

ANABELA LOPES TOSCANO

**O CONTRIBUTO DO SERVIÇO DE APOIO
DOMICILIÁRIO PARA A QUALIDADE DE VIDA EM
MEIO RURAL E EM MEIO URBANO**

Orientadora: Prof.^a Doutora Aida Lopes Bento Esteves Ferreira

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Faculdade de Ciências Sociais, Educação e Administração
Instituto de Serviço Social**

Mestrado em Serviço Social: Gestão de Unidades Sociais e Bem Estar

Lisboa

2015

ANABELA LOPES TOSCANO

**O CONTRIBUTO DO SERVIÇO DE APOIO
DOMICILIÁRIO PARA A QUALIDADE DE VIDA EM
MEIO RURAL E EM MEIO URBANO**

Dissertação defendida em provas públicas na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, no dia 7 de dezembro de 2015, perante o júri, nomeado pelo Despacho de Nomeação n.º 362/2015, de 19 de outubro de 2015, com a seguinte composição:

Presidente:

Prof. Doutor Carlos Diogo Moreira

Arguente:

Prof.ª Doutora Maria Irene Carvalho

Orientador:

Prof.ª Doutora Aida Ferreira

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Faculdade de Ciências Sociais, Educação e Administração
Instituto de Serviço Social**

Mestrado em Serviço Social: Gestão de Unidades Sociais e Bem Estar

Lisboa

2015

É bom dar quando alguém pede, mas é melhor
ainda poder entregar tudo a quem não pediu nada

Khalil Gibran

Todo o jovem traz dentro de si o velho de amanhã

Simone de Beauvoir

AGRADECIMENTOS

A concretização deste Trabalho Final não teria sido possível sem a colaboração de um conjunto de pessoas que ao longo deste ano me ajudaram a chegar até esta fase final.

Em primeiro lugar gostaria de agradecer à Doutora Aida Ferreira, que mesmo com pouco tempo disponível sempre esteve presente quando mais precisei, e sei que, sem a sua grande compreensão, ajuda, encorajamento e orientação, este trabalho não existiria. Agradeço à Doutora Aida Ferreira pelos conhecimentos, pelas críticas, sugestões, motivação e experiência que me transmitiu ao longo deste trabalho e que foram de uma enorme relevância e fundamentais para a concretização do mesmo, como Assistente Social.

Um agradecimento à Dra. Sandra Baltazar do Centro Comunitário Paroquial de Famões e à Dra. Cláudia Antunes da Associação de Reformados, Pensionistas e Idosos “Os Ferrinhos”, que me acompanharam de forma esforçada e incondicional durante este tempo, proporcionando-me momentos de uma enorme aprendizagem.

A todos os Utentes com quem pude privar e cujas palavras sábias me acompanharão pela vida fora, o meu muito e muito obrigada!

Um agradecimento muito especial à minha querida Mãe. Foi ela que sempre me apoiou, que esteve sempre presente nos bons e nos maus momentos, foi ela que sempre teve uma palavra amiga nos momentos mais difíceis. Agradeço-lhe toda a ajuda e paciência durante todo o tempo que não lhe prestei a atenção devida. És muito especial na vida de todos nós, só posso agradecer a Deus a mãe que me deu. Que Ele esteja sempre a teu lado para te proteger e abençoar!

Quero também agradecer às pessoas mais importantes da minha vida, à minha família e a todos aqueles que me querem bem e que sempre acreditaram em mim e me apoiaram nos momentos de maior fragilidade.

A Todos a minha profunda gratidão!

RESUMO

O presente trabalho foi desenvolvido no Centro Comunitário Paroquial de Famões e na Associação de Reformados, Pensionistas e Idosos “Os Ferrinhos”.

A parte teórica do presente trabalho incidiu sobre o envelhecimento. A parte da investigação contemplou a caracterização de cada uma das instituições bem como do meio urbano e rural, tendo sido feitas entrevistas tanto aos idosos como às coordenadoras técnicas (Assistente Social e Educadora Social) do Serviço de Apoio Domiciliário.

Devido às alterações demográficas ocorridas nas últimas décadas, Portugal debate-se com uma subida no seu número de idosos, o que se tem vindo a traduzir numa necessidade de respostas sociais adequadas.

O Serviço de Apoio Domiciliário é uma resposta social 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, dando-lhes a possibilidade de conviverem com os colaboradores e voluntários que se deslocam ao seu domicílio, constituindo para muitas dessas pessoas a sua única ligação com o exterior.

O objetivo deste estudo foi o de avaliar o contributo do Serviço de Apoio Domiciliário para a melhoria da sua qualidade de vida, na perspetiva dos utentes de dois Serviços de Apoio Domiciliário (localizados em zonas distintas, sendo um considerado em zona urbana e o outro em zona rural), tentando, ao mesmo tempo perceber se os mesmos se sentem satisfeitos com o tipo de serviços que lhes é prestado.

Foi utilizada uma metodologia qualitativa que contemplou entrevistas tanto aos idosos da amostra como às coordenadoras (assistente social e educadora social) dos dois SAD selecionados, bem como observação participante e recolha de dados documentais. Do estudo feito, verificou-se a existência de um bom nível de satisfação no grupo de idosos no que se refere à sua satisfação com os serviços prestados em apoio domiciliário por ambas as instituições. O grau de satisfação manifestado é bom, sendo de salientar que o tipo de serviço prestado nas instituições vai ao encontro das necessidades dos utentes promovendo a sua qualidade de vida, quer seja localizado em zona urbana, quer seja em zona considerada rural.

Palavras-chave: Serviços de Apoio Domiciliário; utente; satisfação; qualidade de vida.

ABSTRACT

This study was developed in the Centro Comunitário Paroquial de Famões and in the Associação de Reformados, Pensionistas e Idosos “Os Ferrinhos”.

The theoretical part of this work focused on aging.

Part of the research included the characterization of each of the institutions as well as the urban and rural areas; interviews have been made both seniors and the technical coordinators (Social Worker and Social Educator) of the Home Support Service.

Due to demographic changes in recent decades, Portugal is facing an increase in their number of elderly people, which has been translated into a need for appropriate social responses, among which stand out the Home Support Services.

The Home Support Service is thus a social response that is considered by many people in situations of dependency as a way to continue entered in their usual way of life, surrounded of their affections and belongings, and at the same time, giving them the opportunity to socialize with employees and volunteers traveling to their home, or even to for many of these people their only link with the outside.

The aim of this study underwent evaluate the contribution of Home Care Services to improve their quality of life, from the perspective of users of two Home Support Services (located in different areas, one considered in urban area and the other in area rural), trying at the same time to understand if they are satisfied with the type of services provided to them.

As a data collection tool was used the semi-structured interview with the study supported by a sample of 5 users. Has also been prepared an interview to the social workers from each of the institutions.

The results indicate favorable responses at the level of user satisfaction.

Keywords: Home Support Services; user; satisfaction; quality of life.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ARPI – Associação de Reformados, Pensionistas e Idosos

B.A.- Banco Alimentar

BACaFdeL - Banco Alimentar Contra a Fome de Lisboa

CAD – Centro de Apoio a Dependentes

CAF/AAAF – Componente de Apoio à Família / Atividades de Animação e Apoio à Família

CCPF - Centro Comunitário Paroquial de Famões

CD - Centro de Dia

CLDS - Programa Contratos Locais de Desenvolvimento Social

CMO - Câmara Municipal de Odivelas,

CMS - Câmara Municipal de Sintra

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

CS (ACES) -Centro de Saúde

CSI – Complemento Solidário para Idosos

ForHum – Formação de Centro de Recursos Humanos

IEFP- Instituto Emprego e Formação Profissional

IPSS - Instituição Particular de Solidariedade Social

IRS- Instituto de Reinserção Social

ISS-Instituto de Segurança Social

JF.Famões - Junta de Freguesia de Famões

ME- Ministério da Educação.

NIPC – Número Identificação Pessoa Coletiva

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU- Organização das Nações Unidas

PAII- Programa Apoio Integrado a Idosos

PARES – Programa de Alargamento da Rede de Equipamentos Sociais

PNAI - Plano Nacional de Ação para a Inclusão

RSI - Rendimento Social de Inserção (Acompanhamento de Beneficiários).

SAD - Serviço de Apoio Domiciliário

SAD 5,7 – Serviço Apoio Domiciliário 5 e 7 dias

STA - Serviço Tele Alarme

STS – Saúde e Termalismo Sénior

ULHT - Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

INDICE GERAL

INTRODUÇÃO.....	10
CAPÍTULO I - ENVELHECIMENTO (PROBLEMÁTICA)	12
1.1 Breve Abordagem ao Envelhecimento.....	12
1.2 Idoso, Velho, Terceira Idade	15
1.3 Processos de Envelhecimento.....	17
1.3.1 O Envelhecimento cognitivo	18
1.3.2 Envelhecimento Social e Demográfico	18
1.4 Envelhecimento ativo	19
1.5 Envelhecimento e Políticas Sociais	22
CAPÍTULO II – A QUALIDADE DE VIDA EM CONTEXTO URBANO E RURAL	27
2.1 Qualidade de vida.....	27
2.1.1 Qualidade de vida no idoso	29
2.2 Envelhecimento em meio urbano e em meio rural	31
2.3 O Serviço de Apoio Domiciliário (SAD)	34
2.4 Caracterização do meio urbano e do meio rural.....	34
2.5 As Instituições sobre as quais recaiu o estudo.....	35
2.5.1 Instituição inserida em contexto urbano	36
2.5.2 Instituição inserida em contexto rural	47
CAPÍTULO III - A METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO E RESULTADOS	54
3.1 A Metodologia.....	54
3.1.1 A questão a investigar	55
3.1.2 Os objetivos	55
3.1.3 Instrumentos	56
3.2 A Análise dos dados	58

3.2.1. Sobre a análise dos dados	58
3.2.2. A caracterização da amostra	58
3.3 Apresentação dos resultados da Investigação.....	59
3.3.1. O SAD visto pela Assistente Social e pela Educadora Social.....	60
3.3.2. Análise das entrevistas realizadas aos Utentes das Instituições	67
Conclusão	72
Bibliografia	76
Apêndices.....	I
Apêndice I – Carta de apresentação	II
Apêndice II – Guiões de entrevista (Assistente Social, Educadora Social e Utentes) .	III
Apêndice III – Transcrição integral das entrevistas (Assistente Social e Educadora Social).....	IX
Apêndice IV – Grelhas de análise	XXIV
Apêndice V - Transcrição integral das entrevistas aos Utentes.....	XLII
Apêndice VI – Grelhas de análise	LX

Índice de Quadros

Quadro 1 – Natureza jurídica, missão e objetivos do CCP de Famões	38
Quadro 2 – Recursos humanos do CCP de Famões	39
Quadro 3 – Horário do CCP de Famões e horário do SAD.....	41
Quadro 4 – Identificação dos membros da Direção e C.Fiscal do CCP de Famões.....	46
Quadro 5 – Natureza jurídica, missão e objetivos da Associação “Os Ferrinhos”	48
Quadro 6 – Recursos humanos da Associação “Os Ferrinhos”	48
Quadro 7 – Horário e tipo de serviços de SAD da Associação “Os Ferrinhos”.....	51
Quadro 8 – Identificação dos elementos da Direção da Associação “Os Ferrinhos”	52
Quadro 9 – Comparação das respostas sociais das duas Instituições em estudo.....	53
Quadro 10 – Objetivos gerais e específicos da investigação.....	56
Quadro 11 – Comparação entre os serviços prestados aos utentes de SAD.....	61
Quadro 12 – Comparação dos serviços prestados ao nível de voluntariado	63
Quadro 13 – Média de idades e género predominante dos utentes de SAD.....	64
Quadro 14 – Perceção das responsáveis das Instituições sobre onde existe melhor qualidade de vida	65
Quadro 15 – Tipo de serviços prestados aos utentes de SAD meio urbano e rural.....	68
Quadro 16 – Satisfação dos utentes quanto à qualidade dos serviços prestados em SAD em meio urbano e rural.....	70
Quadro 17 – Opinião dos utentes quanto à existência de melhor qualidade de vida	71

Introdução

A presente dissertação insere-se no âmbito do Mestrado em Serviço Social: Gestão de Unidades Sociais e Bem-Estar da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias (ULHT).

