

## **Serviço de Apoio Domiciliário como substituição ou complemento do cuidado familiar**

*Home Care as substitution or complementary of familiarly care*

*Servicio de Apoyo Domicilio como sustitución o complemento del cuidado familiar*

Joana Barbosa  
José Ignacio Guinaldo  
Manuel Antunes da Cunha

**RESUMO:** Este estudo exploratório aborda o papel do Serviço de Apoio Domiciliário no quotidiano dos idosos e suas famílias, em função do contexto urbano e rural, e o percurso de vida dos utentes de dois SAD do norte de Portugal. Recorreu-se a uma metodologia qualitativa, com a aplicação de 11 entrevistas semiestruturadas. O SAD mantém uma função assistencialista/tradicional, tendo um papel de substituição em meio urbano e complementar em meio rural. Este estudo aponta para a necessidade de apostar numa lógica de prevenção, educação e reabilitação, em torno da criação de um plano de cuidados personalizado, baseado num sistema de classificação dos utentes.

**Palavras-chave:** Serviço de Apoio Domiciliário; Contexto urbano e rural; Papel do Serviço de Apoio Domiciliário.

**ABSTRACT:** *This exploratory study deals with the role of the Domiciliary Support Service in the daily life of the elderly and their families, depending on the urban and rural context and the life course of the users of two SADs in the north of Portugal. A qualitative methodology was used, with the application of 11 semi-structured interviews. The SAD maintains a welfare / traditional function, having primarily a substitution role in an urban and complementary environment in rural areas. This study points to the need of betting on a logic of prevention, education and rehabilitation, around the creation of a personalized care plan, based on a classification system of the users.*

**Keywords:** *Home Care; Urban and rural context; Role of Home Care.*

**RESUMEN:** *Este estudio exploratorio aborda el papel de la atención domiciliar de la vida cotidiana de las personas mayores y sus familias, de acuerdo con el contexto urbano y rural y el modo de vida de los usuarios del SAD dos norte de Portugal. Se recurrió a una metodología cualitativa, con la aplicación de 11 entrevistas semiestructuradas. El SAD mantiene una función asistencialista / tradicional, teniendo un papel de sustitución en medio urbano y complementario en medio rural. Este estudio apunta a la necesidad de apostar en una lógica de prevención, educación y rehabilitación, en torno a la creación de un plan de cuidados personalizado, basado en un sistema de clasificación de los usuarios.*

**Palabras clave:** *Servicio de Apoyo a domicilio; Contexto urbano y rural; Papel del Servicio de Apoyo a domicilio.*

## **Introdução**

Em Portugal, o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) foi idealizado como uma das respostas de âmbito comunitário que consiste “na prestação de cuidados individualizados e personalizados, no domicílio, 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” (Despacho normativo n.º 62/99 de 12 de novembro).

Numa análise diacrónica ao seu funcionamento em território nacional, podemos dizer que, de uma forma geral, tem vindo a exercer uma função predominantemente assistencial, com o objetivo de promover o acompanhamento dos idosos e suas famílias, procurando responder às necessidades nos momentos de crise ou conflito, às atividades de vida diária e às atividades instrumentais (Trigueiros, & Mondragón, 2002, *cit. in* Osório, & Pinto, 2007). Tendo em conta a diversidade/multiplicidade de funções/serviços desempenhados, foram criados três tipos de estruturas (Joaquim, 2003): os SAD associados às Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) que prestam uma série de serviços previstos pelo enquadramento legal n.º 62/99 de 12 de novembro; os SAD efetuando um apoio mais voltado para a saúde, nomeadamente serviços médicos e de enfermagem levados a cabo na habitação do idoso; o apoio domiciliário integrado (ADI), que procura assegurar a prestação de cuidados médicos e de enfermagem e apoio social visando à promoção de autocuidado (Pimentel, 2005).

Internacionalmente, de acordo com os diferentes modelos de bem-estar (Genet, *et al.*, 2011), o SAD é comumente designado por *Home Care*, englobando uma tipologia de serviços de saúde, de cuidado pessoal ou de assistência no domicílio, de acordo com o grau de funcionalidade, doença ou incapacidade apresentada pela pessoa que recorre ao mesmo. O *Home Care* pode abranger a convalescença pós-hospitalar/reabilitação; saúde mental/cuidados psicológicos e de bem-estar; descanso cuidador. Nesse âmbito, cada SAD determina as respetivas finalidades a atingir: o apoio na convalesça pelo número de hospitalizações; a reabilitação pelo perfil da pessoa idosa cuidada; os cuidados paliativos prestados; a manutenção em casa dos cuidados domiciliários e o descanso do cuidador (Kane, 1994). Estes modelos distanciam-se muito do figurino português, ainda muito arraigado num modelo tradicional essencialmente caracterizado por uma função assistencial, como acontece no caso russo (Struyk, *et al.*, 2006).

Neste artigo, procuraremos analisar a realidade encontrada em duas organizações sem fins lucrativos da zona Norte de Portugal. Em primeiro lugar, caracterizaremos a prestação de serviços de SAD nestas instituições. Num segundo momento descreve o papel de substituição ou de complementaridade do Serviço de Apoio Domiciliário encontrado em meio urbano e rural, com as eventuais diferenças e semelhanças nos dois contextos através da criação de dois perfis associados.

Por fim, refletiremos sobre a importância da implementação dum serviço que, em termos de custos e sustentabilidade, necessita de continuar a melhorar em termos qualitativos, aprimorando a prestação de serviços com um plano de cuidados individual em função do grau de funcionalidade de cada idoso ou – à imagem do que é feito, nos EUA, por organismos privados de cuidados de saúde – com a introdução de programa *Rai-Home Care*, baseado num sistema de classificação dos utentes.

## Metodologia

### Amostra

Na seleção das instituições e respetivos idosos que constituem o nosso *corpus*, optámos por uma amostra de casos típicos não aleatória (Carmo, 2008). O universo da pesquisa é constituído por 49 idosos, dos quais 14 (11 do sexo feminino e 3 do sexo masculino) são acompanhados pela 1ª instituição ( $\leq 25$  utentes protocolados) e 35 (22 do sexo feminino e 13 do sexo masculino) pela 2ª instituição ( $\geq 25$  utentes protocolados). Deste universo, foram então selecionados 11 idosos, 9 do sexo feminino e 2 do sexo masculino. Passamos então a apresentar a caracterização sociodemográfica da amostra na tabela n.º 1.

