**

**Alterações das respostas sociais, especialmente nos  
Serviços de Apoio Domiciliário, perante as exigências  
da população idosa jovem**

Ana Lúcia Barbosa Montanha

**Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico de Bragança para obtenção  
do Grau de Mestre em Gestão das Organizações - Ramo de Gestão de  
Unidades de Saúde**

Orientação: Professora Doutora Paula Odete Fernandes e Professora  
Doutora Ana Paula Monte

Bragança, abril, 2015.

## **Resumo**

Apesar dos benefícios que os atuais Serviços de Apoio Domiciliário (SAD) têm proporcionado às populações, aumentando a sua cobertura a nível nacional, existe ainda um conjunto de constrangimentos que limitam a qualidade dos serviços. São eles: a insuficiente e pouca diversidade dos serviços, limitando-se às atividades de apoio social (alimentação e ao banho); deficiências em termos de funcionamento, reduzidos somente aos dias úteis; e deficits em termos formativos dos recursos humanos e da qualidade da prestação (Gil, 2009).

Tem sido consensual que quer o modelo de funcionamento, quer o de financiamento dos atuais serviços de apoio domiciliário necessitam ser redimensionados, não só aumentando a oferta de novos serviços, bem como pensar numa harmonia de respostas a populações desfavorecidas para uma visão geral e preventiva, com estratégias diferenciadas, dirigidas a diferentes públicos-alvo (Gil, 2009).

Seguindo esta linha de raciocínio este estudo tem como principal objetivo delinear os futuros serviços de apoio domiciliário de acordo com as exigências da futura população idosa, do concelho de Mirandela. Uma vez que se pretendia fazer uma análise descritiva exploratória trabalhou-se com uma de 100 indivíduos de um total de 4854, entre os 40 e 54 anos.

Os principais resultados permitiram concluir que os inquiridos sabem o que é o SAD (97%) e 98% utilizariam estes serviços caso necessitassem, num futuro próximo/longínquo. Manifestaram, ainda, com elevada importância os serviços que o SAD pode prestar tais como: Atividades Básicas da Vida Diária, Atividades Instrumentais da Vida Diária, Serviços de Saúde, Outros Serviços e SAD 24h.

**Palavras-chaves:** SAD; Qualidade de Vida; Envelhecimento Demográfico; Concelho de Mirandela.

## **Abstract**

Even though the benefits that existing home support services have provided to the population, increasing its coverage nationwide, there is still a set of constraints that limit the quality of services. They are: insufficient and little diversity of services, limiting the activities of social support (food and bath); shortcomings in terms of operation, reduced only to working days; and deficits in terms of training of human resources and the quality of provision (Gil, 2009).

It has been agreed that either the operating model or the financing of the current home support services need to be resized, not only increasing the supply of new services as well as think of a harmony of answers to disadvantaged populations to a general and preventive vision, with different strategies, targeting different audiences (Gil, 2009).

Following this line of reasoning this study aims to outline the future home support services in accordance with the requirements of the future elderly population, of the municipality of Mirandela. The sample consisted of 100 individuals from a total of 4854, between 40 and 54 years.

The main results showed that respondents know what is the SAD (97%) and 98% would use these services if they needed in the near/far future. They expressed also, with high importance, the services that the SAD can provide such as: Basic Activities of Daily Living, Instrumental Activities of Daily Living, Health Services, Other Services and SAD 24 hours.

**Keywords:** SAD; Quality of Life; Population Aging; Municipality of Mirandela

## **Resumen**

A pesar de los beneficios que los actuales Servicios de Apoyo al Domicilio (SAD) han proporcionado a la población, el aumento de su cobertura a nivel nacional, hay un conjunto de restricciones que limitan la calidad de los servicios. Ellos son: la diversidad insuficiente y poco de los servicios, lo que limita las actividades de apoyo social (alimentos y baño); deficiencias en términos de operación, reducen sólo a los días laborables; y los déficits en materia de formación de recursos humanos y la calidad de la prestación (Gil, 2009).

Se ha acordado que sea el modelo de funcionamiento o la financiación de la ayuda de los actuales servicios al domicilio tienen que ser redimensionado, no sólo el aumento de la oferta de nuevos servicios, así como pensar en una armonía de respuestas a las poblaciones desfavorecidas a una visión general y preventiva, con estrategias diferentes, dirigidos a diferentes audiencias (Gil, 2009).

Siguiendo esta línea, este estudio pretende esbozar los futuros servicios de apoyo en el hogar de conformidad con los requisitos de la futura población de edad avanzada, el municipio de Mirandela. Desde que se pretende hacer un análisis descriptivo exploratorio se trabajó con 100 personas de un total de 4854, entre 40 y 54 años.

Los principales resultados mostraron que los encuestados saben lo que el SAD (97%) y el 98% usarían estos servicios si necesitaban en el futuro cercano/lejano. Expresado también con gran importancia de los servicios que el SAD puede proporcionar tales como: Actividades Básicas de la Vida Diaria, Actividades Instrumentales de la Vida Diaria, Servicios de Salud, Otros Servicios y SAD 24h.

**Palabras clave:** SAD; La calidad de vida; Envejecimiento; Municipio de Mirandela.

## ÍNDICE

ÍNDICE DE TABELAS .....	ii
ÍNDICE DE FIGURAS .....	iii
Introdução.....	1
1. Conceitos e Definições.....	3
1.1. Problemática do envelhecimento .....	3
1.2. Condições e Qualidade de Vida.....	5
1.3. Serviço de Apoio Domiciliário como resposta social.....	7
2. Caracterização do concelho de Mirandela.....	11
2.1. Caracterização da população residente.....	11
2.2. Organizações que prestam Serviço de Apoio Domiciliário no Concelho.....	13
2.3. Valências do Serviço de Apoio Domiciliário .....	13
3. Metodologia de Investigação.....	17
3.1. Objetivo do estudo e hipóteses de investigação .....	17
3.2. Definições da população e da amostra .....	17
3.3. Instrumento de recolha de dados .....	17
3.4. Tratamento dos dados .....	19
4. Apresentação e Discussão dos Resultados.....	21
4.1. Caracterização da Amostra.....	21
4.2. Caracterização da Oferta das Respostas Sociais.....	23
4.3. Validação das Hipóteses de Investigação .....	30
Conclusões, limitações do estudo e sugestões para investigações futuras .....	33
Referências Bibliográficas .....	35
ANEXO .....	37

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1:Índice de Dependência.....	4
Tabela 2:Consistência interna do Instrumento de Recolha de Dados .....	19
Tabela 3: Caraterização da Amostra. ....	21
Tabela 4: Serviço de Apoio Domiciliário. ....	22
Tabela 5: Serviço de Apoio Domiciliário-24H.....	22
Tabela 6: Análise descritiva aspetos da habitação. ....	23
Tabela 7: Análise descritiva atividades básicas da vida diária .....	24
Tabela 8: Análise descritiva Atividades instrumentais da vida diária.....	25
Tabela 9: Análise descritiva Serviços de saúde.....	25
Tabela 10: Análise descritiva Outros Serviços.....	26
Tabela 11:Análise descritiva SAD-24H. ....	26
Tabela 12: Habilitações literárias vs Atividades básicas da vida diária. ....	27
Tabela 13: Habilitações literárias vs Atividades instrumentais da vida diária.....	27
Tabela 14:Habilitações literárias vs Serviços de saúde.....	27
Tabela 15: Habilitações literárias vs Outros serviços. ....	28
Tabela 16: Género vs Atividades básicas da vida diária. ....	28
Tabela 17: Género vs Atividades instrumentais da vida diária. ....	28
Tabela 18: Género vs Serviços de saúde. ....	28
Tabela 19: Género vs Outros serviços.....	28
Tabela 20: Rendimento mensal vs Atividades básicas da vida diária. ....	29
Tabela 21: Rendimento mensal vs Atividades instrumentais da vida diária. ....	29
Tabela 22: Rendimento mensal e Serviços de saúde.....	29
Tabela 23: Rendimento mensal vs Outros serviços.....	29
Tabela 24: Tabela resumo dos serviços prestados pelo apoio domiciliário. ....	31
Tabela 25: Valores de prova para as amostras independentes vs serviços prestados pelo apoio domiciliário.....	31

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Valor médio das pensões da Segurança Social (€/Nº) por local de residência, anual, (NUTS-2002). .....	12
Figura 2: Médias e Desvio padrão segundo a importância atribuída a cada um dos serviços. ....	30

## **Introdução**

O envelhecimento da população coloca aos governos, às famílias e à sociedade em geral, desafios para os quais não estavam preparados. Coloca-se, então, a questão de pensar o envelhecimento ao longo da vida, numa atitude mais preventiva e promotora da saúde e da autonomia. Ainda, uma promoção de um envelhecimento saudável e de qualidade, que respeite múltiplos sectores da sociedade (Soeiro, 2010).

Uma das respostas que tem vindo a surgir como solução ao elevado envelhecimento demográfico da população são os serviços de apoio domiciliário (SAD) que têm como objectivo evitar a institucionalização em lares de idosos, constituindo um meio de libertação das altas hospitalares, bem como facilitar as acessibilidades aos serviços de saúde e a um conjunto de serviços de apoio social.

Segundo o Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII), apesar dos benefícios que os actuais serviços de apoio domiciliário têm proporcionado às populações, aumentando a sua cobertura a nível nacional, existe ainda um conjunto de constrangimentos que limitam a qualidade dos serviços. São eles: a insuficiente e pouca diversidade dos serviços, limitando-se às actividades de apoio social (alimentação e ao banho); deficiências em termos de funcionamento, reduzidos somente aos dias úteis; e deficits em termos formativos dos recursos humanos e da qualidade da prestação (Gil, 2009).

Tem sido consensual que quer o modelo de funcionamento, quer o de financiamento dos actuais serviços de apoio domiciliário necessitam ser redimensionados, não só aumentando a oferta de novos serviços, bem como pensar numa harmonia de respostas a populações desfavorecidas para uma visão geral e preventiva, com estratégias diferenciadas, dirigidas a diferentes públicos-alvo (Gil, 2009).

Apostar na diversidade de um pacote de serviços, baseado na comparticipação nominal de serviço usufruídos e de acordo com as necessidades individuais, previamente identificadas por uma equipa médico-social, polarizada em parcerias entre segurança social e saúde ou apostar no financiamento directo às famílias, são dois possíveis quadros a explorar, sem deixar de ter como referência alguns dos modelos de financiamento vigentes na União Europeia (Gil, 2009).

Desta forma, torna-se importante referir que o impacto na sociedade do envelhecimento não se esgota na necessidade de mais serviços de apoio aos elementos mais velhos. Este fenómeno conduz à necessidade de criar mais instituições com essas valências, onde as mesmas devem orientar-se para novos mercados. Conduz, ainda, à alteração das estruturas familiares, onde poderão constar elementos de diferentes gerações com especificidades e interesses próprios. Será, então, necessário promover o envelhecimento activo, para que os indivíduos mais velhos possam ser vistos pela sociedade como elementos activos com

capacidade de produzir e acrescentar valor, mas também usufruir das sinergias entre a força e audácia da juventude com a experiência e serenidade da idade (Sousa, 2009).

Neste contexto surge o presente trabalho onde tem como principal objectivo auscultar o mercado, com idades compreendidas entre 40 e 54 anos, residentes no concelho de Mirandela, no sentido de fazer um levantamento e diagnóstico das necessidades ao nível dos serviços de apoio domiciliário. Pretende-se pois, delinear os futuros serviços de apoio domiciliário de acordo com as exigências da futura população idosa, do concelho de Mirandela. Para tal, vai ser aplicado um questionário a uma amostra representativa da população em estudo.