A escolha da problemática incidu sobre o envelhecimento humano, bem como as possíveis respostas sociais existentes e que contribuem para uma melhor qualidade de vida das pessoas idosas. O tema foi o envelhecimento e como dentro do mesmo existem vários tipos, este estudo incide sobre o envelhecimento ativo, englobando também a definição de idoso e fazendo referência a algumas respostas sociais.

Dentro das respostas sociais, centra-se na resposta social de Serviço de Apoio Domiciliário fazendo uma comparação entre uma instituição de Serviço de Apoio Domiciliário rural e uma instituição de Serviço de Apoio Domiciliário urbano. Além de pertinente, é de grande importância para o Serviço Social português, visto que a população portuguesa está cada vez mais envelhecida e daí a necessidade de tentar encontrar uma resposta para as carências detetadas e aos diversos problemas que as famílias apresentam e, ao mesmo tempo, proporcionando soluções que permitam dar um nível de vida mais equilibrado e saudável a todos os cidadãos, mantendo-os nos seus lares, junto dos seus familiares mais chegados e dos pertences de uma vida.

Segundo Oliveira (2005), é necessário que sejam adotadas medidas que proporcionem uma velhice com mais qualidade, pelo que se torna de grande utilidade a realização de trabalhos sobre o envelhecimento visto que os mesmos são uma forma de contribuir para a desmistificação de estereótipos existentes acerca dos idosos.

O objetivo desta investigação vem assim no sentido de tentar compreender se o Serviço de Apoio Domiciliário contribui para o aumento da qualidade de vida dos seus utentes e se sim, onde é que essa qualidade de vida é mais percecionada por esses mesmos utentes (em meio urbano, em meio rural, ou em ambos).

O trabalho foi desenvolvido no Centro Comunitário Paroquial de Famões (CCFP), que se localiza na Freguesia de Famões, concelho de Odivelas e na Associação de Reformados, Pensionistas e Idosos “Os Ferrinhos”, que fica situada na freguesia de Almargem do Bispo, no concelho de Sintra.

Numa fase inicial foi feita uma visita a cada uma das Instituições. Posteriormente, e com vista à caracterização das instituições, através da metodologia qualitativa, realizaram-se

entrevistas às diretoras técnicas das valências de apoio domiciliário, o que possibilitou à mestranda ter um conhecimento mais aprofundado da realidade e dinâmica de cada uma das Instituições, tendo-se constituído como um momento único de contacto com a forma de funcionamento de um Serviço de Apoio Domiciliário.

O trabalho foi desenvolvido por observação direta da dinâmica do SAD, por entrevistas semiestruturadas (assistente social, educadora social e utentes), e ainda por pesquisa documental. Toda a informação recolhida nas entrevistas foi posteriormente tratada qualitativamente através da análise de conteúdo.

Com o trabalho académico pretende-se, acima de tudo, apreender conhecimentos, quer práticos quer teóricos, que nos capacitem e proporcionem bases sólidas para uma mais fácil inserção no mundo do trabalho.

Como forma de introdução, inicia-se por uma breve contextualização do local das instituições que se revela pertinente para permitir uma maior compreensão do contexto da mestranda na medida em que este permite ou condiciona a execução de determinadas ações.

Esta Dissertação é constituída por três capítulos sendo eles:

No primeiro capítulo, o presente trabalho, faz uma breve abordagem ao envelhecimento.

No segundo capítulo, foi feita uma visita a cada uma das Instituições, com vista à caracterização das mesmas. Caracterização do meio Urbano e meio Rural. Menciona-se o tema de qualidade de vida.

No terceiro, e último capítulo é apresentada a metodologia utilizada, bem como a identificação dos objetivos gerais e específicos. Por último procede-se à apresentação dos resultados da investigação.

Tendo em conta que o desenvolvimento harmonioso de qualquer sociedade passa pelo progresso económico e melhoria da qualidade de vida, e estes só se tornam possíveis através de ações concertadas de carácter cultural e social, surge como alternativa, à falta de capacidade do Estado, a resposta da Sociedade Civil, através da criação de Instituições de Solidariedade Social – IPSS e/ou outras Associações privadas.

O objetivo deste trabalho é unir a teoria à prática de modo a viver novas experiências, conhecer as necessidades e articular respostas com os recursos existentes. Um contacto com o mundo profissional irá contribuir para o desenvolvimento de competências a utilizar num futuro próximo.

CAPÍTULO I – ENVELHECIMENTO (PROBLEMÁTICA)

O primeiro Capítulo tem como objetivo apresentar as temáticas fundamentais da investigação. Assim, serão abordados pontos relacionados com o envelhecimento, iniciando-se com uma breve abordagem, passando pela definição de idoso, pelos processos de envelhecimento, pelo envelhecimento ativo e terminando o capítulo com as políticas sociais na área do envelhecimento.

1.1 Breve Abordagem ao Envelhecimento

O envelhecimento do ser humano é uma etapa do ciclo de vida que está aliado ao desgaste físico e mental depois de atingida a idade adulta. Deste modo, o envelhecimento vai acontecendo associado à passagem do tempo. Este processo é irreversível e incontornável. Define-se como um conjunto de processos biológicos, psicológicos e sociais interdependentes que se desenrolam ao longo da vida, desde a concepção até à morte.

“O processo de envelhecimento apresenta três componentes; uma componente biológica, que reflete uma vulnerabilidade crescente e de onde resulta uma maior probabilidade de morrer; uma componente social, relativa aos papéis sociais apropriados às expectativas da sociedade para este nível etário; uma componente psicológica, definida pela capacidade de auto-regulação do indivíduo face ao processo de senescência.” (Fonseca, 2006, p.55)

Também para Almeida (1999), o envelhecimento tem três componentes: o envelhecimento biológico, o envelhecimento social e o envelhecimento psicológico. O primeiro resulta da vulnerabilidade crescente e de uma maior probabilidade de morrer, e que se denomina por senescência. O envelhecimento social relaciona-se com os papéis sociais apropriados às expectativas da sociedade para este nível etário. O envelhecimento psicológico é definido pela autorregulação do indivíduo no campo de forças, pela tomada de decisões, adaptando-se ao processo de envelhecimento.

Na mesma ordem de ideias, Paúl, 1991, cit. Almeida, 1999, afirma que se podem considerar três tipos de idade: a cronológica, a social e a psicológica. A idade cronológica é medida pelas capacidades funcionais ou vitais e pelo limite de vida dos sistemas orgânicos. A idade social refere-se aos papéis e hábitos que o indivíduo assume na sociedade. A idade psicológica refere-se às capacidades comportamentais do indivíduo em se adaptar ao meio.

Esta é influenciada por fatores biológicos e sociais e envolve capacidades como a memória, a aprendizagem, a inteligência, as habilidades, os sentimentos, as motivações e as emoções. Ainda segundo o mesmo autor, envelhecimento é um fenómeno multidimensional resultante da ação de vários mecanismos. Os biólogos definem o envelhecimento como uma série de mudanças letais que diminuem a possibilidade de sobrevivência do indivíduo.

Mailloux-Poiriér (1995), explicando o complexo processo de envelhecimento, cria teorias gerais do envelhecimento biológico e teorias do envelhecimento psicossocial. Ainda segundo o mesmo autor nas teorias do envelhecimento biológico, julga-se que o envelhecimento é um fenómeno multidimensional resultante da ação de vários mecanismos como a disfunção do sistema imunológico, programação genética, lesões celulares, modificações ao nível da molécula do ADN e controlo neuro-endócrino da atividade genética.

“A senescência é definida habitualmente como o conjunto dos processos biológicos que, conforme a idade avança, torna os indivíduos mais sensíveis aos fatores susceptíveis de levar á morte”. (Vaz, 2008, p.28).

“O envelhecimento individual é um processo natural e contínuo que se inicia desde a conceção, acompanhando o desenvolvimento do indivíduo até ao fim da sua vida”¹.

Este processo, que é influenciado por fatores que se prendem com questões ambientais, sociais, familiares e profissionais, faz parte do percurso de vida de cada indivíduo e vai condicionar a maneira como envelhecemos. Envelhecer no masculino não é igual a envelhecer no feminino, assim como não é igual envelhecer sozinho ou no seio familiar. Há várias e distintas formas de envelhecer:

“O processo biológico/primário decorre de senescência normal sem lesões; o secundário do aparecimento de lesões patológicas de repetição, à medida que a idade avança e por último, o psicológico, fruto da diminuição das capacidades cognitivas”².

Em “Teoria do Desenvolvimento” de Erik Erickson³, um dos pioneiros nos estudos sobre o desenvolvimento humano durante toda a vida, “o desenvolvimento processa-se ao longo da vida e o sentido da identidade de uma pessoa desenvolve-se através de uma série de estágios psicossociais durante toda a vida”⁴.