**Tabela n.º 1 - Caracterização sociodemográfica**

E	Perfil	Sexo	AVD	AIVD	Grupo Etário	Estado Civil	Habilitações	Grau dependência	Dificuldade
1	1	F	Não	Não	70-79	Solteira	1º ciclo	Dependente	Higiene, vestir, utilização transportes
2	1	M	Sim	Sim	80-89	Casado	3º ciclo	Independente	Higiene, refeições, gestão medicação
3	1	F	Sim	Sim	70-79	Viúva	3º ciclo	Independente	refeições
4	2	F	Sim	Sim	80-89	Viúva	secundário	Independente	refeições

5	2	F	Sim	Não	80-89	Solteira	1º ciclo	Independente	Gestão medicação
6	1	F	Não	Não	70-79	Casada	1º incompleto	Dependente moderado	Higiene
7	2	F	N/A	N/A	70-79	Casada	1º ciclo	Dependente	Higiene, refeições
8	2	M	Sim	Sim	80-89	Solteiro	1º ciclo	Dependente	Higiene e vestir
9	1	M	Sim	Sim	90-99	Divorciado	1º ciclo	Independente	Refeições
10	2	F	N/A	N/A	80-89	Solteira	secundário	Dependente	Higiene, refeições
11	2	F	Não	Não	60-69	viúva	1º ciclo	Dependente	Higiene e tarefas domésticas

## Instrumentos

Optou-se por um estudo de caso, a partir do contexto de vida de cada idoso, de modo a dar uma perspetiva mais próxima do percurso e da realidade quotidiana dos utentes. Assim sendo, realizaram-se entrevistas semiestruturadas (*ver no anexo n.º 1 o guião de entrevista e as respetivas categorias de análise principais*). Antes de cada encontro, solicitámos o preenchimento do consentimento informado.

As escalas utilizadas (Katz, 1989; tradução de versão brasileira por Duarte, Andrade, & Lebrão, 2006; e APGAR, SmilKstein, 1978: tradução portuguesa por Agostinho, & Rebelo, 1988) já se encontravam parametrizadas para instituições de cariz social. A par das entrevistas, a escala de Katz permitiu medir a capacidade funcional da pessoa idosa e de APGAR de avaliar a funcionalidade familiar e qualidade de vida dos utentes na perspetiva do idoso entrevistado em contexto doméstico.

A escala de Katz subdivide-se em três graus: *situação de total dependência* (0-2), quando a pessoa já não consegue alimentar-se, vestir-se, ir à casa de banho, sentar-se/deitar-se, controlar os esfíncteres, sem supervisão, orientação ou assistência pessoal ou cuidado integral; *situação de dependência moderada* (2-4) se necessita de apoio, pelo menos em dois dos indicadores supracitados; e *situação de total independência* (4-6), quando consegue realizar as tarefas descritas sem supervisão, orientação ou assistência pessoal ou cuidado integral de terceiros.

Dos 11 idosos que constituem a amostra, cinco estão em situação de total independência, cinco são totalmente dependentes e um encontra-se numa situação de dependência moderada, embora a resvalar para uma situação de dependência, devido à dificuldade que começa a sentir na execução das atividades básicas da vida diária e instrumental. Dos 11 entrevistados, 2 eram cuidadores de dois idosos. O motivo da entrevista ter sido a estes cuidadores prende-se com o facto destes idosos não puderam responder por motivos de saúde; entretanto, manifestados no decurso da investigação empírica.

Por seu turno, a escala de APGAR permitiu-nos medir e compreender a perceção que os idosos tinham relativamente à funcionalidade/disfuncionalidade das suas famílias com base nos seguintes critérios: adaptação; participação; evolução/maturidade; afeto e relação de cuidado. A respetiva classificação subdivide-se da seguinte forma: família altamente funcional (7-10); família com disfunção leve (4-6) e família com disfunção severa (0-3).

## **Método**

Recurso a um estudo qualitativo com metodologia qualitativa descritiva (Leandro, & Freire, 2008), tendo como variável dependente o SAD e como variáveis independentes os percursos de vida, a experiência quotidiana, a rede de sociabilidade, a caracterização do SAD e o grau de funcionalidade/disfuncionalidade da família e o papel desempenhado pelo SAD (Pimentel, 2012; Martin, Oliveira, & Dias da Cunha, 2010). As principais questões éticas a ter em consideração durante a execução destes instrumentos foram garantidas, bem como a proteção dos dados e a sua utilização para fins académicos e a confidencialidade inerente aos estudos.

## **Resultados**

Os resultados do nosso estudo revelam dois papéis desempenhados pelo SAD, em função de dois perfis de utentes. Os critérios de diferenciação permitiram distinguir os perfis são o contexto geográfico, a existência efetiva de retaguarda familiar e o grau de dependência na execução das AVD e AIVD de cada perfil.

O primeiro (*perfil 1*) predominantemente associado a um papel de substituição, em contexto urbano de pequena dimensão numa cidade, com cerca de 180.000 habitantes; e o segundo (*perfil 2*), a um papel de complemento em ambiente urbano/rural, em contexto semi-rural de pequena dimensão num concelho, com cerca de 19.000 habitantes traduzindo, assim, as especificidades dos quadros de vida respetivos e das transformações familiares.

Antes de proceder a uma análise comparativa entre ambos os perfis, apresentaremos os percursos de vida/experiência quotidiana e a perceção da realização das ABVD e AIVD dos idosos que compõem a amostra. Na segunda parte, distinguiremos o papel do Serviço de Apoio Domiciliário em cada um dos perfis, recorrendo às seguintes categorias de análise: rede familiar; justificação para a presença/ausência da família; sinalização e motivos de pedido do SAD e vantagens do acesso.

### **Percursos de vida e a Experiência quotidiana**

A história de vida de cada pessoa está indelevelmente marcada por condicionantes sociais e opções individuais. Em ambos os perfis encontrados, destaca-se uma infância muito dura, em ambiente de pobreza, tendo começado a trabalhar desde muito cedo, quase sem lugar para viver a sua meninice.

*“Com treze anos fui para a arte sacra, ganhar 50 centavos por dia, 10 horas por dia e 6 dias por semana.”* (E 9, M., 98 anos, Braga)

*“Fui criada na rua D. Pedro V. (...) Os meus pais eram lavradores, eram caseiros, de maneira que também viviam mal.”* (E1, F., 79 anos, Braga)

Outros tiveram mesmo que deixar as suas aldeias à procura de uma vida melhor na cidade ou até emigrar para outros destinos como, por exemplo, Angola, na altura ainda colónia portuguesa:

*“Olhe a minha vida foi sempre cá em Braga, exceto seis anos que estive em África, em Luanda.”* (E2, M., 81 anos, Braga).