Assim, o trabalho encontra-se dividido em 4 pontos após a presente introdução. O primeiro ponto apresenta-se a revisão da literatura, seguindo-se o segundo ponto com a caracterização do concelho de Mirandela. No terceiro ponto, pretende-se apresentar a parte empírica da investigação, com a descrição dos instrumentos de recolha de dados e dos métodos de investigação e por fim, o último ponto apresentam-se os resultados mais pertinentes do estudo.

## **1. Conceitos e Definições**

### **1.1. Problemática do envelhecimento**

O envelhecimento é um processo progressivo, cujo início é impossível de datar, é um processo heterogeneo que varia de individuo para individuo. Podem-se assim, considerar a idade psicológica, a idade biológica e a idade social, que podem diferir da idade cronologica (Fontaine, 2000). Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a terceira idade tem inicio entre os 60-65 anos, sendo esta a idade instituida para efeitos de pesquisa.

Para compreender o envelhecimento demográfico, devemos ter em conta que todos indivíduos, independentemente das suas características pessoais, são classificados em três categorias etárias: idade jovem (até 15 anos), activa (15-64 anos) e idosa (65 e mais anos). É a partir destas categorias que se desenvolve o conceito de envelhecimento demográfico (Rosa, 2006). Entre 2001 e 2011, a proporção de jovens decresceu de 16,2% para 14,9% da população residente total. No mesmo período, a proporção de indivíduos em idade ativa também reduziu de 67,3% para 66,0%, verificando-se simultaneamente o aumento da percentagem de idosos de 16,6% para 19,0% (INE, 2012).

Foi a partir do séc. XX que ocorreu o envelhecimento na base e no topo da pirâmide etária, sendo Portugal um dos países mais envelhecidos do mundo. O envelhecimento da população portuguesa faz com que também o grupo de idades activas (15-64) seja afetado. Atualmente este grupo representa 66% da população.

Os dados prospectivos do INE revelam que a população portuguesa continuará a envelhecer mesmo que os níveis de fecundidade aumentem e os saldos migratórios continuem positivos (Rosa, 2006).

Na Tabela 1, que se segue, apresenta-se o índice de dependência dos jovens e dos idosos e total bem como o índice de envelhecimento, por NUT III, para 2011, de acordo com dados do INE (2012). Em 2011, as NUTS III onde se observaram índices de envelhecimento mais elevados, com índice de envelhecimento superior a 200, foram Pinhal Interior Sul, Serra da Estrela, Alto Trás-os-Montes, Beira Interior Norte, Beira Interior Sul e Alto Alentejo. No sentido oposto, as regiões autónomas da Madeira e dos Açores, Tâmega, Cávado e Ave foram as regiões NUTS III que exibiram menores índices de envelhecimento, com valores abaixo de 100 (INE, 2012).

Os valores em relação ao índice de dependencia, o qual indica o número de dependentes por cada 100 individuos em idade activa, mostra que as NUT III indicadas anteriormente como sendo as que apresentavam o maior índice de envelhecimento são também aquelas em o índice de dependencia total é mais elevado e devido sobretudo ao índice de dependencia dos idosos. A NUT Pinhal Interior Sul é a que apresenta o índice de dependencia mais elevado (75,2), sendo que este resulta de um índice de dependencia dos idosos de 56,9 (ou seja, por

cada 100 indivíduos em idade ativa, existem 56,9 indivíduos com 65 anos ou mais dependentes).

Tabela 1: Índice de Dependência.

2011	Índices de Dependência			
	Dependência total	Dependência de jovens	Dependência de idosos	Envelhecimento
<b>Portugal</b>	<b>51,4</b>	<b>22,6</b>	<b>28,8</b>	<b>127,6</b>
<b>Continente</b>	<b>51,8</b>	<b>22,5</b>	<b>29,3</b>	<b>130,5</b>
<b>Norte</b>	<b>46,9</b>	<b>21,9</b>	<b>25,0</b>	<b>114,1</b>
Minho Lima	55,8	20,4	35,4	173,4
Cávado	43,5	23,2	20,2	87,0
Ave	42,3	21,6	20,7	96,0
Grande Porto	46,1	21,7	24,4	112,6
Tâmega	44,4	24,3	20,1	82,7
Entre Douro e Vouga	44,7	21,1	23,6	112,1
Douro	56,0	20,5	35,5	173,5
Alto Trás-os-Montes	63,1	18,2	44,9	247,1
<b>Centro</b>	<b>55,5</b>	<b>21,3</b>	<b>34,2</b>	<b>160,7</b>
Baixo Vouga	49,3	21,5	27,7	128,7
Baixo Mondego	53,9	19,7	34,1	172,9
Pinhal Litoral	51,3	22,5	28,8	128,0
Pinhal Interior Norte	61,1	20,8	40,4	194,2
Dão Lafões	57,5	21,7	35,9	165,5
Pinhal Interior Sul	75,2	18,4	56,9	309,6
Serra da Estrela	61,7	17,2	44,6	259,8
Beira Interior Norte	64,4	18,8	45,7	243,3
Beira Interior Sul	65,8	19,5	46,3	237,2
Cova da Beira	58,5	19,2	39,3	204,5
Oeste	53,7	23,4	30,3	129,2
Médio Tejo	58,8	21,5	37,2	173,0
<b>Lisboa</b>	<b>53,2</b>	<b>24,2</b>	<b>29,0</b>	<b>119,7</b>
Grande Lisboa	53,8	24,0	29,7	123,6
Península de Setúbal	51,8	24,6	27,1	110,0
<b>Alentejo</b>	<b>59,6</b>	<b>21,7</b>	<b>37,9</b>	<b>175,0</b>
Alentejo Litoral	57,9	20,1	37,8	188,2
Alto Alentejo	64,3	20,7	43,6	210,2
Alentejo Central	59,7	21,1	38,6	182,7
Baixo Alentejo	60,5	21,6	38,9	179,8
Lezíria do Tejo	57,6	23,1	34,5	149,1
<b>Algarve</b>	<b>54,0</b>	<b>24,0</b>	<b>30,0</b>	<b>125,3</b>

Fonte: Estatísticas demográficas (INE, 2011).

Quanto à constituição das famílias clássicas compostas por um só elemento, representavam em 2011 cerca de 21% do total de famílias e têm vindo a aumentar nas últimas décadas (INE, 2013). Em 2011 foram recenseadas 866 827 famílias unipessoais, contra 631762 apuradas

em 2001. O número de famílias unipessoais constituídas por uma pessoa idosa representa a grande maioria das famílias unipessoais e corresponde a cerca de 10% do total de famílias clássicas. Sendo que, geograficamente as famílias unipessoais concentram-se predominantemente nos territórios do interior, que observam, em geral, elevados índices de envelhecimento (INE, 2011).

A sociedade actual está a envelhecer e isso traz implicações a nível familiar, social económico, político, etc. Segundo Rosa (2006) as principais preocupações são: os gastos com a saúde que fazem com a despesa pública aumente, a não renovação de gerações devido a diminuição da natalidade e o número de óbitos relativamente estático, com envelhecimento demográfico a aumentar, aumentam também os receios quanto à produtividade, o aumento das despesas sociais devido ao aumento das despesas com as pensões, a solidão e o isolamento.

## **1.2. Condições e Qualidade de Vida**

Na década de 90, sob a salvaguarda da OMS, formou-se um grupo que assumiu o estudo da qualidade de vida definindo-a como uma percepção individual da sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais se insere e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (*WHOQOL Group (1944)*, citado por Paúl, Fonseca, Martín & Amado, 2005). Esta abordagem é particularmente pertinente face ao envelhecimento demográfico da população e à evidência de que as pessoas vivem mais tempo e com menos doenças agudas, ou seja, a qualidade de vida e a sua avaliação são questões centrais, nomeadamente, no que diz respeito aos idosos (Hickey (2004) citado por Paúl et al., 2005).

No modelo da OMS a qualidade de vida abrange as dimensões física, psicológica, social, e ambiental. A saúde continua a ser uma área fulcral na qualidade de vida, particularmente para os idosos, embora o peso da saúde na percepção da qualidade de vida, mais precisamente da percepção da saúde na qualidade de vida, permanece contudo uma questão controversa.

A qualidade, definida pelo Decreto de Lei n.º 140/2004 de 8 de Junho é o “conjunto de atributos e características de uma entidade ou produto que determinam a sua aptidão para satisfazer as necessidades e expectativas da sociedade” (Paúl et al., 2005).

O estudo da Fundação MacArthur (citado por Paúl et al., 2005) destaca três condições para envelhecer com qualidade: manter um baixo risco de doença (estilo de vida saudável), manter um funcionamento físico e mental elevado, manter um envolvimento/compromisso ativo com a vida.

Segundo Castellón (2003, citado por Paúl et al., 2005) podem-se considerar os seguintes indicadores de qualidade de vida associados ao envelhecimento: autonomia, atividade, recursos económicos, saúde, habitação, intimidade, segurança, pertença a uma comunidade, relações pessoais. O conceito de envelhecimento com qualidade de vida só faz sentido numa

perspetiva ecológica, visando o indivíduo no seu contexto sociocultural, integrando a sua vida atual e passada, ponderando uma dinâmica de forças entre as pressões ambientais e as suas capacidades adaptativas.

Paúl et al. (2005) referem que a satisfação e a qualidade de vida dos idosos variam de acordo com os fatores que determinam o envelhecimento bem-sucedido, sendo estes os serviços de saúde e sociais, características pessoais e comportamentais, meio físico, características sociais e económicas.

Castellón (2003, citado por Paúl et al., 2005) salienta que a associação entre envelhecimento e qualidade de vida adquire cada vez mais relevância na sociedade ocidental. Este é um conceito de grande importância para a avaliação da qualidade de vida dos idosos.

Fernandez- Ballesteros (1998, citado Paúl e al., 2005) considera que a qualidade de vida está muito dependente do contexto e das circunstâncias em que as pessoas vivem ou seja, esta muito dependente das qualidades pessoais e do estilo de vida.

No que diz respeito às condições de vida da população idosa e analisando alguns dados estatísticos (publicados pelo INE, 2012) pode-se dizer que taxa de risco de pobreza para a população idosa diminui de 20,0%, 1 p.p. menos do que o valor de 2009 (21,0%), e próximo do estimado em 2008 (20,1%) mantendo-se a tendência decrescente observada na série para este indicador desde 2003. Considerando apenas os rendimentos do trabalho, de capital e transferências privadas, 42,5% da população residente em Portugal estaria em risco de pobreza em 2010. Os rendimentos provenientes de pensões de reforma e sobrevivência contribuíram em 2010 para um decréscimo de 17,2 p.p., observando-se uma taxa de risco de pobreza após pensões e antes de transferências sociais de 25,4% (INE, 2012).

Assim, através do estudo realizado por Bonfim, Teles, Saraiva, Cadete, Quaresma e Veiga (1996), pode-se dizer que as pessoas idosas constituem na sua grande maioria um grupo desfavorecido da população, com uma problemática complexa e multifatorial, de que se destacam alguns aspetos:

- Rendimentos - apesar de nos últimos anos se ter vindo a verificar alguma melhoria do poder económico deste grupo, ele é ainda bastante fraco. Para esta situação concorre o facto de existirem ainda idosos que usufruem apenas da pensão social cujo valor é inferior ao da pensão mínima de velhice. Desconhece-se o número de pessoas idosas com rendimentos suficientes; sabe-se no entanto, que do total dos idosos reformados, apenas cerca de 25% têm pensões de reforma superiores aos valores atrás referidos.
- Saúde - a população idosa, devido a condicionalismos de vária ordem apresenta na sua grande maioria estados de saúde muito precários, caracterizados, muitas vezes pela existência de situações patológicas, em particular doenças

cerebrovasculares, tumores malignos, doenças cardiovasculares e acidentes (fraturas). Estas situações limitam muitas vezes as capacidades funcionais dos indivíduos idosos com repercussões ao nível da execução das atividades da vida diária e portanto da sua independência. Também as perturbações psíquicas são frequentes com o avanço em idade, sobretudo os estados de demência, por aterosclerose ou outra situação, de que se destaca a doença d'Alzheimer que tanta perturbação origina no meio familiar e social do indivíduo atingido.