¹ <http://www.psicologia.com.pt>

² *ibidem*

³ Erik Homburger Erickson, foi o psiquiatra responsável pelo desenvolvimento da Teoria do Desenvolvimento Psicossocial na Psicologia e um dos teóricos da Psicologia do desenvolvimento. Fonte: [http://www.infopedia.pt/\\$erik-erikson](http://www.infopedia.pt/$erik-erikson)

⁴ <http://humanamente.no.comunidades.net>

Ainda para o mesmo autor, a terceira idade corresponde à integridade/integração do eu versus desespero/desintegração coincidindo com o início da velhice a partir dos 65 anos. Se o sujeito superou bem os estádios anteriores, atingiu a plenitude da sua integridade que compreende a aceitação e responsabilidade pela vida, o reconhecimento da integridade dos outros e a modéstia frente ao universo, tudo acabando na sabedoria que leva a aceitar as limitações e a própria morte. Caso contrário, cresce o medo da morte e sentimentos de desespero frente à impossibilidade de recomeçar toda uma nova vida. Numa abordagem bem mais otimista, Philibert (1989) refere:

“ (...) O aspeto mais original do envelhecimento humano não reside, nem na morte celular, nem no desgaste dos tecidos, nem na diminuição das funções ou dos recursos, nem simplesmente na acumulação de conhecimentos e experiência, mas na possibilidade que uma vida mais longa oferece de multiplicar, enriquecer e refazer, à medida que se avança na idade, as reinterpretações das experiências passadas, dos projetos e das esperanças”⁵.

Segundo Martins (2005), a sociedade contemporânea rege-se pelos valores materiais e apenas privilegia os indivíduos no ativo e, deste modo, o idoso é excluído devido à sua falta de autonomia, o que o isola levando-o a uma dependência ainda maior. Assim, o envelhecimento, enquanto fenómeno, tornou-se num problema social e tem conduzido a estudos para encontrar soluções e políticas de velhice que são o conjunto de intervenções e ações públicas, cuja finalidade se resume em estruturar de forma explícita ou implícita as relações entre a velhice e a sociedade.

O declínio das taxas de fecundidade e de mortalidade associadas às conquistas médico-tecnológicas têm possibilitado a prevenção/cura de doenças (Souza & Chaves, 2005) e conseqüentemente provocado o aumento do envelhecimento populacional. Esta situação é bastante preocupante quando refletimos sobre a capacidade das estruturas económicas, sociais e políticas para lidar com os impactos desta transição demográfica, de forma a garantir uma qualidade de vida adequada à crescente população de idosos (Freitas, 2004 cit. Tomasini, 2005).

A par do aumento do envelhecimento populacional, surge o aumento do número de idosos institucionalizados, sendo a opção pela institucionalização uma solução cada vez mais encontrada pela sociedade portuguesa. Neste âmbito, a institucionalização é considerada, por ordem decrescente, a terceira resposta social com mais peso (20%) entre as várias valências, reconhecidas pela Segurança Social. A inadequação das estruturas técnicas ou mesmo da

⁵ <http://www.universitas.pt/>

sociedade, que ainda se está a adaptar a esta realidade, pode assim levar a que alguns idosos abandonem a preocupação de se manterem participativos no ambiente social em que vivem, entregando-se à reforma de forma passiva, inativa e cada vez menos reflexiva, o que pode representar um prejuízo incondicional à sua saúde mental e física, e ser um factor de risco para o declínio cognitivo e demência.

1.2 Idoso, Velho, Terceira Idade

Para a identificação e a justificação da problemática é necessário começar por desmembrar o conceito de idoso. Trabalhar com o conceito de idoso faz necessariamente, estabelecer duas diferenciações clássicas: envelhecimento e velhice.

O envelhecimento é inflexível. É um processo que se inscreve no tempo do nascimento à morte. É um fenómeno que percorre toda a história da humanidade, mas apresenta características diferenciadas de acordo com a cultura, com o tempo e com o espaço. A velhice seria a última fase do ciclo vital, para designar pessoas idosas. A Organização das Nações Unidas (ONU, 1985) demarca o início da velhice às pessoas com 65 anos de idade nos países desenvolvidos e 60 anos de idade, para os países em desenvolvimento. Definir a categoria velhice é, na realidade, uma questão complexa, pois implica múltiplas dimensões: a biológica, a cronológica, a psicológica, a existencial, a cultural, a social, a económica, a política, entre outras.

Na *Historia da Velhice*, de Minois (1987), constata-se que a temática do envelhecimento surge com muita frequência no Antigo Testamento. Há uma ideia sobre a longevidade máxima do ser humano que se aproxima da dos nossos dias e aponta para 120 anos como limite (Génesis, 6,3), embora para Samuel (Sal, 90, 10) a ideia de longevidade se reduza aos 70 ou 80 anos. São inúmeras as referências a idosos vigorosos, mas também se referem as perdas de vigor sexual e as perdas sensoriais, nomeadamente da visão. A leitura histórica sobre as representações dos idosos em vários tempos e contextos é diversificada, surgindo-nos imagens em que os idosos são respeitados e valorizados e outras em que são ridicularizados e alvo de chacota.

O envelhecimento também ocupou os filósofos, enquanto tema de reflexão e de vivência pessoal. Platão (427 – 347 a. C) considerava o resultado do envelhecimento uma continuidade da vida de jovens e adultos, numa lógica bem atual de que se envelhece como se viveu. Não existe conformidade de pontos de vista científicos nem do senso comum quanto à idade cronológica que socialmente determina a passagem da condição de adulto à de idoso, “

(...) uma vez que o envelhecimento ocorre a vários níveis e varia de pessoa para pessoa” (Pimentel, 2001, p.52).

A condição de ser idoso compreende-se na sequência das histórias de vida e corresponde a padrões diversificados de comportamentos e contextos. As várias formas de envelhecer incluem idosos bem-sucedidos e ativos, mas também idosos incapazes, cuja autonomia está limitada pela doença e pelo contexto onde vivem. A complexidade do processo de envelhecimento e a heterogeneidade dos resultados emergem tanto em termo da qualidade de vida, como de outros indicadores psicossociais. Há, contudo, aspetos recorrentes que parecem ser transversais como o sentimento de solidão, provavelmente resultado mais partilhado da singularidade de cada experiencia individual.

Ainda, quando nos referimos às pessoas mais velhas, deparamo-nos com muitas designações: “velhos”; “pessoas de idade”; “reformados”, “terceira ou quarta idade”, entre outras. Nas várias e diferentes pesquisas feitas para definir “idoso”, foi interessante a descoberta da abordagem sob o ponto de vista filosófico. Enquanto na Antiguidade, a idade da velhice se iniciava depois dos 50 anos, sem qualquer outra distinção, a Organização Mundial da Saúde classifica o envelhecimento em quatro estágios: a meia-idade de 45 a 59 anos, o idoso de 60 a 74 anos, o ancião de 75 a 90 anos, e a velhice extrema de 90 anos em diante. Para a Organização das Nações Unidas – ONU (1982), ser idoso difere para países desenvolvidos e para países em desenvolvimento.

“Nos primeiros, são considerados idosos os seres humanos com 65 anos e mais; nos segundos, são idosos, aqueles com 60 anos e mais. Essa definição foi estabelecida pela ONU, em 1982 através da Resolução 39/125, durante a Primeira Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento da População, relacionando-se com a expectativa de vida ao nascer e com a qualidade de vida que as nações propiciam a seus cidadãos”⁶.

Segundo a autora Constança Paúl, há muito que a idade dos 65 anos deixou de ser um indicador determinante do início da velhice, na medida em que é preciso ter em conta “(...) as trajetórias desenvolvi mentais a que cada um esteve sujeito ao longo da sua vida” (Paúl, 2005. p.16).

Em Portugal é considerado idoso uma pessoa que tenha atingido os 65 anos, que é idade atualmente prevista para a reforma do cidadão. Para muitos autores a vida não acaba, nem começa aos 65 anos, apenas continua. No entanto, com o avanço dos anos a partir da

⁶ <http://www.portaldoenvelhecimento.net>

idade referida, o idoso tende a ter uma vida social cada vez mais limitada e a família torna-se no núcleo central da vida deste ser humano.

Contudo cada vez mais surgem respostas sociais que visam a institucionalização do idoso e isto pode estar relacionado com os cuidados de assistência médica ou com um aspeto de cariz social. Nas residências para idosos, nomeadamente em lares, deve existir uma preocupação com o bem-estar destas pessoas.

1.3 Processos de Envelhecimento

O declínio fisiológico e a frequência de doenças são dois fenómenos que não têm de ser necessariamente coincidentes, embora ambos se possam influenciar. O fato é que a velhice humana se traduz numa redução das capacidades funcionais ao longo do curso do tempo, tal como em todos os organismos vivos. Como fenómeno biológico, o envelhecimento tem sido interpretado em ligação com teorias que explicam as causas do envelhecimento celular e do aparecimento de perturbações de saúde que faz com que diminua a probabilidade de sobrevivência à medida que a idade avança.

“A razão para o envelhecimento se produzir está na incapacidade das células do corpo humano se poderem substituir a si mesmas e, por conseguinte, morrerem ou perderem gradualmente uma parte da sua função. Este processo é provocado, não só por fatores intrínsecos das células, mas também por fatores extrínsecos relacionados, nomeadamente, com o ambiente ou com a organização hormonal”
(Vaz, 2008. p.28)

Para a teoria psicológica do ciclo vital ao longo da vida existe um equilíbrio entre o crescimento e o declínio. Na velhice, o declínio ocorre em maior proporção do que o crescimento, mas é necessário ter capacidade para compensar o declínio através de manipulações externas ou com exercício. Existe uma grande variedade entre os idosos sobre a forma como assumem o envelhecimento, podendo acontecer de três modos: normal; patológica e a bem sucedida.

Algumas vezes a psicologia está relacionada com os estereótipos ou com as imagens menos positivas associadas, caracterizado pela ausência de futuro e de capacidade de transformação em relação ao bem-estar.

1.3.1 O envelhecimento cognitivo

O envelhecimento cognitivo preferencialmente em termos de processo, ou seja, em termos de evolução ao longo da vida, poderá ser compreendido como o ciclo de vida. A inteligência fluida ou mecânica e a inteligência cristalizada ou pragmática estão subjacentes aos conhecimentos académicos e às mais diversas aquisições de ordem cultural, estando aqui a inteligência diretamente ligada a um produto de conhecimento cultural.

Diversos autores, seguidores ou próximos de uma perspetiva de ciclo de vida (Baltes, 1987) têm assinalado que a dimensão cognitiva é aquela que, provavelmente, mais contributo oferece para compreendermos a grande variabilidade do processo de envelhecimento. Com efeito, os autores Lachman & Baltes (1994) assinalam que a par com um certo declínio no desempenho de funções cognitivas (nomeadamente, em termos de velocidade de processamento de informação e resolução de tarefas com maior grau de complexidade e ou novidade), noutras domínios de atividade como o profissional, onde a experiência e o saber acumulados desempenham um papel importante, os indivíduos idosos podem exibir uma maior capacidade de realização, por exemplo, no campo da resolução de problemas;

1.3.2 Envelhecimento social e demográfico

De acordo com esta perspetiva, (...)