O indicador da naturalidade permite-nos aferir que houve, muitas vezes, uma migração interna do campo para a cidade, ou de outras cidades para Braga, quer por motivos profissionais, quer pelo facto de terem conhecido o respetivo cônjuge e constituírem família:

*“Ele é de lá ao pé de mim, eram aldeias próximas e viemos cá para Braga.”* (E6, F., 77 anos, Braga)

*“Mas corri quase Portugal inteiro já depois de casada. O meu marido saltava muito. Estive no Porto, em Viana, em vários sítios e cidades...”* (E3, F., 78 anos, Braga)

Os percursos profissionais destes idosos eram sobretudo atividades pouco remuneradas e qualificadas, com reduzida margem de progressão. Temos, assim, uma doméstica, uma lavadeira, duas costureiras, um agricultor, dois cozinheiros, dois funcionários de comércio e dois funcionários públicos.

*“Trabalhar, trabalhava muito com as minhas mãos.”* (E1, F., 79 anos, Braga)

*“Trabalhei com um padrinho e primo meu na fábrica de camisaria em frente à Confiança.”* (E2, H., 81 anos, Braga)

*“Tive um snack-bar. Era um trabalho muito cansativo para uma mulher só.”* (E3, F., 78 anos, Braga)

*“Trabalhar, não trabalhei... Estive sempre a ‘olhar’ pelos filhos.”* (E6, F., 77 anos, Braga)

*“Vivia com os meus irmãos todos e ajudei-os; agora já não estão aqui. Trabalhei, ia lavar roupa para o rio.”* (E7, F., 63 anos, Amares)

*“Depois, também fui para uma cozinha, para a pensão económica e estive lá para aí quê...dois meses ou três meses. Depois, apareceu-me esta doença.”* (E8, H., 82 anos, Amares).



## Perceção da realização das ABVD e AIVD

Quanto à perceção da realização das ABVD e AIVD, no *perfil 1 (urbano)*, a maior parte dos idosos vinca a sua independência. Outros, porém, assumem não conseguir realizar as AVD e AIVD – devido a limitações mais relevantes –, não lhes restando senão admitir as dificuldades respetivas em função do seu grau de funcionalidade (Botelho, 2000, *cit in* Paúl, & Ribeiro, 2005). No *perfil 2 (rural)*, constatamos pessoas idosas muito mais dependentes tanto na realização das AVD e AIVD.

Especificamente na realização das AIVD, no convívio/atividades realizadas, os inquiridos apontam como principais motivações, para sair de casa, razões de índole religiosa (por ex., ir à missa), ou associadas à execução de tarefas diárias, como fazer compras ou tratar de algum assunto relacionado com a saúde (por ex., ida ao médico), uma atividade de suma importância para a manutenção da qualidade de vida (Fonseca, & Paúl, 2005). No seguimento desta reflexão, Sequeira e Silva (2002, p. 514) referem que, segundo Harris e Boden (1993), a atividade é um importante fator de integração social e um sinónimo de promoção na vida de um idoso, transmitindo a este um “sentimento de capacidade, de controlo, de utilidade, assegurando a autoestima.” Segundo Paúl (1991), a ligação que os idosos podem manter, quer com o seu domicílio quer com o meio, é deveras importante, uma vez que lhes permite assegurar um laço social com a comunidade, e sentem que seu ego é mais preenchido, pesem embora as transformações e dificuldades vivenciadas (*cit in*: Sequeira, & Silva, 2002):

*“Agora [saio] raramente. Ir fazer compras e assim ainda vou ainda saindo.”* (E9, H., 98 anos, Braga)

*“Eu tenho de sair, (...) Sair sim, [mas] às 11h30 estava em casa. Fui ao café comprar água das pedras porque estava a precisar, porque faço mal a digestão. Fui dar uma voltinha, arejar e depois voltar para casa e tal (...). Por exemplo, eu vou lá acima ao médico que me operou, à rua xx e quero-lhe mostrar isto [um quisto].”* (E3, F., 78 anos, Braga)

Também há idosos que praticamente não saem de casa, devido às dificuldades de mobilidade que se começam a fazer sentir.

Por outro lado, constatámos que os idosos que saem de casa para a resolução de assuntos relacionados com o dia a dia, fazem-no de modo a não interferir com a vida de outra pessoa idosa – mais dependente –, que vive consigo:

*“Não tenho saído ultimamente, não. Desde que me deu uma trombose na perna...”* (E4, F., 86 anos, Braga)

*“Após o pequeno-almoço, eu deixo-a [a esposa] na cama e depois se tiver de sair, saio. Estou aqui na hora de almoço ou antes... Ou fica aqui a empregada. Nunca fica só. E costumo sair pouco.”* (E2, H., 81 anos, Braga)

Tal se pode atestar na tabela n.º 2 abaixo. Em síntese, os idosos entrevistados, em ambos os perfis, denotam dificuldades na execução das AVD e AIVD, sendo que sua execução depende do meio onde estão inseridos e o grau de funcionalidade em que se encontram, segundo a escala de Katz.

**Tabela n.º 2 – Perceção da realização das ABVD e AIVD**

Nº	Perfil	Realização das ABVD (ótica do idoso)	Realização das AIVD (ótica do idoso)	Situação	Dificuldades apontadas
E1	P1	Não	Não	Dependente	Utilização de transportes; não consegue fazer a higiene sozinha e não consegue vestir-se
E2	P1	Sim	Sim	Independente	Dificuldade em tomar banho; preparar as refeições; gestão da medicação
E3	P1	Sim	Sim	Independente	Dificuldade em realizar as refeições
E6	P1	Não	Não	Dependente moderado	Pouca mobilidade física na realização das ABVD/AIVD
E9	P1	Sim	Sim	Independente	Dificuldade em realizar as refeições
E4	P2	Sim	Sim	Independente	Dificuldade em realizar as refeições
E5	P2	Não	Não	Independente	Dificuldade na gestão da medicação
E7	P2	Não se aplicou	Não se aplicou	Dependente	Situação de grande dependência
E8	P2	Sim	Sim	Dependente	Dificuldade em tomar banho e vestir-se
E10	P2	Não se aplicou	Não se aplicou	Dependente	Situação de grande dependência
E11	P2	Não	Não	Dependente	Necessita de apoio para fazer compras/higiene

## *O SAD - papel de substituição*

### **Rede familiar não presente diariamente**

O primeiro perfil é constituído por cinco pessoas residentes na cidade de Braga, sendo duas do sexo masculino e três do sexo feminino, com idades entre os 77 e os 98 anos. Apresentam um baixo nível de sociabilidade com a família, amigos e vizinhos. O apoio dos círculos mais próximos é episódico, com visitas a casas mais espaçadas, sendo que alguns dos elementos não pertencem ao círculo familiar nuclear. Os idosos são visitados por familiares mais próximos (irmãos e/ou sobrinhos) numa periodicidade semanal a bimensal, havendo apenas um caso com contactos anuais:

*“Quando podem.”* (E6, F., 77 anos, Braga)

*“Uma vez ou outra.”* (E9, H., 98 anos, Braga)

*“De vez em quando, tenho sobrinhos que também nunca me abandonaram.”* (E1, F., 79 anos, Braga)

*“[Tenho família] no Porto. Agora já está tudo muito velho...”* (E1, F., 79 anos, Braga).