- Habitação - o problema habitacional comum a todas as gerações dada a sua escassez e elevados custos assume aspetos particularmente gravosos no caso dos idosos. Com efeito, muitos idosos vivem em casas antigas em andares altos, muitas vezes inadequadas à sua situação pela existência de barreiras físicas e/ou ausência de infraestruturas que impedem condições de bem-estar e independência na idade avançada.

Também no meio rural a situação é deficitária vivendo os idosos muitas vezes isolados, em pequenas aldeias em casas sem as mínimas condições de conforto e de saneamento básico.

- Participação sociocultural - a maioria das pessoas idosas tem uma fraca participação na sua comunidade, o que gera sentimentos de solidão e desvalorização, com repercussões quer ao nível da integração sociofamiliar quer do nível da saúde física e psíquica. Assim, a capacidade de mobilidade no quotidiano constitui um fator importante na luta contra o isolamento pelo que as medidas existentes (passe social, cartão dourado, facilidades de acesso a atividades sócio recreativas e culturais) deveriam alargar-se no sentido de eliminar as barreiras sociais à participação.

- Apoio familiar - apesar da evolução que a família tem vindo a sofrer ao longo dos tempos, nomeadamente no que respeita à sua dimensão, papéis e trabalho da mulher fora do lar, essa circunstância não tem sido impeditivo de prestar suporte aos seus idosos quando em situação de crise. É a mulher quem suporta principalmente o peso da responsabilidade de tal prestação, cujo exercício determina na maioria dos casos dificuldades de diversa natureza, exigindo pois a tomada de medidas facilitadoras do exercício destes papéis bem como de formação e treino adequados.

### **1.3. Serviço de Apoio Domiciliário como resposta social**

As respostas de proteção social e de saúde para as pessoas idosas evoluíram substantivamente nestes últimos 30 anos, e com mais frequência nos últimos 10 anos no que se refere às transferências financeiras e a prestação de cuidados institucionais e domiciliários (Pereira, 2011). A reforma legislativa que ocorreu favoreceu o surgimento de novas

instituições laicas e religiosas, mas também o alargamento e a reconfiguração das atividades, com especial destaque para as instituições seculares, até aí dirigidas exclusivamente à área da saúde, como era o caso das misericórdias (Pereira, 2011).

Os Serviços de Apoio Domiciliário (SAD) tiveram um relativo desenvolvimento na década de 80 do século XX mas foi a partir da década de 90 do mesmo século que cresceram exponencialmente, fruto das profundas mudanças na política de cuidados domiciliários a nível nacional e internacional (Pereira, 2011). Tal exigiu um maior financiamento do estado e uma maior regulamentação, consubstanciada em decretos, leis, despachos e normativos que orientam o funcionamento dos serviços, o acesso e tipo de prestação, tendo em vista a qualidade (Pereira, 2011).

O SAD, cujas condições de funcionamento são estabelecidas pelo Decreto-Lei nº 133-A/97, de 30 de Maio, é “uma resposta social, desenvolvida a partir de um equipamento, que presta cuidados individualizados e personalizados no domicílio, a indivíduos e famílias quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar temporariamente ou permanentemente, a satisfação das necessidades básicas e/ou as atividades da vida diária”. É um serviço que possui como imperativo a promoção da autonomia do idoso e da prevenção de situações de dependência ou, quando em situações irreversíveis, tenta evitar o agravamento de situações de dependência. O SAD tem como objetivos contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas e famílias, prevenir situações de dependência e promover a autonomia, prestar cuidados de ordem física e apoio psicossocial aos utentes e famílias, de modo a contribuir para o seu equilíbrio e bem-estar, apoiar os utentes e famílias na satisfação das necessidades básicas e atividades da vida diária e colaborar e ou assegurar o acesso à prestação de cuidados de saúde (Decreto-Lei nº 133-A/97, de 30 de Maio). O SAD, através de cuidados personalizados, individualizados e multidimensionais, visa favorecer o bem-estar e o desenvolvimento individual dos clientes, num ambiente de segurança afetiva, física e psíquica, em colaboração com o responsável familiar mais próximo. Sendo objetivo do SAD assegurar que as necessidades do familiar e do utente são satisfeitas, este serviço oferece um conjunto diversificado de serviços: cuidados de higiene e conforto pessoal, limpeza e arrumação do domicílio, confeção de alimentos ou distribuição de refeições e acompanhamento das mesmas, tratamento de roupas, colaboração na prestação de cuidados de saúde quando supervisionados por profissionais de saúde qualificados e disponibilização de informação útil. Adicionalmente, pode prestar serviço de acompanhamento ao exterior, apoio na aquisição de bens e serviços, atividades recreativas e de animação, arranjos e modificações do ambiente e apoio em casos de emergência.

Em 1996, com o Despacho Conjunto n.º 407/98, surge o serviço de Apoio Domiciliário Integrado (ADI), com o objetivo de prestar apoio social e cuidados de saúde a pessoas em situação de dependência, exigindo uma colaboração entre diversos parceiros sociais na prossecução de um objetivo comum, que se coaduna com a prestação de soluções mais ajustadas à realidade da população. Ao longo dos anos, a integração do apoio social com a

saúde foi uma marca evidente na prestação de serviços ao domicílio, com um marco significativo no ano de 2006, com a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), que visa assegurar a promoção e continuidade dos cuidados sociais e de saúde em parceria com o Ministério da Saúde, incluindo nos seus serviços a prestação de cuidados domiciliários por equipas domiciliárias (Decreto-Lei nº101/2006 de 6 de Junho).

As políticas que defendem a permanência do idoso em casa têm combinado os seus esforços para que a pessoa idosa escolha continuar a viver no seu ambiente de vida habitual em detrimento da institucionalização. Esta premissa foi fortalecida pela melhoria das condições de habitabilidade dos domicílios e pelo aumento da flexibilidade dos serviços médicos e sociais para assistirem aqueles que preferem continuar a residir em sua casa (Smida, 2005).

Impulsionados pela política de manutenção da pessoa idosa no seu domicílio, têm sido desenvolvidos um conjunto de programas. Entre os seus objetivos, focam a criação de condições para a permanência do idoso na sua habitação e no seio da sua rede social, destacando-se:

- O programa PAII (Programa de Apoio Integrado a Idosos), criado em 1994, promovido pelos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Segurança Social, objetiva implementar “um conjunto de medidas inovadoras que visam contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas, prioritariamente no domicílio e no seu meio habitual de vida, desenvolvendo-se através de projetos de desenvolvimento central e a nível local” (Pereira, 2011, p.24).
- O programa PARES (Programa de Alargamento da Rede de Equipamentos Sociais), criado em 2006, propõe alargar a rede de equipamentos sociais, a partir da criação de mais lugares em respostas sociais que promovam o bem-estar e melhoria das condições de vida das pessoas e famílias. Este programa surge como uma medida inovadora e abrangente, por contemplar a criação de parcerias com a Rede Solidária, IPSS, e por incentivar o sector privado lucrativo através do apoio ao investimento que tenha como fim o aumento no número de lugares disponíveis em serviços como o apoio domiciliário, centro de dia e lar de idosos (Pereira, 2011).

No entanto, o Decreto-Lei nº 64/2007 de 14 de Março veio definir o regime de licenciamento e de fiscalização da prestação de serviços e dos estabelecimentos de apoio social, no qual se inserem os SAD. O elemento novo introduzido por este diploma diz respeito ao âmbito da sua aplicação, contemplando também as instituições particulares de solidariedade social (IPSS) ou instituições legalmente equiparadas. Além destas, sociedades ou empresários em nome individual e as entidades privadas que desenvolvam atividades de apoio social regem-se também por este regime de licenciamento e fiscalização da prestação de serviços. Outro dado importante introduzido por esta regulamentação refere-se fundamentalmente à simplificação de procedimentos. No âmbito do Programa de simplificação administrativa *Simplex*, “define-se neste diploma um interlocutor único para o licenciamento dos

estabelecimentos de apoio social geridos por entidades privadas, a realização de vistorias conjuntas das entidades competentes, a eliminação da exigência da apresentação de vários documentos, a redução dos prazos atualmente previstos e a divulgação no sítio da Internet da segurança social dos atos atualmente sujeitos a publicação no Diário da República” (Gil, 2009, p.8).

Outra iniciativa que se revestiu de especial interesse foi a criação do manual de avaliação da qualidade dos SAD. “Garantir aos cidadãos o acesso a serviços de qualidade, adequados à satisfação das suas necessidades e expectativas, é um desafio que implica o envolvimento e empenho de todas as partes interessadas”(Gil, 2009, p.8). Neste âmbito e com o objetivo de constituir um referencial normativo que permita avaliar a qualidade dos serviços prestados e consequentemente diferenciar positivamente as respostas sociais, o ISS, I.P.- Gabinete de Planeamento/Núcleo de Estudos e Conhecimento, desenvolveu Modelos de Avaliação da Qualidade das Respostas Sociais, aplicáveis a Lares Residenciais, Centros de Atividades Ocupacionais, Lares de Infância e Juventude, Centros de Acolhimento Temporário, Estruturas Residenciais para Idosos, Creches, Centros de Dia e Serviços de Apoio Domiciliário. A elaboração destes modelos teve como objetivos (Gil, 2009): (i) ser um instrumento para a autoavaliação das Respostas Sociais, permitindo rever de uma forma sistemática o seu desempenho; (ii) apoiar no desenvolvimento e implementação de um Sistema de Gestão de Qualidade, permitindo uma melhoria significativa da sua organização e funcionamento (Gil, 2009).

Os serviços que os clientes do SAD solicitam têm vindo a sofrer alterações, na medida em que as situações de dependência pela sua complexidade afetam, na maioria dos casos, várias dimensões da pessoa exigindo, em muitos casos, o estabelecimento de parcerias que capacitem esta resposta social para a concretização do seu objetivo. O número crescente de pessoas mais velhas vulneráveis, o número significativo de pessoas mais jovens em situação de dependência por diversas causas, o número restrito de familiares que possam assegurar os cuidados necessários e o retardamento o mais possível da institucionalização da pessoa, levam à necessidade crescente de implementação e desenvolvimento do serviço de apoio domiciliário, de forma a que a pessoa tenha, cada vez mais, a possibilidade de selecionar esta resposta social, garantindo-lhe a satisfação das suas necessidades com qualidade de vida (Pimentel & Mesquita, 2003).

Esta resposta é considerada por muitas pessoas em situação de dependência como uma forma de continuarem inseridas no seu meio habitual de vida, rodeadas dos seus afetos e pertences, com possibilidade de novos relacionamentos facultados pelos colaboradores, incluindo voluntários que se deslocam ao domicílio, podendo constituir para muitas dessas pessoas o único elo de ligação com o exterior, donde a qualidade da intervenção deve ser uma exigência a ter em conta permanentemente na gestão desta resposta social (Engenheiro, 2008).

## **2. Caracterização do concelho de Mirandela**

### **2.1. Caracterização da população residente**

A cidade de Mirandela é sede de concelho, pertence ao distrito de Bragança na região do Nordeste Transmontano e à NUT III Alto-Trás-os-Montes. Situa-se na margem esquerda do rio Tua, perto da Ribeira de Carvalhais, numa zona agrícola muito forte (Rede Social de Mirandela, 2013).