“O envelhecimento demográfico vai corresponder às alterações que, relativas à estrutura etária da população, se traduzem por um aumento da importância relativa dos idosos (envelhecimento no topo), por uma diminuição da importância relativa dos jovens (envelhecimento na base) ou por ambas as situações” (Barreto, 1996, p.192).

Com a reforma assiste-se à finalização de uma atividade profissional e de uma fonte de estimulação. Além disso, é muito comum haver também uma diminuição do contato com os colegas de trabalho.

Importa, tendo em atenção que o nosso contexto de intervenção é público, referir a distinção existente entre o setor público e privado das instituições para idosos. O setor público distingue-se do setor privado, por apresentar uma necessidade de coordenação inter-institucional que não é característica do setor privado, o setor público encontra-se igualmente muito mais aberto à opinião pública, mais regrado, normalizado, definido por leis e disposições que regulamentam o funcionamento quotidiano. As organizações privadas têm

objetivos mais definidos e um menor grau de formalização, e não estão tão submetidas a condicionamentos, dispondo de uma maior liberdade para introduzir mudanças organizativas.

Esta nova realidade obrigou a uma alteração do estereótipo das pessoas idosas vistas como um grupo etário que nada têm para oferecer à sociedade do presente. As pessoas idosas de um futuro não muito longínquo, vão exigir aos responsáveis públicos políticas sociais e o seu reconhecimento e participação ativa na sociedade. Além disso, este setor da população começa a adquirir uma certa relevância pública, quer pelo seu poder económico, quer pelo poder político. O seu poder político, do ponto de vista quantitativo, reside no contributo decisivo para a manutenção do lugar de poder, o que determina o entendimento da terceira idade como um conteúdo imprescindível no programa eleitoral de todos os partidos políticos. Ser idoso é uma condição plural dos indivíduos que têm o privilégio de experimentar vidas longas.

A política relativa aos idosos deve basear-se num conhecimento aprofundado das suas realidades e da respetiva condição psicológica, social e económica. Para isso, não basta saber quantos são e qual o valor das (baixas) pensões de reforma que recebem. Até mesmo esse índice objetivo tem um peso referencial se estivermos a focar um idoso residente em Lisboa, num monte alentejano ou numa aldeia nortenha.

1.4 Envelhecimento ativo

No contato diário com as pessoas mais velhas, facilmente constatamos que existem formas distintas de envelhecer. Um envelhecimento satisfatório, bem-sucedido ou ativo não depende exclusivamente de fatores como a sorte ou património genético. Depende de cada um de nós, das ações e responsabilidades individuais. A saúde, mas também os padrões comportamentais e os afetos, as amizades, e os contextos de vida, o tempo socioeconómico e histórico que experienciamos, tendem a confundir-se com os resultados dos percursos individuais, num balanço constante entre os fatores da pessoa e do meio, mediados por significados e valores.

De um ponto de vista mais abrangente, a abordagem do envelhecimento ativo reconhece a importância dos direitos humanos das pessoas mais velhas e dos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e autorrealização estabelecidos pela ONU. Assim o envelhecimento requer ações ao nível de três pilares básicos: a saúde, a segurança e a participação social.

A promoção do envelhecimento ativo é uma prioridade. À medida que a idade avança envolve atividade física, estímulo cognitivo, e a interação com os outros. Ser idoso ativo é uma mais-valia para a sociedade em geral.

“...A noção de envelhecimento ativo, proposta pela OMS, como objetivo das políticas sociais e de saúde, definida enquanto processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, remete para a ideia de melhoria da qualidade de vida conforme as pessoas envelhecem” (Osório, 2007.p.59)

O objetivo do envelhecimento ativo é de desenvolver uma nova atitude, uma nova maneira de viver a velhice, desenvolver novos padrões de socialização. O século XXI irá ser catalogado do século do idoso no mundo ocidental porque o envelhecimento da população é um fenómeno observado na maioria dos países. Este processo interessa a todos, em primeiro lugar aos já idosos, mas também, a todos os que vêm atrás, mesmo as crianças, que amanhã serão também velhos. (Oliveira, 2010).

A promoção do envelhecimento ativo constitui hoje uma estratégia prioritária no âmbito do Programa Nacional de Saúde das Pessoas Idosas do Ministério da Saúde, mobiliza organizações não-governamentais, autarquias, universidades, grupos de cidadãos e configura estratégias sociais e políticas não só para acrescentar mais anos de vida, mas para acrescentar qualidade aos anos de vida que se ganham com o aumento da esperança de vida, média de vida das populações e das idades mais avançadas (Ribeiro,1999).

A problemática crucial dos idosos na sociedade atual, e em particular na família, é hoje mais cadente, não só pela percentagem cada vez maior de idosos em comparação com outras faixas etárias, mas também pelo abandono a que podem ser votados. Por outro lado a família está a sofrer profundas transformações ou mesmo grave crise. Assim sendo, qual é o futuro para os idosos? (Oliveira, 1999, p. 101).

As atividades lúdico-recreativas tornam o idoso mais ativo e à medida que a idade avança, também já não se limita à prática de atividade física, mas envolve o estímulo cognitivo, a saúde mental, a interação com os outros, uma alimentação saudável, o convívio com outras gerações, a prevenção de acidentes, o reconhecimento do direito ao afeto, dignidade e respeito. Estas são abordagens que se terão de interiorizar como uma medida social e política a tomar, uma vez que pelas circunstâncias de fenómenos do aumento da esperança de vida, têm que ser pensadas e dinamizadas na nossa sociedade atual.

A vida adulta constitui, entre todas as fases do ciclo de vida do homem, na mais longa, e a que ao mesmo tempo não se encontra tão exaustivamente desenvolvida em relação a outras fases de desenvolvimento (Marchand, 2001), pois o seu estudo apenas foi iniciado na

década de 50 (Novo, 2000). A tentativa de diferenciar etapas ou períodos de idade e identificar marcadores objetivos (biológicos, psicológicos, funcionais ou sociais) da passagem do tempo sobre o organismo humano tem constituído um objetivo difícil de alcançar. A idade biológica indica a posição do indivíduo em relação ao seu potencial de vida residual; a idade social indica a posição do sujeito relativamente aos papéis que desempenha; a idade funcional, por sua vez indica a capacidade de adaptação do indivíduo ao seu ambiente (Novo, 2000).

As teorias mais recentes do envelhecimento concebem-no como um processo que decorre do nascimento até à morte e que, mesmo na velhice é possível dar continuidade ao processo de diferenciação e de integração do funcionamento psicológico (Novo, 2000). A velhice é também, uma etapa da vida aberta à mudança, sensível a diversas fontes de influência.

A velhice está também bastante associada à dinâmica de ganhos e de perdas, sendo que por estas podemos não só nos reportar à questão das perdas psicológicas, cognitivas e físicas, como também a perdas de natureza afetiva, existindo igualmente ganhos, novas aquisições e reorganizações que contrariam as ditas perdas. No processo de envelhecimento o organismo apresenta um decréscimo das suas capacidades, o que resulta numa vulnerabilidade biológica, social, económica e espiritual, consideradas propícias para tornar os idosos mais susceptíveis às doenças e à institucionalização (Marin, Barbosa, Takitane cit. Jannuzi & Cintra, 2006).

Independentemente do carácter mais ou menos stressante dos acontecimentos, os indivíduos idosos são sempre agentes ativos, não estando por isso condenados a sofrer de forma passiva um eventual impacto negativo destes sobre as suas vidas (Fonseca, 2004). Esta postura ativa é claramente manifestada por muitos idosos que aparentam não estar demasiado dependentes do passado, o qual não constitui num fator bloqueador do seu desenvolvimento enquanto idoso. Com base no conhecimento atual, conclui-se que os aspetos básicos para um envelhecimento bem-sucedido continuam a ser os hábitos de vida física e psicológica saudável, indicando a dieta alimentar, o exercício, os estímulos intelectuais e o envolvimento social, como fundamentais para a manutenção do mesmo. O adotar de uma vida ativa desde há muito está ligado a outro aspeto do desenvolvimento e a outras variáveis internas que também parecem facilitar a conquista de um envelhecimento bem-sucedido, as quais são a coerência, o controlo e a capacidade adaptativa. Assim, parece de extrema importância que

mesmo em idades mais avançadas as pessoas sejam ativas e desempenhem funções que impeçam um declínio mais acentuado das suas capacidades.

Em Portugal qualquer homem ou mulher que tenha idade igual ou superior a 65 anos é associado como idade de reforma ou seja entrou na terceira idade e por essa razão deixa de pertencer ao conjunto da população ativa e passa a fazer parte da população não ativa.

“O envelhecimento da população configura-se como uma tendência mundial na pós-modernidade” (Oliveira, 2010, p.105), e esta é uma realidade incontestável, pois o desenvolvimento da medicina fez com que fosse possível a esperança média de vida aumentar. Mas a realidade é que grande parte da população idosa não tem a devida atenção por parte da sociedade. “O envelhecimento está pois intimamente ligado ao processo de desenvolvimento económico, social e cultural, o qual condiciona as condições de vida da população” (Guimarães, 1999, p. 31) ou seja, o envelhecimento interfere no conjunto total da sociedade, quer em termos económicos (reformas), quer sociais (necessidades de apoio), quer ainda culturais (valores para a sociedade).

Com a mutação de conceito de família, em que atualmente predominam as famílias monoparentais⁷ ou as famílias nucleares⁸, o idoso torna-se um entrave para a sua família, derivado, na grande maioria dos casos, às suas patologias que estão relacionadas com o processo de envelhecimento, o que comporta quase inevitavelmente o risco da exclusão social, isolamento e solidão. Antigamente o conceito de família era: família extensa⁹ ou parental, sendo que os filhos eram a fonte de rendimento dos pais na velhice, pois não havia reformas ou outros rendimentos.

1.5 Envelhecimento e Políticas Sociais

Através do Despacho Normativo n.º 62/99 de 12 de Novembro o Governo incluiu nas suas preocupações a melhoria do bem-estar da população, com prioridade para as pessoas que, pelas suas características físicas, psicológicas ou sociais, se encontrem em situação de especial vulnerabilidade ou com autonomia limitada.

⁷ Famílias monoparentais – Composta apenas por um progenitor (Mãe ou Pai) devido a vários motivos: divórcio, viuvez ou abandono.

⁸ Famílias Nucleares – Composta pelos dois progenitores (Mãe e Pai) e Filho ou Filhos

⁹ Família Extensa – Composta por vários membros de família, pode ir até à 3ª geração.

O direito à proteção social na velhice está consagrado na Constituição da República Portuguesa de 1976 – artigo. 63º “ Todos têm direitos à segurança social...O sistema de segurança social protege os cidadãos na doença, velhice, invalidez, viuvez e orfandade, ...”