Na sua maioria, os membros do *perfil 1* rotulam as famílias respetivas como sendo altamente funcionais, havendo apenas um caso em que as respostas duma entrevistada colocam a família na categoria “disfunção leve”, devido à existência de conflitos latentes entre os membros, tal como ilustra a tabela n.º 3.

**Tabela n.º 3 - Escala APGAR**

N.º	Adaptação	Participação	Evolução Maturidade	Afeto	Relação de cuidados	Total	
E1(P1)	2	2	2	2	2	10	F. altamente funcional
E2 (P1)	1	1	1	1	1	5	Família c/ disfunção leve
E3 (P1)	2	2	2	2	2	10	F. altamente funcional
E6 (P1)	1	2	1	2	1	7	F. altamente funcional
E9 (P1)	2	2	2	2	2	10	F. altamente funcional

### **Justificação para falta de retaguarda familiar**

Os dois idosos incapazes de realizarem autonomamente as AVD (cf. tabela n.º 2) – e que não dispõem de uma retaguarda familiar eficaz –, não culpabilizam os seus parentes mais próximos, justificando o facto de não prestarem apoio nas AVD por questões de índole geográfica, a presença de outras rotinas familiares ou ainda de atividades profissionais e/ou outras ocupações. O conjunto das transformações familiares e sociais (Paúl, 1997; Moragas, & Moragas, 1998; Leandro, 2001; Correia, 2003, Imaginário, 2008) compele os idosos a recorrer, com alguma frequência, a outras pessoas, nomeadamente através das redes de solidariedade informais:

*“Tenho uma vizinha no n.º 42 (...). Tenho essa senhora para o que for preciso. São eles que me dão apoio.”* (E1, F., 79 anos, Braga)

*“Se alguma vez precisasse de ajuda, chamava o 112.”* (E3, F., 78 anos, Braga).

### **Sinalização e motivos de pedido do SAD**

A solicitação do SAD parte, maioritariamente, da própria família (em 3 casos), só depois por iniciativa do idoso (1 caso) ou da própria da instituição (1 caso), sendo frequente que seja sido solicitada por outros organismos como a Segurança Social ou os Hospitais. Todos usufruíam destes serviços há menos de cinco anos, com exceção de uma idosa inscrita há mais de uma década.

A prestação tem lugar diariamente, de 2ª a 6ª feira, como acontece quase sempre nos serviços portugueses de apoio domiciliário que funcionam apenas nos dias úteis, em horário que não inclui noites e fins de semana. Os cinco idosos que compunham este grupo recebiam os serviços de alimentação, acumulando dois deles os cuidados de higiene pessoal e uma outra, o tratamento de roupa e limpeza de casa (Struyk, *et al.*, 2008):

*“Não tenho elasticidade dos músculos nos braços para carregar tudo [compras etc.], é cómodo, não é?”* (E3, F., 78 anos, Braga)

*“Por não estar em condições de estar ao fogão, porque não podia fazer nada disso. E a minha irmã também já se sentia cansada e também não podia... E pronto, pedi o apoio.”* (E4, F., 86 anos, Braga)

*“Porque estou aqui só.”* (E9, H., 98 anos, Braga)

*“Há quarenta anos [sic!] que estou aqui sozinha. Logo se vê, vou andando assim, e depois logo se vê.”* (E3, F., 78 anos, Braga).

*“A roupa é que não começou logo, mas depois [como é mais prático] o cesto da roupa [está pronto e a roupa é lavada, estendida, passada] a ferro e, então, vai também a roupa.”* (E3, F., 78 anos, Braga)

### **Vantagens do acesso ao SAD e sugestões apresentadas**

Estes idosos consideram que o SAD trouxe ao seu quotidiano mais qualidade de vida, fruto do acompanhamento e apoio protagonizado pelos recursos humanos da instituição, propiciando, assim, um sentimento de maior tranquilidade:

*“Aí, sim sim... Já viu? Receber uma sobremesa que nunca comi! (...) Tive uma infância de muita miséria (...). É uma coisa boa, é uma tranquilidade...”* (E1, F., 77 anos, Braga)

*“Sim, com certeza, que estou mais descansado.”* (E2, H., 81 anos, Braga)

*“Elas [auxiliares de geriatria do SAD] são uma riqueza.”* (E3, F., 78 anos, Braga).

Os idosos reconhecem que alivia a carga dos cuidadores informais (quando existem/estão presentes), amenizando, desta feita, o sentimento de constituir um peso – embora alguns preferissem que certos cuidados fossem ministrados pelos familiares – proporcionando assim, a uns e outros, alguns momentos de lazer ou a realização de outras tarefas do dia a dia (McCann, Grundy, & O’Reilly, 2014):

*“A instituição x chegou a oferecer os cuidados de higiene. Em princípio, eu estava a pensar nisso, mas a minha mulher preferiu que fosse eu a colaborar.”* (E2, H., 81 anos, Braga)

*“Sim, com certeza que estou mais descansado, porque daqui a pouco tenho a comida e lá vou ver o Telejornal e depois vou comer.”* (E9, H., 98 anos, Braga)

### ***O SAD papel de complemento***

Rede familiar presente diariamente com ajuda institucional

O *perfil 2* apresenta algumas diferenças – sendo constituído por seis idosos – quatro mulheres e dois homens, dos quais quatro residem em zona rural e dois em ambiente urbano –, com idades compreendidas entre os 61 e os 88 anos. É de salientar que, em dois casos (E7 e E10), as respostas foram dadas pelas cuidadoras – uma com 50 e a outra com 37 anos –, uma vez que estes idosos não conseguiam responder às questões. Em termos etários, este grupo tem a particularidade de integrar pessoas que não são consideradas idosas (com menos de 65 anos), assim como outras que já se encontram na 4ª idade, dispoendo sempre de uma rede familiar diariamente presente na prestação de cuidados. Todos os idosos definem as respetivas famílias como altamente funcionais, tal como ilustra a tabela n.º 4.

**Tabela nº 4 - Escala APGAR – Perfil 2**

N.º	Adaptação	Participação	Evolução Maturidade	Afeto	Relação de cuidados	Total	
E4 (P2)	2	2	2	2	2	10	F. altamente funcional
E5 (P2)	2	2	2	2	2	10	F. altamente funcional
E8 (P2)	2	2	1	2	2	9	F. altamente funcional
E11 (P2)	2	2	2	1	1	8	F. altamente funcional

### **Rede familiar presente diariamente**

Uma tal presença materializa-se não só por meio de pessoas com grau de parentesco mais próximo, como também com membros da família alargada que, em dois casos, desempenhavam, inclusivamente, a função de cuidadores.