O concelho é limitado a Norte por Vinhais, a Este por Macedo de Cavaleiros, a Sul por Vila Flor, a Oeste por Murça e a Noroeste por Valpaços. Constituído por 37 freguesias, o concelho de Mirandela ocupa uma extensa área de 659 Km<sup>2</sup> onde se distribuem 23324 habitantes (INE, 2011). Trata-se de um concelho onde o maior número de habitantes se encontra no grupo etário dos 50 aos 54 anos (1795 indivíduos) seguido de muito perto pelo grupo dos 55-59 anos com 1783 indivíduos (Rede Social de Mirandela, 2013). Segundo os dados dos censos de 2011 (Rede Social de Mirandela, 2013), o índice de envelhecimento tem vindo a aumentar ao longo das décadas. O concelho de Mirandela tem um índice de envelhecimento de 215,5 muito superior ao índice do país que é de 131,1. Tal significa que, no concelho de Mirandela, para cada 100 crianças e jovens existem cerca de 216 idosos. Se observarmos, o índice de dependência dos idosos no concelho (39,5%), que mede o quociente entre a população idosa (mais de 65 anos de idade) e a população em idade ativa (dos 15 aos 64 anos de idade) revela que para cada 100 indivíduos em idade ativa existem cerca de 40 idosos. Em Portugal, o índice de dependência é 29,4%, pelo que o concelho de Mirandela apresenta um índice de dependência dos idosos superior à média nacional (Rede Social de Mirandela, 2013).

De salientar ainda que, em 2001, a população com menos de 15 anos representava cerca de 15,30% da população residente no concelho de Mirandela, ao passo que em 2011 representava 12,15%. Este facto vai ter implicações ao nível do crescimento efetivo da população, verificando-se que na NUT III Alto Trás-os-Montes a taxa de crescimento efetivo da população foi de - 1,33%, enquanto que em Mirandela foi de - 1,47% e em Portugal de - 0,52%, apresentando assim perda efetiva de população acima da média nacional e da própria NUT III Alto Trás-os-Montes. De fato, em Portugal, em 2011, taxa bruta de natalidade era de 8,5‰ e a de mortalidade de 10,2‰, enquanto que em Alto Trás-os-Montes, a taxa bruta de natalidade era de 5,5‰ e taxa bruta de mortalidade corresponde a 14,5‰, sendo que no concelho de Mirandela a taxa bruta de natalidade era de 6,4‰ e a taxa bruta de mortalidade corresponde a 12,4‰. Deste modo, as taxas brutas de natalidade apresentam valores abaixo das taxas brutas de mortalidade, que justifica o decréscimo da população. A reforçar as constatações referidas anteriormente, verifica-se que a taxa de fecundidade tem vindo a diminuir ao longo da última década (de 35,7% em 2001 para 33,7% em 2011). De fato, o declínio da fecundidade poderá vir a por em causa a reposição das gerações e a contribuir para a perda da vitalidade demográfica (INE, 2011).

Além destes indicadores que indicam a diminuição da população no concelho de Mirandela e na NUT III Alto Trás-os-Montes, observa-se também que o saldo migratório, ou seja, a diferença entre o número de entradas e saídas por migração, internacional ou interna, foi negativo no concelho de Mirandela (- 204 indivíduos), sendo que Alto Trás- os- Montes perdeu 874 indivíduos, o que contribui também para a diminuição da população.

Passando analisar os indicadores socioeconómicos, começando por analisar a distribuição do valor médio das pensões da Segurança Social (€/N.º), nos últimos dez anos (de 2004 a 2013), para Portugal, região Norte, Alto Trás-os-Montes e para o concelho de Mirandela, constata-se um ligeiro aumento do valor médio das pensões da Segurança Social. Na Figura 1 apresenta-se essa evolução.

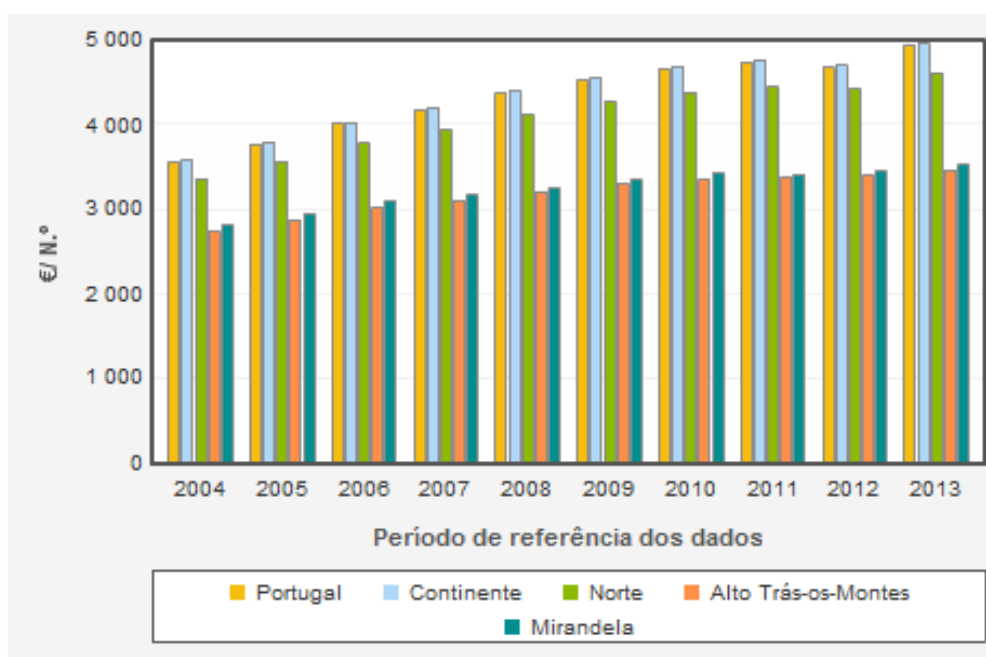


Figura 1: Valor médio das pensões da Segurança Social (€/N.º) por local de residência, anual, (NUTS-2002).

Fonte: INE (2014).

Em 2013, o valor médio mensal das pensões da segurança social, no concelho de Mirandela é de 3526 €/N.º, valor que é superior ao valor médio para a NUT Alto Trás-os-Montes (onde o concelho de Mirandela se insere), que apresentou o valor de 3468 €/N.º, ainda assim inferior ao verificado para a região Norte (4612 €/N.º) ou a média nacional (4928 €/N.º).

O número de beneficiários do rendimento de inserção social é de 670, em 2011 (INE, 2013). De referir ainda que em 2011 o ganho médio mensal, ou seja, o montante líquido em dinheiro e/ou géneros, pago ao trabalhador, com carácter regular em relação ao período de referência, por tempo trabalhado ou trabalho fornecido no período normal e extraordinário, incluindo o pagamento de horas remuneradas mas não efetuadas (férias, feriados e outras ausências pagas), na NUT III Alto Trás-os-Montes foi de 809,86€, inferior ao valor registado para o concelho de Mirandela que corresponde a 839,76€ (INE, 2013).

A taxa bruta de escolarização no ensino secundário em Mirandela (150,4%), em 2011, é superior à da NUT III Alto Trás-os-Montes, à qual pertence (149,2%).

## **2.2. Organizações que prestam Serviço de Apoio Domiciliário no Concelho**

No concelho de Mirandela existem instituições privadas sem fins lucrativos que prestam serviço de apoio domiciliário. As IPSS que prestam apoio no concelho de Mirandela são: a Santa Casa da Misericórdia de Mirandela, Centro Social e Paroquial S. Miguel (Frechas), Casa do Menino Jesus (Pereira), Centro Social e Paroquial Torre D. Chama, Centro Social e Paroquial Romeu. Prestam apoio a 83 aldeias e à cidade de Mirandela a um total de 396 utentes (Rede Social de Mirandela, 2013).

Existem ainda algumas instituições privadas com fins lucrativos, a evidenciar: o Centro de estudos Palavras Mágicas que desenvolve serviços para a terceira idade, mais especificamente de serviço domiciliário 24h por dia e 7 dias por semana, com capacidade para 30 utentes.

Através do diagnóstico social realizado pela rede social de Mirandela verificou-se que a resposta social existente no concelho com mais peso é o serviço de apoio domiciliário. Comparativamente com diagnósticos realizados anteriormente podemos constatar que se registou um aumento da capacidade do serviço de apoio domiciliário ao mesmo tempo que houve uma diminuição do número de utentes passando em 2010 de 483 utentes para 448 em 2012 e 396 em 2013 (Rede Social de Mirandela, 2013).

## **2.3. Valências do Serviço de Apoio Domiciliário**

Segundo a norma IV da Direção-Geral da Ação Social (1996), o SAD pode ser desenvolvido a partir de uma estrutura criada com essa finalidade ou a partir de uma estrutura já existente - lar, centro de dia ou outra. O serviço de apoio domiciliário deve progressivamente organizar-se no sentido de proporcionar um apoio contínuo nas 24 horas e uma atuação de emergência, sempre que necessário.

O SAD deve proporcionar os seguintes serviços (Gil, 2009): Prestação de cuidados de higiene e conforto; Arrumação e pequenas limpezas no domicílio; Confeção, transporte e/ou distribuição de refeições; Tratamento de roupas. O SAD pode ainda assegurar outros serviços, nomeadamente (Gil, 2009): Acompanhamento ao exterior; Aquisição de géneros alimentícios e outros artigos; Acompanhamento, recreação e convívio; Pequenas reparações no domicílio; Contactos com o exterior.

Gil (2009) refere que os serviços teoricamente pretendem prestar um conjunto de cuidados individualizados no domicílio, que podem ir desde o fornecimento de refeições, higiene pessoal e habitacional e tratamento de roupas. Pode ainda assegurar outros serviços, nomeadamente acompanhamento ao exterior, aquisição de géneros alimentícios e outros

artigos, acompanhamento, recreação e convívio, pequenas reparações e contactos com o exterior. Estes serviços destinam-se a indivíduos e famílias quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e ou as atividades da vida diária”.

O Decreto-Lei n.º 133-A/97 de 30 de Maio veio substituir o Decreto-Lei nº 30/89, de 24 de Janeiro, ao estabelecer uma nova regulamentação dos estabelecimentos e serviços privados em que sejam exercidas atividades de apoio social do âmbito da segurança social<sup>5</sup>. Dois anos depois são definidas regras reguladoras das condições de implantação, localização, instalação e funcionamento do apoio domiciliário pelo Despacho normativo nº 62/99. Uma das condições gerais de funcionamento dos SAD diz respeito ao tempo de funcionamento. Segundo o despacho normativo n.º 62/99, “o SAD deve, tendencialmente, funcionar por um período ininterrupto de vinte e quatro horas, incluindo sábados, domingos e feriados”.

Segundo Carvalho (2012), independente do ano de atividade, em todos os SAD, os serviços disponíveis podem ser classificados em básicos instrumentais, complementares e especializados. Os cuidados básicos instrumentais são pessoais e incluem refeições ou distribuição de refeições e higiene pessoal. Os cuidados complementares são tipificados como pessoais, sociais e de saúde e têm como objetivo a integração da pessoa na família e na comunidade. Incluem higiene habitacional, tratamento de roupa, pagamento de despesas, administração de medicamentos, compra de géneros alimentares, acompanhamento a festas na instituição, encaminhamento para recursos sociais, apoio social de voluntários, acompanhamento a consultas médicas, acompanhamento a atividades desportivas, passeios no exterior, transporte adaptado e férias. Os cuidados especializados referem-se ao apoio psicossocial quando existem conflitos familiares e aos cuidados de saúde continuados integrando a enfermagem e a fisioterapia. Do ponto de vista da coordenação os cuidados de higiene da habitação não são concebidos como um serviço básico, mas sim um serviço complementar.

Os SAD funcionam de segunda-feira a domingo, incluindo feriados e com horário entre as 9h00 e às 18h00 ou então com horário rotativo das 7h00 às 16h00 ou das 8h00 e às 17h00.