O artigo 72º da Constituição é dedicado aos idosos e diz respeito à Terceira idade:

As pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem e superem o isolamento ou marginalização social.

A política de terceira idade engloba medidas de carácter económico, social e cultural tendentes a proporcionar às pessoas idosas oportunidades de realização pessoal, através de uma participação ativa na vida da comunidade.

Até ao final da década de 60, os problemas da população não foram objeto de uma política social específica pelo que a proteção social dos indivíduos deste grupo etário se revela quase inexistente. Quando se fala de política social, deve-se ter em conta que é uma disciplina científica, da área das ciências sociais, que estuda o bem-estar através da ação social. A política social remete para a responsabilidade institucional pública e dos governos pelo bem-estar da sociedade. As políticas permitem valorizar o ser humano e a promoção social, satisfazendo as necessidades humanas combatendo as desigualdades sociais.

Considerando os dados da Comissão Europeia, “em 2020, cerca de 25 por cento da população europeia terá mais de 65 anos”¹⁰.

Tendo também em conta os dados da OMS (Organização Mundial de Saúde), prevê-se que em 2025 “... existirão 1,2 biliões de pessoas com mais de 60 anos, sendo que os muito idosos, com 80 ou mais anos, constituem o grupo etário de maior crescimento”¹¹. Os idosos já representam, atualmente, um importante fenómeno a ter em conta na definição das políticas sociais.

Inserida nos vários domínios da política social, a assistência social, enquanto garantia de direitos dos cidadãos, surge do compromisso entre o Estado e as questões sociais. Como refere Rodrigues (1999), considera-se que o direito à assistência social, que emergiu no início do século XX, assenta na base da solidariedade social, no campo das desigualdades e na crença na sociedade, o que, para Rosanvallon, se constitui direito-limite na medida em que “caracteriza as condições de acesso à assistência social, enquanto direito subjetivo, baseado no direito à vida” (Rodrigues, 1999, p.95).

¹⁰ <http://saude.sapo.pt/artigos>

¹¹ <http://www.scielosp.org>

Assim, entre os anos 1960 e 1974 foram desenvolvidas ações no âmbito da manutenção e melhoramento nos estabelecimentos asilares, formação de pessoal e programas concertados de financiamento que permitissem a todos os cidadãos o direito à reforma e a outras prestações no âmbito da Segurança Social. Na área da ação social, o programa do governo dá especial atenção à criação de pequenas unidades residenciais, de uma unidade por cada concelho. É criada a resposta de Centro de Dia a partir da qual se procura prestar serviços de ajuda doméstica domiciliária.

Em 1995, mantendo as orientações anteriores, são definidas novas formas de intervenção. Incrementa-se o apoio aos prestadores de cuidados informais e incentiva-se o desenvolvimento dos Serviços de Apoio Domiciliário.

No sentido de potenciar o desenvolvimento pessoal, são mantidos outros equipamentos sociais - Centros de dia, Centros de convívio, Centros de férias, Lares, Residência (Módulos Profissionais, Envelhecimento e Ação Social, 2001, p.63).

“Até então considerada como um encargo para as famílias nucleares, a assinatura deste documento veio transferir para o Estado a responsabilidade de promover, proporcionar e garantir, condições que evitem e superem o isolamento e a marginalização através de medidas que visem o bem-estar social”.¹²

O aumento da importância das pessoas idosas e cada vez mais o seu empenho e participação conduz a que se defendam os seus direitos enquanto cidadãos tal como também na promoção da qualidade da oferta de serviços.

As políticas sociais referentes a equipamentos e serviços na área da população idosa e no âmbito da Segurança Social são assim as seguintes:

- Pensão social de invalidez e de velhice
- Pensão social de invalidez
- Pensão social de velhice
- Complemento extraordinário de solidariedade
- Pensão de viuvez
- Subsídio de morte
- Pensão de sobrevivência
- Complemento de dependência

¹² <http://jorgesampaio.arquivo.presidencia.pt/pt/republica/constituicao/index.html>

Para além de ajuda financeira, há outros tipos de ajuda, e caso haja necessidade existem complementos tais como equipamentos e programas que procuram dar respostas às necessidades da população idosa.

O PNAI - Plano Nacional de Ação para a Inclusão 2006-2008, através do Programa PARES e do Programa de Cuidados Continuados, satisfaz uma das dimensões chave: a exclusão dos idosos. Através da união de esforços financeiros e de organização, o Programa PARES

“ (...) Criará até 2009, mais 19.000 vagas em lar, centro de dia e apoio domiciliário, enquanto o Programa de Cuidados Continuados pretende responder, “ (...) de forma articulada e integrada, às necessidades das pessoas com dependência, tendo como objetivo último promover a autonomia, o bem-estar e a qualidade de vida destes cidadãos”.

O PAII – Programa de Apoio Integrado a Idosos¹³, criado por despacho dos Ministros da Saúde e do Emprego e Segurança Social – Diário da República, nº 166, II Série, de vinte de Julho de 1994, assegura, através de Parcerias, o financiamento de outras medidas de proteção social, como a criação de estruturas de proximidade: Serviços de Apoio Domiciliário Integrado e Unidades de Apoio Integrado, para garantir o atendimento adequado à pessoa idosa em situações de grande dependência, assegurando a oferta de cuidados de carácter urgente e permanente e visando manter a autonomia do idoso no seu ambiente habitual de vida, prevenindo o isolamento, a exclusão e a dependência. Fundamentado na importância da dimensão social, este projeto destina-se a pessoas com 65 e mais anos, famílias, vizinhos, voluntários, profissionais e comunidade em geral¹⁴. O PAII promove vários projetos, de entre os quais se destacam:

- Serviço de Apoio Domiciliário – SAD
- Centro de Apoio a Dependentes - CAD/ Centro Pluridisciplinar de Recursos
- Formação de Centro de Recursos Humanos - FORHUM
- Serviço Tele Alarme - STA
- Saúde e Termalismo Sénior- STS

O Complemento Solidário para Idosos, criado pelo Decreto-lei nº 232/2005 de 29 de Dezembro, foi criado pelo Governo Constitucional, visando a redefinição da estratégia de

¹³ O PAII é financiado, segundo o Decreto-Lei nº 56/2006 de 15 de Março, por 1,7% dos resultados líquidos dos jogos sociais explorados pela Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.

¹⁴ <http://www.medicosdeportugal.iol.pt>

mínimos sociais em Portugal, através de uma aposta na concentração dos recursos disponíveis, nos estratos da população idosa, com menores rendimentos.

“Ao tornar-se um problema social, a velhice passou a mobilizar gente, meios, esforços e atenções considerados suficientes. A preocupação em encontrar soluções evidencia-se no aumento de estudos e de investigadores, que centram as suas atenções nas pessoas idosas”¹⁵.

O Programa de Inserção Social – Plano Avô, traduz-se num conjunto de medidas que visam a identificação dos utentes das redes de apoio a idosos e de infraestruturas e respetivos equipamentos dos Lares de Idosos. Este panorama permitirá desenvolver um processo de certificação da qualidade das instituições prestadoras de serviços de apoio a pessoas idosas. Este programa é direcionado para pessoas idosas com dependência.

¹⁵ <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium32/10.pdf>

CAPÍTULO II – A QUALIDADE DE VIDA EM CONTEXTO URBANO E RURAL

Neste segundo Capítulo abordar-se-á o conceito de Qualidade de Vida, focando-se a versão apresentada pelo grupo WHOQOL e a Qualidade de Vida no Idoso. Apresentam-se igualmente as respostas existentes para ajuda às pessoas idosas, dando-se a conhecer algumas dessas respostas bem como as origens dos Serviços de Apoio Domiciliário.

Para finalizar o Capítulo apresentam-se as Instituições sobre as quais recaiu este estudo, e que se localizam em meio urbano e em meio rural.

2.1 Qualidade de vida

O conceito qualidade de vida foi introduzido na área da saúde a partir do momento em que esta passou de uma abordagem biomédica para uma abordagem psicossocial (Paúl, Fonseca, Martin & Amado, 2005).

Também as intervenções na área da medicina passaram a integrar a melhoria do bem-estar geral nos seus resultados a partir do momento em que a OMS definiu saúde “como um estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença” (Fleck, et al., 1999b).

Um instrumento de avaliação de qualidade de vida foi então definido pela OMS (grupo WHOQOL - World Health Organisation Quality of Life), tendo sido criado na década de 90 do século passado, quando se iniciou o reconhecimento da importância deste conceito para a promoção da saúde física e mental e para o bem-estar social das pessoas (Carneiro, Falcone, Clark, Prette & Prette, 2007).

Para tal a OMS reuniu um conjunto de peritos de diversas culturas, para responder a esta necessidade (Canavarro, Simões, Pereira e Pintassilgo, 2005). Embora não haja um consenso a respeito do conceito de qualidade de vida (Fleck et al., 1999b), muitos investigadores concordam acerca de três características deste constructo qualidade de vida:

1. Subjetividade (depende das perceções da pessoa);
2. Multidimensionalidade (inclui, pelo menos, três dimensões, a física, a psicológica e a social);

3. Presença de dimensões positivas (ex. autonomia) e negativas (ex. dependência).

Através deste consenso foi possível chegar à definição de qualidade de vida como "a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (WHOQOL GROUP, 1994, cit. Fleck et al., 1999b). Esta definição vai englobar a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com as características do meio envolvente do indivíduo (WHOQOL Group, 1995, cit. Canavarro et al., 2005).

O grupo WHOQOL desenvolveu inicialmente um instrumento de avaliação de qualidade de vida com 100 questões (o WHOQOL-100), mas a necessidade de instrumentos que requeressem pouco tempo para seu preenchimento, fez com que o grupo desenvolvesse uma versão abreviada a que chamou WHOQOL- bref, com 26 questões, sendo duas questões gerais de qualidade de vida e as restantes representam cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento original (Fleck et al., 2000).

A qualidade de vida passa a ser vista como um sentimento de bem-estar pessoal, associado a determinados indicadores objetivos, nomeadamente biomédicos, psicológicos e sociais, e indicadores subjetivos, pois tem em conta a opinião que cada indivíduo possui sobre a satisfação com a sua vida.

Como afirma Pires et al. (1998) "Qualidade de vida significa muitas coisas. Diz respeito a como as pessoas vivem, sentem e compreendem o seu quotidiano". Para Donald (1997) cit. Jacob (2007) podemos definir o conceito de qualidade de vida através da formulação de cinco categorias e que são as seguintes:

1. Bem-estar físico - a comodidade em termos materiais, saúde, higiene e segurança;
2. As relações interpessoais - as relações familiares, amigos e a participação na comunidade;
3. Desenvolvimento pessoal - as oportunidades de desenvolvimento intelectual e auto-expressão;
4. As atividades recreativas - a socialização e o entretenimento;
5. As atividades espirituais e transcendentais - a atividade simbólica, religiosa.