Estes dois idosos, a residir em contexto rural, apresentavam um maior grau de dependência que os restantes entrevistados, necessitando, por isso, de um acompanhamento quotidiano e contínuo. Nestes casos, o cuidador assegura as tarefas da vida diária, desde a alimentação à higiene, sendo, todavia, secundado pelo SAD. O apoio prestado pelo cuidador exige um grande esforço físico, psicológico e económico (Lemos, 2000), o que justifica a necessidade de um apoio complementar especializado:

*“[A ajuda do SAD] liberta-me umas horas para eu poder trabalhar nos campos. Está a perceber? Dá-me mais qualidade de vida a mim, porque não estou sempre aqui dentro, e a ele, porque precisa.”* (E10, F., 37 anos – cuidadora, Amares)

Neste perfil, encontramos o típico cuidador que desempenha um papel fundamental na prestação de cuidados ao idoso. Em termos gerais, esta tarefa não é alvo de remuneração – sobretudo quando se trata de um familiar –, assumindo o cuidador, entre muitas outras funções como a de vigiar o estado de saúde das pessoas idosas, proporcionando-lhes um ambiente seguro e familiar, onde possam realizar todas as suas atividades diárias e instrumentais (Sequeira, 2007).

### **Sinalização e motivos de pedido do SAD**

O cenário em que viviam estes idosos difere do primeiro perfil, uma vez que aqui encontramos idosos que recebem o SAD, em média, há 10 anos, com exceção de duas idosas do meio urbano que o recebiam apenas há dois. Neste grupo, contrariamente ao primeiro, quem tomou a iniciativa de requerer o SAD foi, em primeiro lugar, o próprio idoso (3 casos), seguido pelos familiares (2 casos), e um cuidador não familiar (1 caso). Os motivos da sinalização junto da instituição têm também a ver com fatores de ordem doméstica como, para o primeiro grupo, mas aqui associados a uma doença (AVC, Acidente Vascular Cerebral), à falta de mobilidade e cansaço da cuidadora, e a um acidente doméstico, ocorrido durante umas férias, obrigando uma das entrevistadas a regressar à aldeia natal, a título definitivo, depois de décadas a viver em Lisboa, de onde nunca pensara partir:

*“Deu-lhe o AVC no dia 1 de dezembro. Depois de estar no hospital, veio para cá. Veio a meio de janeiro. Fazíamos-lhe a limpeza, eu e uma cunhada dela. Depois, veio o serviço.”* (E7, F., 63 anos, cuidadora, Amares)

*“Ela vivia aqui (...). Depois ela [irmã do idoso entrevistado] ia lá acima tratar de mim, mas adoeceu.”* (E8, H., 82 anos, Amares)

*“Caí, fracturei a coluna e fiquei paraplégica (...). Como tinha cá casa (...), acabei por pedir o apoio das meninas da instituição.”* (E11, F., 61 anos, Amares)

Os seis idosos que compõem este grupo recebem os serviços de alimentação, sendo que três ainda acumulam os serviços de higiene pessoal; e um outro, a limpeza de casa. A prestação dos cuidados tem lugar diariamente, de segunda-feira a domingo, e não apenas nos dias úteis, indo, assim, ao encontro de uma perspetiva que defende o alargamento da intensidade e da frequência do SAD (Martin, Oliveira, & Duarte, 2010).

Tal como os membros do primeiro perfil, embora aqui o apoio domiciliário seja vivenciado mais numa lógica de complementaridade, estes idosos fizeram uma apreciação bastante positiva do mesmo. Consideram que trouxe ao seu quotidiano mais qualidade de vida, fruto do acompanhamento e apoio protagonizado pelos recursos humanos da instituição:

*“Estava a dizer que estávamos convencidas que se fosse preciso [mais] ajuda que elas [funcionárias] estariam prontas.”* (E4, F., 86 anos, Braga)

### **Vantagens do acesso ao SAD e sugestões apresentadas**

Estes idosos olham para o SAD como um complemento à assistência prestada pela família, com a qual continuam a manter laços muito fortes (Fonseca, *et al.*, 2005), sendo que, em contexto rural, contam, de forma geral, com uma maior disponibilidade e apoio dos mais próximos:

*“Sim, é ela [irmã] que me faz tudo...é como se eu fosse filho dela. É ela quem me dá de comer.”* (E8, H., 82 anos, Amares).



Para além do apoio significativo prestado pelas famílias, não convivem ou muito pouco com vizinhos e outros amigos, restringindo, assim, sua rede de sociabilidade efetiva. Em geral, enfrentam situações de dependência mais acentuadas, sendo que apenas uma das entrevistadas saía – de forma esporádica e em companhia do cônjuge – para executar tarefas do dia a dia:

*“Não, poucas vezes. Sim, ia dar uma voltita, mas agora não. Ultimamente não tenho ido, não.”* (E11, F., 61 anos, Amares).

Esta percepção é partilhada pelos cuidadores, para os quais o SAD representou uma verdadeira retaguarda, um reforço e uma ajuda nas tarefas do dia a dia, amenizando um pouco o cansaço sentido por quem cuida de pessoas idosas. A cuidadora também se sente um pouco cuidada:

*“É uma boa ajuda, para os familiares como é o meu caso (...) Depois isto não dá para uma pessoa sozinha. Têm de ser duas pessoas, [pois] é cansativo (...). Acho que estamos a ser bem cuidadas [idosa e cuidadora]”* (E7, F., 50 anos, cuidadora, Amares).

Nesse sentido, uma das cuidadoras abordou, inclusivamente, aquilo que considerou ser a necessidade da instituição investir na formação das pessoas que cuidam os seus idosos no domicílio (Wall, & Correia, 2002). Uma outra entrevistada deste segundo perfil sugeriu, ainda, que se deveria articular o SAD com outras áreas, nomeadamente a área da saúde, de modo a tornar esta resposta mais completa, defendendo, ainda, o alargamento do serviço para além dos dias estipulados. Mostrou-se igualmente disposta a frequentar uma formação na área para, assim, melhor ajudar o tio:

*“Acho que deveriam ter um médico ou um enfermeiro, um «piquete» a quem se pudesse ligar. Como elas estão ligadas [as auxiliares de geriatria estão em contacto umas com as outras], vinham cá lavá-lo [para além dos dias definidos], pois percebem mais do que eu.”* (E10, F., 37 anos, cuidadora, Amares).

A partir deste segundo perfil, percebemos que o SAD, quando a família está presente, desempenha um papel de complemento importante para o idoso, mas também para os cuidadores informais, abrindo uma porta à complementaridade e co-responsabilização entre a família (cuidador informal) e o SAD (cuidador formal).