Neste estudo conseguiu-se estabelecer um padrão de serviços de apoio domiciliário em instituições de solidariedade social, 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 a nível de pobreza situa-se num espaço territorial igualmente fragilizado, em termos de recursos. Os cuidados que estas pessoas recebem são exclusivamente higiene pessoal e a alimentação. A intervenção do Serviço Social fundamenta-se na satisfação e na gestão das necessidades básicas e de acesso a este tipo de recursos.

O segundo padrão é um misto entre as organizações com maior e com menor complexidade e com SAD orientados para o alargamento substantivo e relativo. Proporciona sobretudo

cuidados básicos instrumentais de subsistência e complementares. Apresenta uma população alvo com menor fragilidade sobretudo em termos económicos. Orienta a ação para as necessidades dos clientes, mas vão ajustando-se aos recursos existentes e possíveis de desenvolver tendo em conta a capacidade de ação da instituição. Apesar disso, ainda não conseguem responder com recursos alargados. A intervenção do Serviço Social é de seleção de necessidades básicas e complementares e ajustamento dos recursos existentes.

O terceiro identifica-se na organização de maior complexidade com SAD orientado para a diversidade/inação. Garante cuidados diversificados integrando os básicos instrumentais, os completares e especializados. Apresenta uma população com indicadores de fragilidade ao nível da pobreza e cita-se num território também ele descaracterizado em termos de recursos sociais. Além da diversidade de cuidados demonstra algumas boas praticas na prevenção do isolamento e exclusão, com projeto específico de integração dos utentes do SAD que se encontram nessas circunstancias promovendo com eles atividades no exterior. A sua equipa integra profissionais mais diversificados incluindo um fisioterapeuta, para além de profissionais com difidência 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 não só básicas, abrangem também serviços complementares especializados, tais como: cuidados de reabilitação, de apoio psicossocial e de processos de inserção na comunidade para a diminuição do isolamento.

A existência de um plano de cuidados individualizado a ser elaborado com o utente e a família é outra das exigências contempladas nas condições gerais de funcionamento, para o qual são necessários recursos humanos qualificados, mediante supervisão técnica, e ser sujeito a um acompanhamento e avaliação periódica. O serviço deve também constituir um ficheiro de utente atualizado, bem como um processo onde se explicita o plano de cuidados ou serviços a prestar; o registo de cada serviço prestado e respetiva data e o registo da avaliação periódica.

A prestação de serviços implica a celebração de um contrato por escrito, com os utentes ou seus familiares, donde constem, nomeadamente os direitos e obrigações de ambas as partes, o período de vigência do contrato e as condições em que pode haver lugar à sua cessação. Nele devem também constar os serviços a prestar, a sua periodicidade e respetivo horário, bem como o preço praticado (Gil, 2009).

O regulamento interno do SAD deve conter as regras de funcionamento, discriminação dos serviços a prestar, os direitos e deveres, quer dos utentes, quer do pessoal, as funções do pessoal e anexo o preçário dos serviços a prestar. As normas reguladoras contemplam também os requisitos necessários ao exercício da direção técnica, pessoal técnico e das ajudantes familiares. Para além do aspeto humano, as condições de implantação, como os acessos, o edificado e as áreas funcionais respeitantes à área de acesso, direção e dos

serviços técnicos, área de serviços e área de instalações para o pessoal, são algumas das normas estipuladas para a instalação e funcionamento do apoio domiciliário. Estas normas eram somente exigidas às instituições privadas, tendo sido excluídas do âmbito da aplicação do diploma (Despacho normativo nº62/99) às instituições particulares de solidariedade social abrangidas por acordos de cooperação, por se entender que através dos acordos se poderia atingir objetivo idêntico ao do licenciamento, no que respeita à exigência de condições adequadas de funcionamento (Gil, 2009).

### **3. Metodologia de Investigação**

#### **3.1. Objetivo do estudo e hipóteses de investigação**

O principal objetivo do presente estudo assenta em auscultar o mercado, com idades compreendidas entre 40 e 54 anos, residentes no concelho de Mirandela, no sentido de fazer um levantamento e diagnóstico das necessidades ao nível dos serviços de apoio domiciliário. Pretende-se pois, delinear os futuros serviços de apoio domiciliário de acordo com as exigências da futura população idosa, do concelho de Mirandela.

Para responder ao objetivo do estudo estabeleceu-se a seguinte hipótese de investigação:

Hipótese de Investigação 1: Existem diferenças estatísticas por variável de caracterização sociodemográficas (sexo, habilitações literárias, estado civil e rendimento mensal) relativamente à importância atribuída aos serviços prestados pelo SAD;

Hipótese de Investigação 2: Identificação das principais necessidades ao nível dos serviços de apoio domiciliário.

#### **3.2. Definições da população e da amostra**

Para dar resposta às hipóteses de investigação distribuiu-se o questionário por várias instituições e estabelecimentos comerciais do concelho de Mirandela, com uma idade compreendida entre os 40-54 anos.

Tendo em conta a população residente com esta faixa etária 4854 indivíduos e uma vez que se pretendia realizar um estudo exploratório foram distribuídos e recolhidos um total de 100 inquéritos por questionário.

#### **3.3. Instrumento de recolha de dados**

Para dar resposta ao objetivo do presente estudo, optou-se pela utilização de um questionário (ver Anexo). O questionário aplicado foi desenvolvido segundo outros questionários já existentes, criados com a finalidade de diagnóstico do Serviço de Apoio Domiciliário, nomeadamente questionários de satisfação, presentes no protocolo de avaliação de Serviço de Apoio Domiciliário dos autores Martin, Oliveira e Cunha (2007). De referir que houve necessidade de adaptar as questões e desenvolver outras, no sentido de obter os dados necessários para prosseguir o estudo.

Foi criado um questionário inicial e testado numa pequena amostra, estudo piloto no sentido de detetar possíveis falhas. Assim, verificou-se que, em uma das questões iniciais que pretendia, que os inquiridos numerassem os serviços prestados pelo SAD segundo a importância atribuída a cada um deles, todos os serviços eram considerados muito

importantes não se conseguindo estabelecer uma ordem de preferência, por conseguinte eliminou-se essa questão.

Existem questões no sentido de perceber, quando fosse idoso a que tipo de serviços recorreriam e qual a sua periodicidade. No teste preliminar verificou-se que todos os inquiridos respondiam todos os serviços apenas variava a periodicidade e consideravam serem questões muito subjetivas uma vez que, dependia do grau de dependência na altura, logo não se conseguiu retirar conclusões, então essas questões foram alteradas para numa escala de 1 a 5 pontos, sendo 1 - Nada Importante a 5 - Extremamente Importante, classificarem qual a importância que atribuiriam a cada um dos serviços.

Depois destas alterações, aplicou-se novamente o questionário e verificou-se que o serviço inovador na opinião dos inquiridos seria, alargar o horário de funcionamento do SAD para 24h para poderem receber o jantar e outros cuidados antes de dormir, assim como o acompanhamento noturno, acrescentou-se a questão “o que pensa sobre os cuidados que o SAD poderia prestar caso funcionasse 24h?”, para atribuir a importância numa escala de 5 pontos de *Likert*.

O questionário final é composto por uma primeira parte onde se encontra a informação e caracterização pessoal, constituída por seis questões de resposta fechada e uma questão que utiliza a escala de *Likert* de cinco pontos, apresentando para cada item as seguintes cinco opções de resposta: 1 - Muito Mau; 2 - Mau; 3 - Nem Bom/Nem Mau; 4 - Bom; 5 - Muito Bom.

A segunda parte é constituída por quinze questões, cinco delas de resposta fechada dicotómica, uma de resposta múltipla, cinco utilizam a escala *Likert* de cinco pontos, 1 - Nada Importante; 2 - Pouco Importante; 3 - Moderadamente Importante; 4 - Muito Importante; 5 - Extremamente Importante; e quatro de resposta aberta criadas no sentido dos inquiridos poderem apresentar outras sugestões e melhor perceber as suas preferências e necessidades futuras.

Os questionários foram distribuídos por várias instituições e estabelecimentos comerciais do concelho de Mirandela, entre Julho e Agosto de 2014, um total de 100 pessoas entre os 40 e 54 anos.

Posteriormente à recolha dos questionários passou-se para outra etapa que foi a da criação da base de dados e o tratamento dos dados recolhidos junto dos inquiridos.

### 3.4. Tratamento dos dados

No tratamento dos dados estatísticos e na apresentação dos resultados utilizou-se a análise descritiva e a análise inferencial, tendo-se recorrido ao programa SPSS versão 19. De referir que ao longo de todo o estudo e para decidir sobre a rejeição das hipóteses nulas assumiu-se o nível de significância de 5%.

Antes de prosseguir com a análise mediu-se a consistência interna do instrumento utilizado através do *Alpha de Cronbach*, no sentido de avaliar o grau de consistência interna entre múltiplas medidas de uma variável. Este permite analisar a consistência interna da escala, mediante a seleção de um conjunto de itens e o estabelecimento de correlações médias entre eles e indica em que medida os itens de um conjunto estão correlacionados entre si, variando os valores de medida de fiabilidade entre 0 e 1. Para um valor abaixo de 0,6 o grau de consistência é Inaceitável, para valores entre 0,6 e 0,7 é Fraco, entre 0,7 e 0,8 é Razoável, entre 0,8 e 0,9 é Bom e superior a 0,9 corresponde a uma consistência Excelente (Hill & Hill, 2002).

No presente estudo *Alpha de Cronbach* foi de 0,939, o que permite referir que a fiabilidade do questionário é excelente (Tabela 2). Também se verifica que para cada constructo registou-se um valor de consistência interna Boa.

Tabela 2:Consistência interna do Instrumento de Recolha de Dados

Serviços de Apoio Domiciliário	Itens	Alpha de Cronbach	Consistência Interna
Aspetos da Habitação	6	0,882	Bom
Atividades Básicas da Vida Diária	11	0,858	Bom
Atividades Instrumentais da Vida Diária	7	0,87	Bom
Serviços de Saúde	6	0,848	Bom
Outros Serviços e SAD 24h	7	0,833	Bom
Serviços de Apoio Domiciliário Global	31	0,939	Excelente

Na análise inferencial do presente estudo pretende-se verificar em primeiro lugar se existe diferenças para a importância atribuída a cada um dos serviços, por sexo. Sempre que possível vão aplicar-se testes paramétricos, nomeadamente o *t-student* no sentido de analisar se existem diferenças para duas amostras independentes e a *One-way ANOVA* para três ou mais amostras independentes, também para analisar se existem diferenças entre as amostras independentes relativamente a uma variável latente em análise. Estes testes vão ser aplicados desde que não se violem os pressupostos, caso um dos pressupostos seja violado vai recorrer-se, em alternativa, à aplicação de testes não paramétricos.

Assim, numa primeira fase optou-se por fazer uma caracterização da amostra, considerando as variáveis sexo, estado civil, habilitações literárias e rendimento mensal.

Posteriormente fez-se uma análise tendo em conta as respostas às perguntas dicotómicas “Sabe o que é o Serviço de Apoio Domiciliário”; “Recorreria a este tipo de serviço”; “Achava importante que o Serviço de Apoio Domiciliário funcionasse 24h”; “Gostaria de ter companhia durante o dia/noite”; “Gostaria de fazer as mesmas atividades depois da reforma” e estabeleceu-se uma relação através da frequência de respostas entre as questões “Acha importante que o SAD funcionasse 24h”; “Gostaria de ter companhia durante o dia/noite”; “Se sim durante quanto tempo”.

Estabelece-se uma relação através da frequência de respostas às questões sobre a importância atribuída a cada um dos serviços que o Serviço de Apoio Domiciliário pode prestar, que têm como resposta a escala de cinco pontos de *Likert* com as variáveis habilitações literárias, género e rendimento mensal.

Calcularam-se as médias globais e desvios padrão das questões que têm como resposta a escala de cinco pontos de *Likert* e calculou-se para os mesmos itens o máximo teórico, máximo empírico, média teórica, média empírica e desvio padrão.