Hoje é aceite de forma evidente que a saúde é uma encruzilhada na qual confluem uma série de fatores de índole variada: fatores individuais, coletivos, biológicos, sociais, económicos, culturais, religiosos, políticos, entre outros (Coelho, 1997).

2.1.1 Qualidade de vida no idoso

As pessoas vivem mais tempo, mas esta longevidade pode estar marcada por doenças crónicas e incapacitantes, inviabilizando a preservação da sua autonomia e independência, pois quer o processo de envelhecimento em si, quer a prevalência das doenças crónicas levam a que as condições físicas dos idosos não sejam as melhores, provocando-lhes grande sofrimento e muitas vezes também incapacidade funcional (Varanda & Freitas, 1998).

Também ao nível psicológico, o idoso passa, não raras vezes, por sucessivas crises tais como lutos, perdas de papéis sociais, mudanças de vida, que podem gerar problemas como a depressão e a ansiedade. O isolamento e a solidão são também situações muito comuns nesta fase da vida. Também, o facto de o idoso já não contribuir produtivamente para a sociedade, conduz a que seja tratado de modo diferente, o que não facilita a sua integração social mas sim a sua marginalização.

A saúde surge como aspeto mais importante na vida das pessoas, nomeadamente nos idosos, e é uma das variáveis determinantes da satisfação da vida. Hill, cit. Ferreira (1990) considera a saúde como a condição do organismo humano quando consegue reagir às condições do meio ambiente que o rodeia. Assim, para que o indivíduo tenha saúde é fundamental haver um equilíbrio entre o indivíduo e o meio, donde resulta um bem-estar físico e psíquico.

Também, como já referido, segundo a OMS, a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença ou enfermidade. A conceptualização tradicional de saúde era inadequada, emergindo a necessidade de a equacionar numa perspectiva sistémica e holística, como foi preconizado pela OMS, considerando os fatores bio-psico-sociais, em que o conceito de qualidade de vida germina como fundamental. Estes aspetos são referidos pela OMS ao afirmar que no século XXI se viverá mais mas que também usufruiremos de uma melhor qualidade de vida.

O bem-estar é um estado que engloba o corpo e a mente, por isso, na avaliação do bem-estar é necessário englobar estados subjetivos da mente, assim como fatores físicos e ambientais. Para Rankin-Box, citado por Imaginário (2008), o estado de bem-estar não é estático, visto que os nossos sentimentos estão continuamente a relacionar-se com o mundo que nos rodeia. Também os laços culturais têm uma influência determinante no conceito de

bem-estar, sendo este influenciado pelos valores sociais vigentes e pelo ambiente envolvente. O bem-estar inclui variáveis físicas, psicológicas e sociais.

A qualidade de vida depende de vários domínios, sendo eles saúde, trabalho, família, habitação, vizinhança e economia, englobando não só os aspetos da vida relacionados com a doença e o tratamento, mas também o desenvolvimento satisfatório de aspirações psicológicas e sociais.

Segundo Churchman, citado por Ribeiro (1994), “qualidade de vida designa o juízo subjetivo do indivíduo sobre o grau em que estão satisfeitas as suas necessidades nos vários domínios da vida”.

Ao verificar-se que a qualidade de vida se pode avaliar em muitos domínios, foi fundamental uma aproximação multidimensional do conceito de qualidade de vida relacionada com a saúde, pelo que se tem considerado pelo menos quatro dimensões na avaliação da mesma: a dimensão física, a funcional, a psicológica e a social. A dimensão física refere-se aos sintomas físicos, dolorosos ou não, derivados da doença ou do tratamento. A funcional tem a ver com a capacidade do indivíduo em se auto-cuidar, deambular, atividade física, assim como a capacidade para concretizar as tarefas familiares e laborais habituais. A dimensão psicológica focaliza-se no funcionamento cognitivo, emocional, nível de satisfação vital, felicidade e a perceção global de saúde. Por último, a social centra-se na interação do sujeito doente com o seu ambiente, com os seus contactos sociais e com o estado de auto-estima pessoal face a uma doença crónica. Carod-Artal citado por Imaginário (2008), considera que “... duas pessoas com o mesmo estado objetivo de saúde podem ter qualidade de vida muito diferente”.

Campos, cit. Amaral & Vicente (2000), afirma que é fundamental efetuar uma abordagem compreensiva e multidimensional dos problemas dos idosos, pois esta requer, não apenas uma abordagem biomédica mas sobretudo uma abordagem holística. Uma abordagem deste tipo consiste na realização exaustiva das esferas biológica, psicológica, cognitiva e sociofamiliar dos idosos, uma vez que a autonomia é a componente fundamental do bem-estar do idoso e para esta concorrem todos os fatores que promovem a saúde.

O que está em causa é a autonomia e a independência do idoso e por isso esta perspectiva é fundamental. De fato normalmente não é o problema de saúde que frequentemente condiciona a qualidade de vida ou o futuro do idoso, mas sim a sua autonomia e independência.

A complexidade dos problemas dos idosos requerem pois uma abordagem bio-psico-social, tendo em conta que com esta postura se tentam localizar determinados problemas que nos idosos são a causa mais frequente de incapacidade. Por esta razão a obtenção de dados da esfera funcional, física e social é de uma extraordinária importância, uma vez que nos auxilia na perceção do nível de assistência que deve ser proporcionado ao idoso.

Segundo Oliveira (2005), é necessário que sejam adotadas medidas que proporcionem uma velhice com mais qualidade, pelo que se torna de grande utilidade a realização de trabalhos sobre o envelhecimento visto que os mesmos são uma forma de contribuir para a desmistificação de estereótipos existentes acerca dos idosos.

2.2 Envelhecimento em meio urbano e em meio rural

A população portuguesa tem vindo a assistir, nas últimas décadas a profundas alterações a nível demográfico que se vêm repercutindo em vários domínios, tais como por exemplo o emprego, o consumo ou a proteção social, pondo inclusivamente em risco o equilíbrio de toda a sociedade. Com a baixa natalidade existente as famílias são cada vez compostas por menos elementos, encontrando-se mesmo muitas famílias compostas por apenas uma ou duas pessoas (Rosa, 1996).

Foi a partir da década de 70, mais concretamente depois da revolução de Abril de 1974, que em Portugal assistimos a uma abertura na área das políticas sociais dirigidas aos idosos, que nessa altura passaram a abranger todas as pessoas, quer as mesmas fossem do meio urbano, quer fossem do meio rural. Na década de 80 vão surgir em grande número e espalhados por todo o país, serviços especialmente criados para a população idosa, tais como os Lares, os Centros de Dia, os Centros de Convívio e os Serviços de Apoio Domiciliário (Vaz, 2001).

Para Pimentel (2001) uma das características da sociedade portuguesa é a forte ligação existente entre os dois meios (rural e urbano). Uma das constatações da autora é que de uma forma geral aqueles que viveram no meio rural e que posteriormente se deslocam para viverem no meio urbano, vão continuar a comportar-se da mesma forma, isto é, não vão deixar de visitar o lugar donde vieram, ver os familiares e amigos, mantendo sempre o contato e ajudando-se mutuamente.

As relações familiares e de amizade não se perdem e vão permanecendo por longo tempo entre aqueles que se mudaram para a cidade e aqueles que ficaram na terra. A ruralidade é assim transportada para o meio urbano (Ferrão, 2000).

As capacidades de adaptação dos idosos diminuem conforme a pessoa envelhece, e o idoso fica mais sensível ao meio ambiente que é um determinante na promoção do bem-estar. Os comportamentos e os afetos vão sendo cada vez mais influenciados por agentes externos ao indivíduo e segundo o modelo ecológico de Lawton (1983, 1989 cit. Sequeira & Silva, 2003; Fonseca, 2005) o comportamento é transacional, ou seja, apenas pode ser entendido em função das variáveis presentes, só sendo inteligível na dinâmica das relações entre a pessoa e o ambiente. Este modelo possibilitou afirmar que o contexto de residência tem um papel fundamental na compreensão do envelhecimento.

Lawton (1989 cit. Fonseca, 2005) afirma ainda que, geralmente, o ambiente rural fomenta menos pressão sobre os idosos (todos se conhecem, há menos gente, o sentimento de segurança é maior). Muitos idosos que habitam em ambiente rural continuam a cuidar dos seus animais e das suas terras até poderem, o que não acontece em meio urbano.

Por sua vez, envelhecer em meio urbano pode significar correr o risco de acabar a vida cada vez mais só, menosprezado, sem qualquer visibilidade social. Fonseca (2005) refere que muitos idosos que vivem em grandes cidades se sentem menos protegidos no meio de tanta gente, onde a maioria nem se conhece pelo que o suporte social é insuficiente.

Como pudemos ver atrás, o processo de envelhecimento é em parte determinado pelo contexto social em que a pessoa envelhece. Isto é, as alterações físicas, psicológicas e sociais que podem surgir com o envelhecimento podem ser atenuadas ou aumentadas pelo contexto em que o idoso se inclui. Dependendo das características de cada sujeito específico, as características ambientais podem atuar quer como barreiras, quer como facilitadoras de certos comportamentos.

Na literatura não se encontram muitos estudos que focalizam as disparidades da influência dos diferentes contextos de residência dos idosos na qualidade de vida, na depressão e na solidão. Num estudo comparativo sobre a qualidade de vida e suporte social com idosos do meio rural e do meio urbano, Lopes (2004, cit. Ferreira, 2009) observou que, quanto ao suporte social, foi o meio rural que mostrou uma maior perceção de suporte social recebido. Este autor também presenciou a existência de correlações positivas entre a qualidade de vida e a satisfação com o suporte social.

Da mesma forma, Paúl et al. (2005) avaliaram a satisfação e qualidade de vida em idosos de meio rural e em idosos de meio urbano. Ao compararem as amostras verificaram que os idosos do meio rural apresentaram maior perceção de suporte social recebido e uma rede de familiares e amigos mais alargados.

A justificação para este resultado foi a de que as diferenças se devem à forma como são aplicadas as práticas culturais de sociabilidade em ambos os contextos: no meio rural a intimidade é mais intensa que no meio urbano e isto pode ter efeitos no bem-estar psicológico do idoso. Ainda neste mesmo estudo, verificaram também que os idosos rurais têm um nível de autonomia superior, o que pode ser explicado pela sua atividade, dedicando-se a pequenos trabalhos na agricultura e à criação de animais.

Num estudo realizado por Fonseca et al., (2003), cit. Fonseca, (2005) onde avaliaram os efeitos do contexto de residência no envelhecimento bem-sucedido, os referidos autores constataram que as atitudes face ao envelhecimento são significativamente mais negativas nos idosos urbanos, e que o índice da satisfação com a vida é mais elevado nos idosos rurais.