Dá a importância do envolvimento das equipas técnicas do SAD durante a prestação de cuidados (Kontos, Miller, & Mitchell, 2009), visando à capacitação dos técnicos, em relação à pessoa idosa, no contexto da saúde e da área social.

**Tabela n.º 5 – Comparação entre Perfis 1 e 2**

Variável Dependente SAD	P1 Contexto (urbano)	P2 Contexto misto (urbano/rural)
<b>Percurso de Vida e Experiência quotidiana</b>	- Vida laboral de sacrifício - Baixas habilitações académicas - Intervalo de idades =77 e os 98 anos - Muito idosos	- Vida laboral de sacrifício - Baixas habilitações académicas - Intervalo de idades =61 e os 88 anos - Idosos- Idosos
<b>AVD/AIVD</b>	3 – Independentes 1 – Dependente 1 – Dependente moderado	2 – Dependentes 4 - Independentes
<b>Rede de sociabilidade/grau de disfuncionalidade</b>  <b>Justificação na prestação de cuidados</b>	- Altamente funcional -Sobrecarga laboral - Falta de retaguarda familiar pela ausência dos familiares - isolamento social	- Altamente funcional - Sobrecarga laboral - Distância geográfica - Desertificação do meio rural - Retaguarda familiar desgastada
<b>Caracterização SAD</b>	- Falta de autonomia para a realização das AVD/AIVD - <b>Respostas prestadas:</b> alimentação; higiene e tratamento de roupa. - SAD Semanal - Baixa intensidade no funcionamento do SAD	- Falta de autonomia para a realização das AVD/AIVD - <b>Respostas prestadas:</b> alimentação; higiene e tratamento de roupa - SAD Semanal e FDS - Baixa intensidade no funcionamento do SAD
<b>Papel do SAD/Papel do Cuidador</b>	- Papel de substituição na prestação de cuidados - Família não presente diariamente	- Papel de complemento na prestação dos cuidados - Família presente diariamente
<b>Vantagens da existência de SAD e sugestões apresentadas</b>	- Mais qualidade de vida - Maior acompanhamento na realização das AVD e AIVD ↓ - Mais formação dos profissionais	- Mais qualidade de vida - Diminuição da sobrecarga dos cuidadores existentes ↓ - Mais formação dos profissionais - Maior articulação com saúde

## Conclusões

Este estudo de caso mostra-nos que, no âmbito dos dois contextos, os idosos convivem pouco, sendo a sua rede de sociabilidade restrita. Recorde-se, todavia, que entrevistámos uma população com poucas habilitações literárias e um percurso de vida marcado pelo sacrifício, o trabalho duro e baixos salários.

Esta pesquisa aponta para a necessidade de reconfigurar o SAD português, transformando-o numa resposta mais adaptada aos percursos de vida e aos contextos diferenciados da população idosa em meio urbano e rural.

Em primeiro lugar, é preciso ter em conta que o espaço de implementação (meio urbano/rural) acarreta consigo algumas especificidades, como a questão geográfica, a presença de outras rotinas familiares ou ainda de atividades profissionais e/ou outras ocupações que influenciam uma diferente prestação de cuidados (e.g., caso do meio urbano). Esta questão, debatida em nível internacional, tem em conta a necessidade do SAD assegurar serviços de qualidade, também em meio rural. De integrar novas soluções e políticas focadas para um serviço de proximidade; de prestação de cuidados de saúde em contacto diário com os cuidadores não formais; de otimização dos recursos, com acesso às novas tecnologias, e construir um serviço de apoio domiciliário, para os cuidadores informais, idoso, família e amigos cuidadores, que vivem no meio rural (Forbes, & Edge, 2009).

Os dois SAD's apresentam um perfil tradicional com uma função eminentemente assistencialista, sendo que, no meio urbano, o mesmo funciona apenas nos dias úteis, ao passo que no meio rural já não era interrompido ao fim de semana. Todavia, os níveis de intensidade são transversais e rondam aproximadamente 15 minutos por idoso/família cuidada (Martin, Oliveira, & Duarte, 2010). Mais de metade dos idosos de ambos os perfis apresentam a incapacidade física/dependência como razão principal para recorrer ao SAD, destacando outros motivos como a dificuldade em realizar as tarefas da vida quotidiana, falta de retaguarda familiar, problemas de saúde, necessidade de confeção da alimentação que constituíram também uma das principais razões que justificaram o pedido de serviço.

Outra das diferenças entre os dois perfis é o momento e ao motivo da sinalização junto do SAD, quer seja solicitado pelo próprio ou pela família. Enquanto no primeiro perfil há a existência de pedidos realizados por terceiros, por exemplo hospitais e IPSS, no segundo perfil, quem fez o pedido de SAD foram na sua maioria familiares. Outra dissonância deve-se ao diferente tempo de frequência que a família dos idosos passa com os mesmos, consequência das transformações ocorridas no seio familiar que, por vezes, se traduzem pela ausência de cuidadores informais. No meio urbano, os idosos recorrem preferencialmente a este serviço por já não conseguirem realizar autonomamente as tarefas nem terem um apoio regular na retaguarda familiar (papel de substituição).

Já em meio rural – atingido por uma desertificação crescente –, o SAD constitui mais um complemento à realização de tarefas para as quais a família ainda vai estando presente, embora não consiga responder cabalmente às mesmas, devido à mobilidade profissional em período diurno (Pimentel, 2010).

Em ambos os contextos, o papel do SAD é indispensável, havendo cada vez mais necessidade de recorrer a serviços formais de apoio, devido às transformações ocorridas na instituição familiar ao longo das últimas décadas (Struyk, Alexandrova, *et al.*, 2006).

Uma pesquisa levada a cabo no Canadá realçou a importância de comparar o perfil dos idosos de SAD em meio urbano e rural. Os autores referem que as redes informais podem assumir o papel de advogar e mobilizar o sistema de apoio formal, como o atendimento domiciliar, tal como acontece em meio urbano (Forbes, & Janzen, 2004). No meio rural, para encurtar as distâncias geográficas e rentabilizar o tempo dispensado em viagens deve recorrer mais aos recursos tecnológicos e a um reforço nos recursos humanos existentes na instituição (McCann, Grundy, & O'Reilly, 2014).