De seguida para aplicar os testes paramétricos, analisou-se os pressupostos inerentes aos mesmos, ou seja, se a dimensão de amostra era igual ou superior a trinta, ou se a variável seguia a distribuição normal e se as variâncias eram homogéneas para amostras independentes, utilizando-se o teste de *Levene*.

Quando este último pressuposto fosse violado recorre-se a um teste não paramétrico, para as diferentes situações houve necessidade de aplicar o teste *Kruskall-wallis*.

## 4. Apresentação e Discussão dos Resultados

### 4.1. Caracterização da Amostra

Dos 100 indivíduos inquiridos 72%, são do sexo feminino e 28% do sexo masculino. Relativamente ao estado civil, responderam maioritariamente solteiros (62%), seguindo-se casados (15%) e viúvos (6%) Tabela 3).

Ainda na Tabela 3, pode observar-se, no que respeita às habilitações literárias pode ver-se que a maioria dos inquiridos tinha a 4ª classe (27%), seguida dos indivíduos com o ensino secundário completo (23%), escolaridade obrigatória (20%), curso superior (19%), escolaridade obrigatória incompleta (6%), a menor percentagem corresponde ao ensino secundário incompleto (5%).

No que se refere ao rendimento mensal a maior percentagem recai no rendimento compreendido entre os 501 e 1000 € (50%), seguido do rendimento entre 251 e 500 € (32%) e em percentagens iguais com 9% temos as categorias até 250 € e entre 1001 e 2500€, nenhum dos participantes apresenta valores mensais superiores a 2500€ (Tabela 3).

Tabela 3: Caraterização da Amostra.

Variáveis	n	%
<b>Sexo</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>
Feminino	72	72,0
Masculino	28	28,0
<b>Estado Civil</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>
Solteiro	62	62,0
Casado	15	15,0
Viúvo	6	6,0
Divorciado		
<b>Habilitações literárias</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>
4ª Classe	27	27,0
Escolaridade obrigatória (9ºano)	20	20,0
Escolaridade obrigatória (incompleta)	6	6,0
Secundário completo	23	23,0
Secundário incompleto	5	5,0
Curso Superior	19	19,0
<b>Rendimento</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>
Até 250 euros	9	9,0
Entre 251 e 500 euros	32	32,0
Entre 501 e 1000 euros	50	50,0
Entre 1.001 e 2.500 euros	9	9,0
2.501 Euros ou mais	-	-

A Tabela 4 apresenta informação onde 97% dos inquiridos referem saber o que é o Serviço de Apoio Domiciliário, sendo que 98% recorreriam a este tipo de Serviço. Em relação às preferências pelo tipo de atividades atuais de lazer 99% gostaria de realizar essas mesmas atividades depois da reforma.

Tabela 4: Serviço de Apoio Domiciliário.

	n	%
<b>Sabe o que é o Serviço de Apoio Domiciliário?</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>
Sim	97	97,0
Não	3	3,0
<b>Recorreria a este tipo de Serviço?</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>
Sim	98	98,0
Não	2	2,0
<b>Gostaria de fazer as mesmas atividades depois da reforma?</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>
Sim	99	99,0
Não	1	1,0

No que se refere à importância do funcionamento do Serviço de Apoio Domiciliário - 24h por dia, verificou-se que 96% dos inquiridos respondeu sim (Tabela 5).

Tabela 5: Serviço de Apoio Domiciliário-24H.

	n	%
<b>Achava importante que o Serviço de Apoio Domiciliário funcionasse 24H?</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>
Sim	96	96,0
Não	4	4,0
<b>Gostaria de ter companhia durante o dia/noite?</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>
Sim	97	97,0
Não	3	3,0
<b>Se "Sim", durante quanto tempo?</b>		
Algumas horas por dia	30	24,6
Durante todo o dia	33	27,0
Durante toda a noite	36	29,5
Só de noite	23	18,9
<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>100,0</b>

Da mesma forma 97% gostaria de ter companhia durante o dia/noite, nomeadamente, a maior percentagem durante toda a noite (29,5%), seguindo-se com 27 % durante todo o dia, algumas horas por dia 24,6% e por último só de noite com 18,9% de respostas.

Pelos valores apresentados na Tabela 6 para a questão aspetos da habitação verificamos que, a maioria dos inquiridos apresenta boas condições de habitabilidade, em todos os itens a resposta com maior percentagem foi “Bom”. A média das questões é 3,862 (desvio padrão de 0,562) o que vem reforçar a tendência de resposta.

Tabela 6: Análise descritiva aspetos da habitação.

Item	Muito Mau n (%)	Mau n (%)	Nem Bom/Nem Mau n (%)	Bom n (%)	Muito Bom n (%)	Média	Desvio Padrão
Tamanho da casa	-	1 (1%)	19 (19%)	59 (59%)	21 (21%)	4,0	0,667
Isolamento	1(1%)	8 (8%)	36 (36%)	48 (48%)	7 (7%)	3,52	0,785
Luminosidade/ventilação	-	2 (2%)	20 (20%)	59 (59%)	19 (19%)	3,95	0,687
Qualidade da construção	2 (2%)	2(2%)	33(33%)	53 (53%)	10 (10%)	3,67	0,766
Comodidade da cozinha	-	1(1%)	16(16%)	60 (60%)	23 (23%)	4,05	0,657
Comodidade da casa de banho	-	2(2%)	18(18%)	60 (60%)	20 (20%)	3,98	0,681
<b>Valores Globais</b>						<b>3,862</b>	<b>0,562</b>

#### 4.2. Caracterização da Oferta das Respostas Sociais

No sentido de analisar a opinião relativamente a importância atribuída às atividades básicas da vida diária, a maioria das respostas centra-se em “Muito importante” em todos os itens, com uma média de respostas de 4,071 (desvio padrão 0,492). O que nos leva a concluir que todos os serviços avaliados dentro deste grupo são considerados muito importantes, á exceção do item banho completo considerado “ extremamente importante”. Esta informação pode visualizar-se na Tabela 7.

Tabela 7: Análise descritiva atividades básicas da vida diária

Item	Nada Importante	Pouco Importante	Moderadamente Importante	Muito Importante	Extremamente Importante	Média	Desvio Padrão
Almoço	-	-	5	59	36	4,31	0,563
Jantar	-	2	25	52	21	3,92	0,734
Pequeno-almoço	1	6	10	54	29	4,04	0,852
Lanche	3	11	31	43	12	3,5	0,948
Acompanhamento nas refeições	-	13	22	44	21	3,73	0,941
Banho completo	-	-	4	45	51	4,47	0,577
Higiene íntima	-	1	9	49	31	4,3	0,674
Levantar	1	2	17	49	31	4,07	0,807
Mudança de posição mobilização	-	3	8	44	45	4,31	0,748
Vestir	-	3	6	55	26	4,04	0,737
Movimentar-se na casa	-	3	13	56	28	4,09	0,726
<b>Valores Globais</b>						<b>4,071</b>	<b>0,492</b>

Pretende-se saber com este grupo de questões qual a importância que os inquiridos atribuem às atividades instrumentais da vida diária (Tabela 8). Através dos dados apresentados na tabela 8 podemos constatar que para cada uma das questões foi atribuída a classificação de “Muito importante” exceto no item apoio na medicação considerado “Extremamente importante” assim como, a realização de pequenos recados classificada de “Moderadamente importante” sendo que a média apresentada é de 3,911 (desvio padrão de 0,546).

Tabela 8: Análise descritiva Atividades instrumentais da vida diária

Item	Nada Importante	Pouco Importante	Moderadamente Importante	Muito Importante	Extremamente Importante	Média	Desvio Padrão
Limpeza da habitação	-	-	9	51	40	4,31	0,631
Tratamento de roupas	-	-	9	60	31	4,22	0,596
Apoio na medicação	-	1	6	40	53	4,45	0,657
Aquisição de bens no exterior	-	4	39	44	13	3,66	0,755
Pequenos recados	-	11	47	34	8	3,39	0,79
Pagamento de faturas	-	4	28	54	14	3,78	0,733
Atividades de Animação	1	11	31	44	13	3,57	0,891
<b>Valores globais</b>						<b>3,911</b>	<b>0,546</b>

Para estudar a importância atribuída aos Serviços de Saúde que o Serviço de Apoio Domiciliário pode prestar, fizeram-se seis questões cuja maioria das respostas incidiu no “Muito importante” para cada um dos itens contudo destaca-se o item acompanhamento médico considerado extremamente importante, tendo-se obtido uma média de 4,122 (desvio padrão de 0,541), Tabela 9.

Tabela 9: Análise descritiva Serviços de saúde.

Item	Nada Importante	Pouco Importante	Moderadamente Importante	Muito Importante	Extremamente Importante	Média	Desvio Padrão
Acompanhamento médico	-	1	1	45	53	4,5	0,577
Acompanhamento enfermagem	1	1	6	52	40	4,29	0,715
Serviços de fisioterapia	1	2	14	58	25	4,04	0,751
Marcação de consultas	-	2	23	57	18	3,91	0,698
Acompanhamento de consultas	1	2	9	61	27	4,11	0,723
Apoio psicológico	1	5	19	55	20	3,88	0,82
<b>Valores globais</b>						<b>4,122</b>	<b>0,541</b>

Através dos valores apresentados na Tabela 10 no que se refere à importância atribuída a outros serviços, a manicure/pédicure e cabeleireiro foram considerados moderadamente importantes, já os restantes serviços foram classificados como muito importantes. Atingindo

a média global de 3,638 (0,619 de desvio padrão), ou seja, este tipo de serviços é muito importante para os inquiridos.

Tabela 10: Análise descritiva Outros Serviços.

Item	Nada Importante	Pouco Importante	Moderadamente Importante	Muito Importante	Extremamente Importante	Média	Desvio Padrão
Sistema de telealarme	3	13	32	33	19	3,52	1,039
Adaptação da habitação	-	4	16	59	21	3,97	0,731
Disponibilização de ajudas técnicas	-	1	7	52	40	4,31	0,647
Manicure/Pedicure	3	26	41	24	6	3,04	0,931
Cabeleireiro	4	24	40	28	4	3,04	0,92
Transporte	1	2	16	63	18	3,95	0,716
<b>Valores globais</b>						<b>3,638</b>	<b>0,619</b>

Nesta questão pretendia-se perceber a importância sobre os cuidados que o SAD poderia prestar se funcionasse 24h, podemos concluir com a tabela 11 que a maioria das respostas classifica este tipo de serviços como muito importantes, com uma média de 4,17 (0,697 de desvio padrão).

Tabela 11: Análise descritiva SAD-24H.

Item	Nada Importante	Pouco Importante	Moderadamente Importante	Muito Importante	Extremamente Importante	Média	Desvio Padrão
O que pensa sobre os cuidados que o SAD poderia prestar se funcionasse 24h?	1	2	5	63	29	4,17	0,697
<b>Valores globais</b>						<b>4,17</b>	<b>0,697</b>

Na Tabela 12 relacionou-se as variáveis habilitações literárias e importância atribuída às Atividades básicas da vida diária. Através dos dados obtidos verificou-se que independentemente das habilitações literárias todos atribuem a classificação de “Muito importante” a estes serviços, o mesmo se verifica para as Atividades instrumentais da vida diária (Tabela13), Serviços de saúde (Tabela14) e Outros serviços (Tabela 15).

Tabela 12: Habilitações literárias vs Atividades básicas da vida diária.

Habilitações Literárias	Nada Importante	Pouco Importante	Moderadamente Importante	Muito Importante	Extremamente Importante
4ª Classe	1	13	47	165	71
Escolaridade obrigatória	1	8	24	106	81
Escolaridade obrigatória (incompleta)	-	-	2	39	25
Secundário (completo)	-	6	47	101	99
Secundário (incompleto)	-	3	9	31	12
Curso Superior	3	14	31	108	53

Tabela 13: Habilitações literárias vs Atividades instrumentais da vida diária.