Após a análise de todos os dados obtidos, os autores atribuíram aos idosos rurais uma condição superior face ao envelhecimento bem-sucedido, uma vez que mostraram ser mais ativos.

Alguns estudos (Melo & Neto, 1999; Sequeira & Silva, 2003) sugerem que a grande desigualdade entre o meio rural e urbano, se deve principalmente à presença da atividade agrícola que as pessoas mais idosas do meio rural praticam. Esta é uma atividade que além de fazer com que o idoso se mantenha ativo, vai também permitir-lhes uma participação ativa na comunidade.

Sequeira & Silva (2003) obtiveram resultados que vão ao encontro da perspectiva defendida por Rowles, 1984, cit. Sequeira & Silva, (2003) e que refere que os meios rurais são contextos privilegiados de envelhecimento, onde se podem encontrar algumas vantagens relativamente ao meio urbano, tais como: facultar às pessoas maior familiaridade com o meio; favorecem um ritmo de vida mais lento aos idosos; maior estabilidade populacional, proporcionando a manutenção dos laços afetivos, e uma maior rede de vizinhança, o que os ajuda tanto a nível emocional e psicológico como ao nível do apoio social.

Desta forma, Sequeira & Silva (2003) concluíram que o meio rural pode ser mais favorável pois promove redes de relação em que cada sujeito conhece os nomes, vida, saúde de todos os outros membros da comunidade, reduzindo a ameaça de ficar no anonimato e no esquecimento.

2.3 O Serviço de Apoio Domiciliário (SAD)

De acordo com o DL nº 62/99, de 12 de Novembro de 1999, o serviço de apoio domiciliário (SAD) é uma resposta social 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.

Assim, entende-se por SAD a disponibilização de serviços necessários a pessoas dependentes, que não podem ser prestados de forma adequada pela família ou pelos amigos, e que lhes permitem permanecer em suas casas. Na sua diversidade, este tipo de serviços procura 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, 2004, *cit.* Engenheiro, 2008, p.47).

O SAD visa a prevenção e vigilância, mantendo uma vida autónoma num ambiente próprio e familiar, prevendo o complemento ou substituição do apoio da família, isto através do alívio da família das tarefas desgastantes que perturbam a sua rotina. O que tem o benefício indireto de dar oportunidade à família de estimar melhor o idoso. Estas funções procuram evitar os serviços de internamento, que será sempre um último recurso, pois o internamento é a alternativa ao apoio no domicílio. (Ferreira, 2004, *cit.* Engenheiro, 2008).

2.4 Caracterização do meio Urbano e do meio Rural

O meio urbano é considerado cidade é um local com muita concentração habitacional e muita população onde há edifícios com vários pisos (prédios), contínuos e pela existência de infraestruturas que são compostas por vários elementos tais como o abastecimento de água, abastecimento de gás, fornecimento de energia elétrica, serviços de esgoto, escolas, hospitais, bombeiros, farmácias, transportes públicos, tribunais, restaurantes, hotéis, salas de espetáculos, monumentos e polícia etc. estes são considerados um conjunto de serviços públicos que facilitam a vida da população.

As cidades visto serem áreas muito povoadas tende a aumentar, surgindo assim mais zonas residenciais (periferia) e até áreas industriais.

Mas no meio urbano também existem situações menos boas como o ruído e a poluição e a falta de comunicação entre as pessoas.

No meio urbano existe muito ruído e muita poluição.

O meio rural é considerado aldeia são zonas não edificadas e as habitações são na sua maioria espaçadas e esse espaço é rodeado por campo.

As aldeias tendem a ser zonas despovoadas de casas onde dá lugar a zonas verdes, onde as pessoas, na maioria, se dedicam à agricultura e à criação de animais sendo nesses espaços que se produz a maior parte dos alimentos que se consomem nas grandes cidades.

No meio rural há melhor ambiente as pessoas conhecem-se todas umas às outras há mais comunicação e interajuda entre as pessoas.

Há animais domésticos e selvagens existem rios não à ruído e a poluição é pouca, respira-se ar puro, existe menos stress logo à uma maior qualidade de vida.

No meio rural os serviços essenciais ficam muito distantes.

2.5 As Instituições sobre as quais recaiu o estudo

A escolha das duas Instituições assentou no facto da sua localização estar dentro dos territórios predefinidos – uma em meio urbano (freguesia de Famões cidade de Odivelas) e a outra em meio rural (Em Covas de Ferro freguesia de Almargem do Bispo, na cidade de Sintra). As Instituições são ambas Particulares de Solidariedade Social, criadas para apoiar os problemas sociais da população das suas respetivas zonas.

Existiu igualmente uma razão cordial, pois a Instituição localizada em meio urbano (Centro Comunitário Paroquial de Famões) foi aquela em que a mestranda realizou o seu estágio académico para a obtenção do grau de licenciada em Serviço Social, tendo ali sido acolhida e recebido todo o apoio profissional e logístico necessário para o bom desenvolvimento da aprendizagem.

Relativamente à Instituição localizada em meio rural (Associação de Reformados Pensionistas e Idosos “Os Ferrinhos”), a escolha teve em linha de conta as características sociais e geográficas, tendo sido realizados os contactos pela mestranda, os quais foram imediatamente muito bem acolhidos, tendo havido uma grande abertura que gerou uma relação ótima para o desenvolvimento deste trabalho de investigação.

2.5.1 Instituição inserida em contexto urbano

O Centro Comunitário, Paroquial de Famões (CCPF) é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) sem fins lucrativos, vinculada á Paróquia de Nossa Senhora do Rosário, fica situado na Freguesia de Famões localiza-se na zona ocidental do Concelho de Odivelas com a sua sede na Rua Centro Comunitário Paroquial, n.º 1 Quinta das Comendadeiras 1685-244 Famões.

Rege-se pelos estatutos próprios aprovados pelo Patriarcado de Lisboa em 25 de Maio de 1998.

O Centro Comunitário Paroquial de Famões, está registado como Pessoa Coletiva com o número de identificação (NIPC): 504.707.825 de 05/07/98 e, em conformidade com o disposto no estatuto aprovado pelo decreto-lei nº119/83, de 25 de Fevereiro, alterado pelo decreto-lei nº 402/85, de 11 de Outubro e no regulamento aprovado pela Portaria nº7788/83 de 23 de Julho, procedeu-se ao registo como IPSS (Instituição Particular de Solidariedade Social), no Livro nº 5 das Fundações de Solidariedade Social, sob o nº 22/99, a fls.187 em 28/06/99, sendo reconhecido como pessoa coletiva de utilidade pública.

Tem como missão promover ações de intervenção social em parceria com a comunidade tendo em vista o bem comum e a qualidade de vida dos cidadãos.

Relativamente aos seus objetivos pretende promover uma resposta integral aos vários problemas com que as famílias se confrontam na sociedade, visando, mais concretamente, as seguintes finalidades:

- A promoção de desenvolvimento harmonioso das crianças e jovens, através da implementação de estruturas educativas e de ocupação de tempos livres.
- O apoio a adultos e idosos dependentes, com vista ao seu bem-estar físico e psicossocial, por intermédio da prestação de serviços e implementação de estruturas nesse sentido.
- O apoio e capacitação de famílias em risco, através do desenvolvimento de programas de intervenção especialmente concebidos para o efeito.
- A prestação de serviços á comunidade rentabilizando as estruturas e serviços já existentes.
- O envolvimento da comunidade e a promoção do voluntariado.
- A coresponsabilização e satisfação dos utentes/clientes.
- A satisfação e evolução dos colaboradores.

- A sustentabilidade e progresso do próprio centro.

O Centro tem o dever estatutário, dentro dos objetivos que prossegue, de pautar a sua ação com base nos seguintes princípios:

- Natureza unitária da pessoa humana e o respeito pela sua dignidade;
- A necessidade do aperfeiçoamento espiritual, moral e cultural de todos os habitantes da freguesia;
- O estabelecimento do espírito comunitário de modo que a população e os seus diversos grupos se tornem promotores da sua valorização;
- A criação de redes de solidariedade bem como as estruturas de comunicação cristã de bens entre os habitantes;
- O espírito de convivência e da tolerância como fatores decisivos para a valorização integral dos indivíduos, das famílias e da comunidade em geral;
- A ação de apoio aos grupos mais carenciados ou às pessoas vítimas de calamidades, mobilizando recursos humanos e materiais necessários;
- A cooperação com os grupos permanentes ou ocasionais que, no âmbito local ou regional, se ocupem da promoção, assistência e melhoria das condições de vida das populações;
- A criação de estruturas de apoio às famílias ou a determinados sectores da população, como sejam atividades com crianças, jovens, idosos e outros.

A ação do Centro Comunitário inspira-se na Doutrina Social da Igreja, e obedece genericamente aos critérios seguintes:

- a. O respeito pela dignidade da pessoa humana e o dever de contribuir para o seu desenvolvimento moral, espiritual e cultural;
- b. O fortalecimento do sentido comunitário, de modo que os indivíduos, as famílias e os demais agrupamentos da paróquia, empenhando-se num trabalho em comum, se tornem promotores da sua própria valorização;
- c. A criação de estruturas de comunicação cristã de bens e de ajuda mútua, bem como o apoio aos mais carenciados, mobilizando para o efeito os indispensáveis recursos humanos e materiais.

O Centro é um serviço da Paróquia, com o fim de cultivar nos paroquianos a noção das suas responsabilidades sociais, motivando-os para as exigências cristãs da partilha e comunicação de bens e, muito em particular, ajudando-os a dar respostas adequadas às

carências que eventualmente se verifiquem entre os habitantes da paróquia, mediante acções de assistência, promoção ou desenvolvimento, segundo as circunstâncias.

Em suma, o Centro pretende dar uma resposta integral aos vários problemas que as famílias têm que enfrentar na nossa sociedade, através de várias valências, que se propõem atingir várias camadas etárias da população e proporcionar soluções que permitam que o nível de vida dos cidadãos permaneça equilibrado e saudável.

O Centro Comunitário Paroquial de Famões tem como objetivo dar uma resposta social às carências detetadas na população, nomeadamente nas áreas da infância, adolescência, família e idosos.

O CCPF pretende, com a sua metodologia interventiva, contribuir para a melhoria das condições de vida da população mais desfavorecida da freguesia. O seu principal objetivo, é promover uma resposta integral aos diversos problemas que as famílias apresentam e proporcionar soluções que permitam dar um nível de vida aos cidadãos mais equilibrado e saudável.