Cabe ao Estado e às IPSS assumir esta mudança de paradigma que implicará que as pessoas idosas e as atividades/funções operem em regime de interdependência, de modo a se alcançar objetivos comuns (Santana, Dias, Souza., & Rocha, 2007). Só assim se pode potenciar um SAD mais eficiente e próximo das diferentes necessidades da população idosa (Krizaj, Warren, & Slade, 2016), desenvolvendo protocolos de boas práticas que forneçam aconselhamento pragmático adaptado à vida real, aberto a diversas abordagens como, por exemplo, a implementação de um plano de cuidados, em função do grau de funcionalidade da pessoa idosa. Essa mudança vai ao encontro das funções educativas e reabilitadoras do SAD, como já acontece com o programa individual defendido e implementado em Espanha (Pilar Rodriguez, 2000) ou o programa *Rai-Home Care* traçado por um sistema de classificação de utentes introduzido pelos cuidados de saúde privados (Medicare e Multicare) nos EUA (Fries, *et al.*, 1997).

## Referências

- Adams-Wendling, L., Piamjariyakul, U., Bott, M., & Taunton, R. (2008). Strategies for translating the resident care plan into daily practice. *Journal Gerontology Nursing*, 34(8), 50-56. Recuperado em 30 junho, 2017, de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3625395/>.
- Adams-Wendling, L., Piamjariyakul, U., Bott, M., Taunton, R. L., & Faan (2008). Strategies for Translating the Resident Care Plan into Daily Practice. *Journal Gerontology Nursing*, 34(8), 50-56. Recuperado em 30 junho, 2017, de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3625395/>
- Andrade, A., & Martins, R. (2011). Funcionalidade familiar e qualidade de vida dos idosos. *Millenium*, 40(16), 185-199. Recuperado em 30 junho, 2017, de: <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8227>.
- Correia, J. (2003). *Introdução à gerontologia*. Lisboa, Portugal: Universidade Aberta.
- Dellefield, M. E. (2006). Interdisciplinary Care Planning and the Written Care Plan. In: Nursing Homes: A Critical Review, *The Gerontologist in Gerontological Society of America*, 46(1), 128-133. Recuperado em 30 junho, 2017, de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16452293>.
- Despacho normativo n.º 62/99, Diário da República n.º 264/1999, Série I-B de 1999-11-12. de 12 de novembro de 1999, 7960 7965. Ministério do Trabalho e da Solidariedade. Recuperado em 30 junho, 2017, de: <https://data.dre.pt/eli/despnorm/62/1999/11/12/p/dre/pt/html>.
- Duarte, Y., Andrade, C., & Lebrão, M. (2006). O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 41(2), 317-325. Recuperado em 30 junho, 2017, de: [http://hygeia.fsp.usp.br/sabe/Artigos/Indice\\_de\\_Katz\\_na\\_avaliacao\\_da\\_funcionalidade.pdf](http://hygeia.fsp.usp.br/sabe/Artigos/Indice_de_Katz_na_avaliacao_da_funcionalidade.pdf).
- Forbes, D. A., & Janzen, B. L. (2004). Comparison of rural and urban users and non-users of home care in Canada, *Canada Journal Rural*, 9(4), 227-235. Recuperado em 30 junho, 2017, de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15603694>.
- Forbes, D. A., & Edge, D. (2009). Comparison of rural and urban users and non-users of home care in Canada, *Canada Journal Rural Medicine*, 9(4), 119-124. Recuperado em 30 junho, 2017, de: <http://europepmc.org/abstract/med/15603694>.
- Fries, B. E., Hawes, C., Morris, J. N., Phillips, C. D., Mor, V., & Park, P. S. (1997). Effect of the National Resident Assessment Instrument on Selected Health Conditions and Problems. *American Geriatrics Society*, 45(Issue 8), 994-1001. Recuperado em 30 junho, 2017, de: <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1997.tb02972.x>.
- Genet, N., Boerma, W., Kringos, D., Bouman, A., Francke, A., Fagerström, C., Melchiorre, G., Greco, C., & Devillé, W. (2011), Home care in Europe: a systematic literature review. *MC Health Services Research*, 11, 207. Recuperado em 30 junho, 2017, de: doi: 10.1186/1472-6963-11-207.
- Hirdes, J. P. (2006). Addressing the health needs of frail elderly people: Ontario's experience with an integrated health information system. *Age and Ageing*, 35(Issue 4), 329-331. Recuperado em 30 junho, 2017, de: <https://doi.org/10.1093/ageing/afl036>.

Kane, R. (1994). Perspectives on Home Care Quality. *Health Care Financing Review*, 16(1), 69-89. Recuperado em 30 junho, 2017, de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4193480/>.

Imaginário, C. (2008). *O idoso dependente em contexto familiar – Uma análise da visão da família e do cuidador principal*. (2ª ed.). Coimbra, Portugal: Formosau.

Kontos, P. C., Miller, K. L., & Mitchell, G. (2009). Neglecting the Importance of the Decision Making and Care Regimes of Personal Support Workers: A Critique of Standardization of Care Planning Through the RAI/MDS, *The Gerontologist in The Gerontological Society of America*, 50(3), 352-362. Recuperado em 30 junho, 2017, de: doi: 10.1093/geront/gnp165.

Krizaj, T., Warren, A. W., & Slade, A. (2016). “Holding on to What I Do”: Experiences of Older Slovenians Moving into a Care Home. *The Gerontologist*, 58(Issue 3), 512-520. Recuperado em 30 junho, 2017, de: <https://doi.org/10.1093/geront/gnw150>.

Leandro, T., & Freire, S. (2008). Metodologia de investigação em psicologia e educação. Porto, Portugal: Psiquilíbrios Edições.

Leandro, M. E. (2001). *Sociologia da família nas sociedades contemporâneas*. Lisboa, Portugal: Universidade Aberta.

Lemos, M. (2005). As Misericórdias portuguesas na assistência aos idosos, Observatório de idosos e grandes dependentes. Lisboa, Portugal: União das Misericórdias Portuguesas.

Martin, I., Oliveira, L., & Dias da Cunha, M. (2010). O protocolo de avaliação do serviço de apoio domiciliário (ProtSad, v.2), Porto, Portugal: A Unifai.

McCann, M. Grundy, E., & O'Reilly, D. (2014). Urban and rural differences in risk of admission to a care home: a census-based follow-up study, *Health Place*, 30, 171-176. Recuperado em 30 junho, 2017, de: <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2014.09.009>.

Moragas Moragas, R. (1998). Envejecimiento e calidad de vida. (2ª ed.). Barcelona, Espanha: Albor.

Osório, A., & Pinto, F. (Coords.). (2007). *As pessoas idosas, contexto social e intervenção educativa*, Lisboa, Portugal: Horizontes Pedagógicos, Instituto Piaget.

Paúl, C., & Fonseca, A. (Coords.). (2005). Envelhecer em Portugal. psicologia, saúde e prestação de cuidados. Lisboa, Portugal: Climepsi Editores.

Paúl, C., & Ribeiro Ó. (Coords.). (2012). *Manual de gerontologia – aspectos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*. Lisboa, Portugal: Lidel.