Habilitações Literárias	Nada Importante	Pouco Importante	Moderadamente Importante	Muito Importante	Extremamente Importante
4ª Classe	-	11	60	86	32
Escolaridade obrigatória	1	6	32	62	39
Escolaridade obrigatória (incompleta)	-	1	7	26	8
Secundário (completo)	-	7	37	65	52
Secundário (incompleto)	-	2	7	18	8
Curso Superior	-	4	26	70	33

Tabela 14: Habilitações literárias vs Serviços de saúde.

Habilitações Literárias	Nada Importante	Pouco Importante	Moderadamente Importante	Muito Importante	Extremamente Importante
4ª Classe	-	2	29	99	32
Escolaridade obrigatória	3	1	14	60	42
Escolaridade obrigatória (incompleta)	-	-	-	25	11
Secundário (completo)	-	3	16	64	55
Secundário (incompleto)	-	-	3	17	10
Curso Superior	-	7	10	63	33

Tabela 15: Habilitações literárias vs Outros serviços.

Habilitações Literárias	Nada Importante	Pouco Importante	Moderadamente Importante	Muito Importante	Extremamente Importante
4ª classe	5	29	38	62	28
Escolaridade obrigatória	1	7	42	48	22
Escolaridade obrigatória (incompleta)	-	2	8	21	5
Secundário (completo)	3	15	39	57	24
Secundário (incompleto)	-	5	7	17	1
Curso Superior	2	12	18	54	28

Através das Tabelas 16,17,18 e 19 pretende-se apresentar o cruzamento da variável sexo com a importância atribuída aos Serviços de Apoio Domiciliário. Em todos eles se verifica que são considerados muito importantes quer para o género feminino quer para o masculino.

Tabela 16: Género vs Atividades básicas da vida diária.

Género	Nada Importante	Pouco Importante	Moderadamente Importante	Muito Importante	Extremamente Importante
Masculino	4	10	28	168	98
Feminino	1	34	132	382	243

Tabela 17: Género vs Atividades instrumentais da vida diária.

Género	Nada Importante	Pouco Importante	Moderadamente Importante	Muito Importante	Extremamente Importante
Masculino	1	15	47	77	56
Feminino	-	16	122	250	116

Tabela 18: Género vs Serviços de saúde.

Género	Nada Importante	Pouco Importante	Moderadamente Importante	Muito Importante	Extremamente Importante
Masculino	4	10	23	70	61
Feminino	-	3	49	258	122

Tabela 19: Género vs Outros serviços.

Género	Nada Importante	Pouco Importante	Moderadamente Importante	Muito Importante	Extremamente Importante
Masculino	9	26	39	61	33
Feminino	2	44	113	198	75

Nas Tabelas 20, 21, 22 e 23 tentou-se estabelecer um cruzamento entre o rendimento mensal e a importância atribuída aos serviços prestados. Através dos resultados apresentados pode observar-se que para qualquer rendimento as respostas centram-se na classificação de “Muito importante”.

Tabela 20: Rendimento mensal vs Atividades básicas da vida diária.

Rendimento Mensal	Nada Importante	Pouco Importante	Moderadamente Importante	Muito Importante	Extremamente Importante
Até 250€	-	4	19	66	10
Entre 251 e 500€	1	10	53	170	118
Entre 501 e 1000€	4	26	71	261	188
Entre 1001 e 2500€	-	4	17	53	25
2501€ ou mais	-	-	-	-	-

Tabela 21: Rendimento mensal vs Atividades instrumentais da vida diária.

Rendimento Mensal	Nada Importante	Pouco Importante	Moderadamente Importante	Muito Importante	Extremamente Importante
Até 250€	-	6	25	30	2
Entre 251 e 500€	-	11	54	103	56
Entre 501 e 1000€	1	11	84	155	99
Entre 1001 e 2500€	-	3	6	39	15
2501€ ou mais	-	-	-	-	-

Tabela 22: Rendimento mensal e Serviços de saúde.

Rendimento Mensal	Nada Importante	Pouco Importante	Moderadamente Importante	Muito Importante	Extremamente Importante
Até 250€	-	1	9	42	2
Entre 251 e 500€	-	1	27	99	65
Entre 501 e 1000€	4	5	35	152	104
Entre 1001 e 2500€	-	6	1	35	12
2501€ ou mais	-	-	-	-	-

Tabela 23: Rendimento mensal vs Outros serviços.

Rendimento Mensal	Nada Importante	Pouco Importante	Moderadamente Importante	Muito Importante	Extremamente Importante
Até 250€	3	9	11	29	2
Entre 251 e 500€	-	22	64	76	30
Entre 501 e 1000€	8	33	74	118	67
Entre 1001 e 2500€	-	6	3	36	9
2501€ ou mais	-	-	-	-	-

As Atividades Básicas da Vida Diária, Serviços de saúde e serviços que o SAD poderia prestar se funcionasse 24h têm valores muito próximos ainda que, se destaque a importância dos serviços que o SAD poderia prestar se funcionasse 24h por dia, que registaram uma média ligeiramente superior aos outros serviços mencionados. Também se verificou que as respostas são similares uma vez que o desvio padrão em todas as questões apresentam valores baixos.

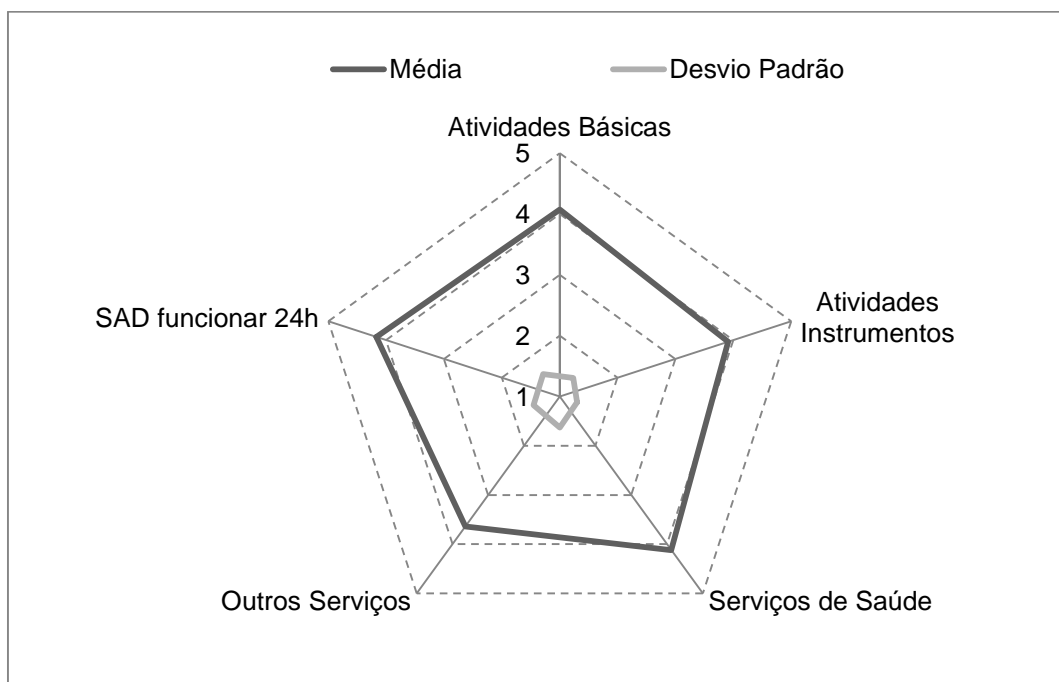


Figura 2: Médias e Desvio padrão segundo a importância atribuída a cada um dos serviços.

### 4.3. Validação das Hipóteses de Investigação

Na Tabela 24 apresenta-se, de uma forma global, medidas de estatística descritiva para os Serviços Prestados pelo Apoio Domiciliário. Pode ver-se que se atingiram os máximos possíveis, pois os máximos empíricos são iguais ao máximo teórico e a média empírica em todos os grupos de serviços é superior à media teórica sendo que, a diferença mais significativa se regista no serviço de Atividades Básicas da Vida Diária e a que apresenta menor diferença são outros serviços. O desvio padrão para cada serviço também é pequeno o que revela que não há dispersão das respostas e as mesmas encontram-se em torno da média.

Tabela 24: Tabela resumo dos serviços prestados pelo apoio domiciliário.

<b>Serviços de Apoio Domiciliário</b>	<b>Máximo Teórico</b>	<b>Máximo Empírico</b>	<b>Média Teórica</b>	<b>Média Empírica</b>	<b>Desvio padrão</b>
Atividades Básicas da Vida Diária	55	55	33	44,78	5,4134
Atividades Instrumentais da Vida Diária	35	35	21	27,38	3,821
Serviços de Saúde	30	30	18	24,73	3,244
Outros Serviços e SAD 24h	35	35	21	26	4,073
<b>Pontuação global</b>	<b>155</b>	<b>153</b>	<b>93</b>	<b>122,89</b>	<b>14,023</b>

Para analisar estes dados começou-se por verificar a possibilidade de utilizar testes paramétricos para testar a primeira hipótese, como um dos grupos é menor que 30, utilizou-se o teste *Shapiro-Wilk* para testar se seguia uma distribuição normal e para testar a homogeneidade das variâncias utilizou-se o teste de *Levene*, assumindo um nível de significância de  $\alpha=0,05$ . Aplicando os testes observou-se que segue uma distribuição normal e analisando o teste de *Levene* conclui-se que não existem evidências estatísticas suficientes para afirmar que as variâncias são significativamente diferentes para um nível de significância de 0,05. Pode então concluir-se que as variâncias populacionais estimadas a partir das duas amostras são homogêneas, logo pode utilizar-se um teste paramétrico.

Aplicando o teste *t-Student* para duas amostras independentes (sexo) como se pode observar na Tabela 25 verificou-se que não existem evidências estatísticas suficientes para afirmar que a diferença das médias é significativamente diferente de zero, assumindo um nível de significância de 5%, logo que as médias da importância atribuída aos serviços prestados pelo SAD por cada um dos grupos sejam diferentes, para qualquer serviço prestado pelo apoio domiciliário.

Tabela 25: Valores de prova para as amostras independentes vs serviços prestados pelo apoio domiciliário.

<b>Variáveis</b>	<b>Testes</b>	<b>Atividades Básicas da Vida Diária</b>	<b>Atividades Instrumentais da Vida Diária</b>	<b>Serviços de Saúde</b>	<b>Outros Serviços e SAD funcionar 24h</b>
Sexo	<i>t-Student</i>	0,509	0,735	0,441	0,113
Habilitações literárias	<i>Kruskal-Wallis</i>	0,182	0,437	0,376	0,246
Estado civil	<i>Kruskal-Wallis</i>	0,617	0,136	0,441	0,624
Rendimento Mensal	<i>Kruskal-Wallis</i>	0,168	0,033	0,119	0,118

Quando se tratava de 3 ou mais amostras independentes, analisaram-se os pressupostos de aplicação do teste *One-Way ANOVA*, tendo-se violado o pressuposto de homogeneidade de variâncias. Assim, recorreu-se ao teste de *Kruskal-Wallis*.

Pelos resultados apresentados na Tabela 25, pode dizer-se que, à exceção, das Atividades Instrumentais da Vida Diária e para as amostras independentes Rendimento Mensal, para as demais não se pode dizer que pelo menos uma das amostras apresenta distribuições estatisticamente diferentes comparando com as demais amostras independentes. Por outro lado, existem evidências suficientes e estatisticamente significativas para afirmar que pelo menos uma das distribuições das Atividades Instrumentais da Vida Diária nas categorias do Rendimento Mensal é diferente.

Deste modo pode dizer-se que não se corroborou a hipótese de investigação estabelecida.