Paúl, C. (1997). *Lá para o fim da vida – idosos, família e meio ambiente*. Coimbra, Portugal: Almedina.

Pimentel, L., & Albuquerque, C. (2010), Solidariedades familiares e o apoio a idosos. Limites e Implicações, *Textos & Contextos*, 9(2), 251-263. Recuperado em 30 junho, 2017, de: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/7783/5787>.

Rodriguez, P. (2000). El servicio de ayuda o domicilio - programacion del servicio – manual de formacions para auxiliares – *serie gerontologia social*. Madrid, España: Fundación Caja Madrid, Editorial Médica Panamericana.

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

*International Journal of Integrated Care*, 7(15), 1-8. Recuperado em 30 junho, 2017, de: <https://www.ijic.org/articles/10.5334/ijic.177/>.

Sequeira, C. (2007). *Cuidar de Idosos dependentes – diagnósticos e intervenções*, Coimbra, Portugal: Quarteto Editora.

Siqueira, M. E. (2002). Teorias sociológicas do envelhecimento. In: Freitas, E., et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, 47-57. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan.

Struyk, R., Alexandrova, A., & Belyakov, I., & Chagin, K. (2008). Client Satisfaction with Home Care Services in Rural Russia, *Journal of Aging & Social Policy*, 18(1), 87-105. Recuperado em 30 junho, 2017, de: doi: 10.1300/J031v18n01\_05.

Van Houdt, S., & De Lepeleire, J. (2010). Does the use of care plans improve the quality of home care? *Quality in Primary Care*, 18, 161-172. Recuperado em 30 junho, 2017, de: <http://primarycare.imedpub.com/does-the-use-of-care-plans-improve-the-quality-of-home-care.php?aid=882>.

Wall, K., & Aboim, S. (2002). Tipos de família em Portugal: interações, valores, contextos. *Análise Social*, 37(163), 475-506. Recuperado em 30 junho, 2017, de: [https://www.jstor.org/stable/41011684?seq=1#page\\_scan\\_tab\\_contents](https://www.jstor.org/stable/41011684?seq=1#page_scan_tab_contents).

Recebido em 02/05/2018

Aceito em 30/09/2018

---

**Joana Barbosa** - Assistente Social. Mestre em Gerontologia Social Aplicada. Doutoranda em Gerontologia e Geriatria (Universidade de Aveiro). Aveiro, Portugal. Filiada à Universidade de Aveiro, CINTESIS.

E-mail: barjoana@gmail.com

**José Ignácio Guinaldo** - Professor auxiliar, Departamento de Psicologia e Educação da Universidade de Aveiro, AGEING C–Cintesis. Licenciado em Psicologia, Universidade de Salamanca e Doutorado em Ciências Bioéticas, ICBAS, Porto, Portugal.

ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-1467-5039>

E-mail: jmartin@ua.pt

**Manuel Antunes da Cunha** - Professor auxiliar na Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais. Centro de Estudos Filosóficos e Humanísticos. Universidade Católica Portuguesa. Braga, Portugal.

ORCID Id: <http://orcid.org/0000-0002-7141-1152>

E-mail: manuel.cunha@braga.ucp.pt

## ANEXO 1

### Guião de Entrevista

Boa tarde,

Meu nome é Joana Barbosa e esta entrevista enquadra-se no Mestrado em Gerontologia Social Aplicada (Universidade Católica Portuguesa, Braga); tem como tema geral analisar *o papel do Serviço de Apoio Domiciliário na sua vida quotidiana*.

Durante a entrevista, gostaria de discutir os seguintes tópicos: pessoa idosa e história; dados biográficos da pessoa idosa entrevistada; admissão no SAD (situação/justificação); contexto familiar e social; Atividades da Vida Diária e Atividades Instrumentais – necessidades face às Respostas do SAD – Dinâmicas. Numa 2ª parte da entrevista serão aplicadas duas escalas uma denominada Escala de Katz e outra Escala de APGAR Familiar também para o levantamento de algumas informações para o estudo.

Assim, esta entrevista tem um carácter confidencial e será apenas utilizada para fins académicos.

Agradeço desde já a sua colaboração.



<p><b>Dados Biográficos</b></p>	<p>- Idade; Habilitações literárias; Profissão(ões); Estado civil:                  - Contexto familiar (filhos, residência urbana ou rural, regularidade de contacto); Quem o apoia em caso de necessidade/urgência; Quem vive em casa com o idoso; Contexto geográfico - meio rural versus urbano                  - Grau de dependência: dependente, semi-dependente, independente (escala de Katz)</p>		
<p><b>A pessoa idosa e a sua história de vida</b></p>	<p><b>Admissão no SAD (situação/justificação)</b></p>	<p><b>Contexto Familiar e Social</b></p>	<p><b>AVD e AIVD – Necessidades - face às Respostas do SAD - Dinâmicas</b></p>
<p>- Pode-me falar um pouco de si?                   É natural de cá?                  - Constituiu família ou viveu sempre só?                  - Em que trabalhou durante a sua vida?</p>	<p>- Quando e por que razão procurou o Serviço de Apoio Domiciliário?                   - Quem aconselhou? Foi iniciativa própria, etc.?                  - Como decorreu o processo?</p>	<p>- Onde vive a sua família? Quem vive consigo?                   - Tem algum(ns) familiar(es)/amigo(es) que passa(m) por aqui regularmente (quantas vezes por semana/por mês)?                  - Costuma sair (compras, café, visitar amigos, família, saídas extraordinárias, ir à missa...)?                  - Quem chama (para além do SAD) no caso de haver alguma urgência?</p>	<p>- Há quanto tempo recebe a resposta? Quem é que costuma vir cá? Com que frequência?                   - Quais são as atividades da vida diária (alimentar-se, tomar banho, vestir-se, cuidar-se, mobilizar-se, manter controle dos esfínteres) que tem mais dificuldade em realizar?                  - Como é que o Serviço de Apoio Domiciliário ajuda na realização destas tarefas? Como é que o ajudou a melhorar a sua qualidade de vida?                  - Quais as atividades da vida diária instrumentais (preparar refeições, fazer compras,</p>

		<p>cuidar da casa, utilizar transportes, telefonar, administrar a gestão doméstica, tomar os medicamentos) que tem mais dificuldade em realizar?</p> <p>- Como é que o Serviço de Apoio Domiciliário ajuda na realização destas tarefas? Como é que o ajudou a melhorar a sua qualidade de vida?</p> <p>- Na sua opinião, o Serviço de Apoio Domiciliário poderia ser mais completo se incluísse outros serviços? Como por exemplo, na área da saúde, da teleassistência, assuntos administrativos (ir ao banco, tratar dos impostos, ir à farmácia etc.).</p>
--	--	--