Relativamente à segunda hipótese de investigação foram identificadas outras necessidades para além, da satisfação das necessidades consideradas mais básicas, na perspetiva dos futuros utilizadores todos os possíveis serviços que o SAD pode prestar são muito importantes, dando principal destaque, à possibilidade de serviços que o SAD poderia prestar se funcionassem 24 h e aos cuidados de saúde. O modelo praticado pelos SAD baseado sobretudo na satisfação de necessidades mais básicas como alimentação e banho (Gil,2009), na perspetiva dos futuros utilizadores é insuficiente. No decorrer do estudo verificou-se que dentro das actividades básicas da vida diária será necessário um maior acompanhamento, não se limitando o SAD a entregar o almoço e ao banho mas a serviços complementares como jantar, pequeno-almoço, lanche, acompanhamento das refeições, banho completo, higiene íntima, levantar, mudanças de posição/mobilizações, vestir, movimentar-se na casa, o mesmo se passa com as atividades instrumentais será necessário a prestação de serviços no que refere à limpeza da habitação, tratamento de roupa, apoio na medicação, aquisição de bens no exterior, pequenos recados, pagamento de faturas, atividades de animação, que são também muito importantes segundo a opinião da amostra.

## **Conclusões, limitações do estudo e sugestões para investigações futuras**

Este trabalho teve como objetivo delinear os futuros Serviços de Apoio Domiciliário de acordo com as exigências da futura população idosa, do concelho de Mirandela, ou seja, pretendia-se analisar quais na sua perspetiva serão os serviços mais importantes que o SAD pode prestar para a satisfação das suas futuras necessidades.

A amostra foi constituída por cem inquiridos, dos quais 72% são do sexo feminino e 28% do sexo masculino. A idade dos inquiridos encontrava-se compreendida entre os 40-54 anos, residentes no concelho de Mirandela.

Da investigação desenvolvida foi possível ficar a saber que de todos os serviços apresentados, aqueles a que é atribuída uma ligeira maior importância são aos serviços que o SAD poderia prestar se funcionasse 24h que obteve uma média de 4,17. Todos os serviços foram considerados “Muito Importantes”, aqueles que foi atribuída uma menor importância foram os classificados como outros serviços e dentro desta questão os itens manicure/pédicure e cabeleireiro.

Dos participantes 97% sabia o que era o SAD e 98% recorreriam a estes serviços, o que é muito positivo.

Nas questões de resposta aberta reforçou-se a tendência de resposta, a maioria dos participantes não apresentou sugestões. Relativamente as atividades que gosta e que gostaria de fazer depois da reforma os participantes responderam viajar, ler, ver Televisão.

Pelos resultados obtidos não se validou a primeira hipótese de investigação.

Seguindo esta linha de raciocínio a presente investigação pode certamente ser um contributo para os gestores e empresas no sentido de fazerem uma prospeção de mercado e assim, saberem a opinião dos seus futuros clientes.

Importa ainda referir que ao longo do presente trabalho de investigação existiram algumas limitações uma vez que, não foi possível estabelecer uma relação entre as variáveis em estudo, nem destacar um dos grupos de serviços prestados já que, têm valores muito próximos.

Como principal aspeto a retirar do estudo, existem muitos serviços que ainda não são prestados pelo SAD, mas que na perspetiva dos futuros utilizadores são muito importantes.

Segundo Gil (2009) apostar em serviços onde impere a diversidade da oferta e a liberdade de escolha de um pacote de serviços, que não se reduzam ao simples “banho ou à alimentação”, mas coloquem à disposição, transporte, acompanhamento ao exterior, companhia, reparação de eletrodomésticos e habitacionais, cabeleireiro, atividades ocupacionais e serviços de âmbito mais especificado, como os cuidados médicos, enfermagem e de reabilitação, parece-nos uma forma de ultrapassar o modelo vigente.

Apostar na amplitude e diversidade de serviços, baseado na comparticipação nominal de serviços usufruídos e de acordo com as necessidades individuais, previamente identificadas por uma equipa médico-social, polarizada em parcerias entre segurança social e saúde, poderia constituir uma estratégia de requalificação do atual modelo de serviços de apoio domiciliário. Aliás, existem já iniciativas que traduzem uma preocupação em garantir padrões de qualidade dos serviços de apoio domiciliário.

Na perspetiva dos futuros utilizadores do Serviço de Apoio Domiciliário e segundo o estudo realizado podemos comprovar esta ideia de que no futuro, o SAD não passará só pela satisfação das necessidades mais básicas. Dentro das atividades básicas da vida diária será necessário um maior acompanhamento, não se limitando o SAD a entregar o almoço e ao banho mas a serviços complementares como jantar, pequeno-almoço, lanche, acompanhamento das refeições, banho completo, higiene íntima, levantar, mudanças de posição/mobilizações, vestir, movimentar-se na casa, já que segundo o presente estudo este tipo de ajudas e serviços são muito importantes, o mesmo se passa com as atividades instrumentais será necessário a prestação de serviços no que refere à limpeza da habitação, tratamento de roupa, apoio na medicação, aquisição de bens no exterior, pequenos recados, pagamento de faturas, atividades de animação, que são também muito importantes. Pode-se verificar que os serviços que obtiveram uma média global superior foram os serviços de saúde (4,122) (acompanhamento médico, acompanhamento de enfermagem, serviço de fisioterapia, marcação de consultas, acompanhamento a consultas, apoio psicológico), este tipo de serviços são considerados cuidados complementares e especializados (Carvalho, 2012), e o funcionamento do SAD 24h (4,17) este serviço seria inovador uma vez que, embora esteja contemplado na legislação os SAD funcionam por norma funcionam de Segunda- feira a Domingo, incluindo feriados e com horário entre as 9h00 e às 18h00 ou então com horário rotativo das 7h00 as 16h00 ou das 8h00 e as 17h00 (Carvalho, 2012).

Assim, o presente estudo vem dar um contributo no sentido de perceber que futuramente as exigências da população serão maiores, os serviços prestados no domicílio terão de ser mais especializados e preventivos, estas políticas já se começam a verificar uma vez que, atualmente os objetivos do Serviços de Apoio Domiciliário na sua diversidade, procuram atingir os seguintes objetivos: “Promover a autonomia, evitar/retardar a dependência; Apoiar nas atividades de vida diária; Promover estilos de vida saudáveis; Prestar cuidados de saúde; Melhorar as condições de habitabilidade; Evitar o desenraizamento/manter laços; Combater o isolamento e a solidão; Fomentar a solidariedade” Ferreira (citado por Engenheiro, 2008).

## Referências Bibliográficas

Bonfim C., Teles, M., Saraiva, Cadete, Quaresma, L., & Veiga S. (1996). População idosa, Análise e perspectivas: a problemática dos cuidados intrafamiliares. Doc. Temático n.º 8. Lisboa: Direção Geral de Ação Social. Consultado a 20 de Janeiro de 2014: [http://www4.seg-social.pt/documents/10152/13328/Populacao\\_idosa\\_analise\\_perspectivas](http://www4.seg-social.pt/documents/10152/13328/Populacao_idosa_analise_perspectivas)

Bonfim, C. & Veiga, S. (1996). Serviço de Apoio Domiciliário (Condições de implantação, localização, instalação e funcionamento). Guião técnico n.º 7. Lisboa Direção Geral de Ação Social/Núcleo de Documentação técnica e Divulgação. Consultado a 4 de Março de 2014: [http://www4.seg-social.pt/documents/10152/13331/Servi%C3%A7o\\_apoio\\_domiciliario](http://www4.seg-social.pt/documents/10152/13331/Servi%C3%A7o_apoio_domiciliario)

Carvalho, M. (2012). Envelhecimento e Cuidados Domiciliários em Instituições de Solidariedade Social. Lisboa: Coisas de Ler.

Castellón, A. (2003). Calidad de vida en la atención al mayor. *Revista Multidisciplinar de Gerontologia*, 13(3), 188-192.

Engenheiro, S. (2008). Apoio Domiciliário um estudo de caso. Consultado a 4 de Março de 2014: <https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/>

Fernández-Ballesteros R. (1998). Quality of life: The differential conditions. *Psychology in Spain*, 2(1), 57-65.

Fontaine R. (2000). Psicologia do envelhecimento. Lisboa: Climepsi

Gil, A. (2009). Serviços de Apoio Domiciliário- Oferta e custos no mercado privado. Consultado a 23 de Setembro de 2012: [http://www2.seg-social.pt/preview\\_documentos.asp?r=26445&m=PDF](http://www2.seg-social.pt/preview_documentos.asp?r=26445&m=PDF)

Hill, M., & Hill, A. (2008). *Investigação por Questionário*. (2.ª Edição). Lisboa: Edições Sílabo.

INE. (2012). Censos 2011 Resultados Definitivos. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. Consultado a 20 de Janeiro de 2014: [http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine\\_censos\\_publicacao\\_det&contexto=pu&PUBLICACOESpub\\_boui=160661815&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1&pcensos=61969554](http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacao_det&contexto=pu&PUBLICACOESpub_boui=160661815&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1&pcensos=61969554)

INE. (2013) Estatísticas Demográficas 2011. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. Consultado a 23 de Janeiro de 2014: [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=210756558&PUBLICACOESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=210756558&PUBLICACOESmodo=2)

Instituto de Segurança Social. (2003). *Manual de Processos-chave do Serviço de Apoio*

Instituto Nacional de Estatística. (2010). População residente (N.º) por Local de residência, Sexo e Grupo etário; Anual - INE, Estimativas Anuais da População Residente. Consultado a 23 de Outubro de 2012: [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_unid\\_territorial&menuBOUI=13707095&contexto=ut&selTab=tab3](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_unid_territorial&menuBOUI=13707095&contexto=ut&selTab=tab3)

Martín, J., Oliveira, L., & Cunha, M. (2007). *Protocolo de Avaliação de Serviço de Apoio Domiciliário*. Porto: UNIFAI

Ministério da Solidariedade e Segurança Social, Decreto-Lei n.º 64/2007 de 14 de Março in Diário da República – I Série – n.º 52 de 14 de Março de 2007.

Ministério do Trabalho e da Solidariedade, Despacho Normativo n.º 62/99. D.R. n.º 264, Série I-B de 1999-11-12.

Paúl, C., Fonseca, A., Martín, I., & Amado, J. (2005). *Envelhecer em Portugal- Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses*. Lisboa: Climepsi.

Pereira, A. (2011). Modelo de Negócio como Metodologia de Avaliação de Apoio Domiciliário. Consultado a 6 de Março de 2014: <http://core.kmi.open.ac.uk/download/pdf/15568398.pdf>

Pimentel, A., & Mesquita, A. (2003). *Serviços de Proximidade*, Edição do Instituto do Emprego e Formação Profissional, Lisboa, 2003.

Rede social Mirandela. (2013). Diagnóstico social. Consultado a 6 de Março de 2014: <http://www.cm-mirandela.pt/files/13/13130.pdf>

Rosa, M. (2012). *O envelhecimento da sociedade Portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos

Smida, A. (2005). Competitiveness between Public, Private and Non-profit Organizations in the Promising Market for the Elderly in France. *Foresight*, 7(5), 32-41.

Soeiro, M. (2010). Envelhecimento português- Desafios contemporâneos-Políticas e programas sociais. Consultado a 20 de Outubro de 2012: [http://run.unl.pt/bitstream/10362/5736/1/maria\\_anjos%20\\_3\\_.pdf](http://run.unl.pt/bitstream/10362/5736/1/maria_anjos%20_3_.pdf)

Sousa, R. (2009). Envelhecimento da população portuguesa- Algumas decorrências económicas. Consultado a 24 de Outubro de 2012: <https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/1728/1/TESE%20-%20RUI%20SOUSA%20%2002-2010.pdf>

## **ANEXO**