Centro Comunitário Paroquial de Famões
<ul style="list-style-type: none">➤ É uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) sem fins lucrativos, vinculada à Paróquia de Nossa Senhora do Rosário.➤ Tem como missão promover ações de intervenção social em parceria com a comunidade tendo em vista o bem comum e a qualidade de vida dos cidadãos.➤ Tem como objetivo dar uma resposta social às carências detetadas na população, nomeadamente nas áreas da infância, adolescência, família e idosos.

Quadro 1 – Centro Comunitário Paroquial de Famões, sua natureza jurídica, missão e objetivos.

Fonte: Elaborado pela mestranda com base nos dados recolhidos na Instituição

De entre as respostas sociais existentes no centro os funcionários dividem-se pelas seguintes categorias:

Recursos Humanos	
Centro Comunitário Paroquial de Famões	
- Assistentes Sociais	- Diretor Executivo
- Psicóloga	- Chefe Serviços Administrativos
- Educadora Social	- Administrativas
- Ajudantes de Ação Direta	- Motorista/Contínua
- Monitoras	- Animadora Sociocultural
- Ajudantes de Ação Educativa	- Voluntários (cerca de 20).
- Auxiliares de Educação	- Cozinheira
- Educadores de infância	- Ajudantes de Cozinha

Quadro 2 – Recursos Humanos do Centro Comunitário Paroquial de Famões.
Fonte: Elaborado pela mestrandia com base nos dados recolhidos na Instituição

Na sua trajetória histórica, das várias respostas individuais e comunitárias, surgiu, em Junho de 1998 o Centro Comunitário, Paroquial de Famões. A abertura do novo edifício foi a 5 de Setembro de 2011. O Centro Convívio para Idosos, abriu em Dezembro de 1999, e com a colaboração da Comissão Instaladora do Município de Odivelas, abriu o Centro de Convívio para idosos, denominado “Centro de Convívio Rainha Santa Isabel”, com acordo com a Segurança Social para 20 utentes, contribuindo assim para quebrar o isolamento dos idosos, promovendo o convívio e a partilha entre eles (o Centro de Convívio deixou de existir em 2011 com o surgimento do Centro de Dia).

O Serviço de Apoio Domiciliário, teve início em Janeiro de 2001, com Serviço de Apoio 7 dias. Neste mesmo ano (2001) também abriu o pré-escolar. A partir de Abril de 2004, tendo visto aprovada uma candidatura apresentada no âmbito do PAII, o serviço de Apoio Domiciliário conheceu uma nova era. Com as verbas do Projeto, em colaboração com o Centro de Saúde da Pontinha, que é parceiro do mesmo, foi possível alargar a capacidade de resposta ao nível de cuidados integrados de saúde e bem-estar, em horário mais alargado.

As respostas sociais do CCPF são as seguintes:

- Centro de Dia (CD),
- Serviço de Apoio Domiciliário 5 e 7 dias (SAD 5,7dias)

- Creche,
- Berçário,
- CAF/AAAF e
- Pré-escolar.

A resposta social de Centro de Dia é uma resposta social, desenvolvida em equipamento aberto, que consiste na prestação de um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção das pessoas idosas e/ou dependentes no seu meio sócio-familiar.

O CD funciona de segunda a Sexta-feira das 08:30 e as 18h.

O Serviço de Apoio Domiciliário é uma resposta social que consiste na prestação de cuidados individualizados no domicílio, aos idosos e/ou dependentes que se encontrem em situação de solidão, dependência, e sem familiares próximos e/ou em condições de lhe prestar assistência.

A prestação deste serviço procura ter em conta o desenvolvimento integral da pessoa humana, na prossecução de uma melhor qualidade de vida do cidadão idoso, integrada na perspectiva de direitos humanos e sociais que a todos assiste.

Pretende, por isso, ser um serviço integrado de proteção á pessoa idosa e/ou dependente, constituindo uma ação complementar á família, com a qual assume a responsabilidade de atender às necessidades básicas do idoso ou dependente.

O Serviço de Apoio Domiciliário abrange pessoas que se encontrem numa situação de incapacidade física e/ou psíquica a necessitar de apoio para satisfação das necessidades básicas/ou atividades da vida diária e também pessoas com inexistência ou insuficiência de apoio familiar, rutura ou desajustamento familiar. A resposta social de apoio domiciliário presta cuidados individualizados e personalizados no domicílio dos utentes, quando estes por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento não podem assegurar permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas ou atividades da vida diária. Conceito SAD: Desenvolvido a partir de um equipamento, para efeitos do presente diploma, considera-se serviço de apoio domiciliário, adiante designado por SAD, a resposta social 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 necessidades básicas e/ou as atividades da vida diária. Funciona em duas respostas diferentes, em função das necessidades:

Horário do Centro Comunitário Paroquial de Famões	
Horário da Instituição	Horário do Serviço de Apoio Domiciliário da Instituição
Das 08h00 às 21h00	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Das 08h00/09h00 às 16h00/17h00 (SAD 5 dias) ▪ Das 09h00 às 19h30 e das 09h00 às 14h00 aos feriados e fins-de-semana (SAD 7 dias)

Quadro 3 – Horário da Instituição e horário do SAD.

Fonte: Elaborado pela mestrandia com base nos dados recolhidos na Instituição

- O SAD 5 dias, funciona de Segunda a Sexta no horário das 8:00/9:00 às 16:00/17:00 horas.
- O SAD 7 dias, funciona nos dias úteis entre as 9:00 e as 19:30 horas e aos fins-de-semana e feriados, entre as 9:00 e as 14:00 horas. Foi possível alargar a capacidade de resposta ao nível de cuidados integrados de saúde e bem-estar, em horário mais alargado.

Refeições confeccionadas, cuidados de higiene e conforto pessoal. Tratamento de roupas, efetuadas na lavandaria do CDSE, diligências externas, apoio na toma de medicação, higiene do espaço habitacional, transporte, atividades de ocupação e animação. O SAD tem uma frequência diária de 121 utentes. O SAD funciona todo o ano todo o ano, sete dias por semana (Sábados e Domingos Feriados) das 9.00h às 21.00h. As respostas sociais e programas disponíveis para este grupo de pessoas têm por objetivo, tanto quanto possível, a promoção de condições de autonomia e bem estar, favorecendo a sua permanência no domicílio e no seu meio familiar e social e privilegiando a sua inserção social e comunitária. Os seus objetivos são os seguintes:

- Contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e famílias;
- Garantir a prestação de cuidados de ordem física e apoio psicossocial a indivíduos e famílias, de modo a contribuir para seu equilíbrio e bem-estar;
- Apoiar os indivíduos e famílias na satisfação das necessidades básicas e atividades da vida diária;
- Criar condições que permitam preservar e incentivar as relações inter-familiares;

- Colaborar e/ou assegurar o acesso à prestação de cuidados de saúde;
- Contribuir para retardar ou evitar a institucionalização;
- Prevenir situações de dependência, promovendo a autonomia.

No que se refere às repartições e definição de tarefas/serviços, são os seguintes os vários serviços prestados aos utentes:

- Apoio Domiciliário: cuidados de higiene pessoal e conforto;
- Arrumação e pequenas limpezas no domicílio; Manutenção de arrumos e limpeza do domicílio, ou seja, (higiene habitacional).
- Confeção, transporte e/ou distribuição de refeições; alimentação;
- Transporte e distribuição de refeições em carrinha e a pé e administração de medicação oral.
- Tratamento de roupas, efetuada na lavandaria da associação.

Para a prossecução dos seus objetivos o SAD deve proporcionar um conjunto diversificado de serviços, em função das necessidades das pessoas, nomeadamente:

- Colaboração na prestação de cuidados de saúde sob supervisão de pessoal de saúde qualificado, podendo também proporcionar o acesso a cuidados especiais de saúde;
- Manutenção de arrumos e limpeza da habitação estritamente necessária à natureza do apoio a prestar;
- Confeção de alimentos no domicílio e ou distribuição de refeições, quando associada a outro tipo de serviço do SAD;
- Acompanhamento das refeições;
- Tratamento de roupas, quando associado a outro tipo de serviço do SAD;
- Disponibilização de informação facilitadora do acesso a serviços da comunidade adequados à satisfação de outras necessidades.

O SAD pode ainda assegurar, entre outros:

- O acompanhamento do utente ao exterior nas deslocações do mesmo;
- A aquisição de bens e serviços;
- Atividades de animação;

- A orientação ou acompanhamento de pequenas modificações no domicílio que permitam mais segurança e conforto ao utente;
- O apoio em situações de emergência (exemplo: serviço de tele Alarme).

Quanto às respostas sociais para as crianças da Paróquia existem as seguintes:

- Creche/ Berçário O horário da Creche é das 7:00 as 19:00 de Segunda a Sexta.
- Ensino pré-escolar O horário do Pré-escolar é das 07:00 as 19:00 de Segunda a Sexta.
- (CAF/AAAF) O Horário dos CAF/AAAF é em todos os dias útil, no período letivo, abre às 7:00 e encerra às 9:00 reabre às 17:30 e encerra às 19:00 em articulação com o horário da escola.

Para além das respostas sociais referidas tem em desenvolvimento, os seguintes Projetos:

A portaria 396/2007 de 2 de Abril criou o Programa Contratos Locais de Desenvolvimento Social (CLDS), com o objetivo de promover um novo modelo de intervenção face a fenómenos de pobreza e de exclusão social. O Despacho n.º 16253/2008 determinou que a Vertente Sul do Concelho de Odivelas (Vale do Forno, Encosta da Luz, Quinta do Zé Luís, Serra da Luz, Quinta das Arrombas e áreas envolventes), seria um dos territórios a abranger no âmbito deste programa. O projeto teve início em 04 de Abril de 2008, com a assinatura do Protocolo de Compromisso entre o Instituto da Segurança Social (ISS), a Câmara Municipal de Odivelas (CMO) e o Centro Comunitário Paroquial de Famões (CCPF), entidade coordenadora/executora das atividades.

O CLDS teve quatro eixos de intervenção: emprego, formação e qualificação; intervenção familiar e parental; capacitação da comunidade e das instituições; informação e acessibilidade.

No princípio de Outubro do ano corrente deu-se início às atividades no terreno, nas instalações cedidas pela CMO sitas no Vale do Forno, com a realização de uma Festa de Abertura de Atividades.

Em 15 de Novembro foi assinado um Acordo de Parceria com várias entidades intervenientes na zona, continuando a desenvolver-se contactos com o objetivo de promover o envolvimento da comunidade e instituições, nas ações a realizar.

O projeto CLDS terminou a dia 31 de Março de 2011.

Na sequência da publicação do despacho nº 5814/2011 do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, o qual prevê um período adicional de 24 meses para os CLDS que terminam no ano corrente de 2012, foi assinado a 13 de Maio de 2011, o protocolo de compromisso que dá continuidade ao Contrato Local de Desenvolvimento Social da Vertente Sul de Odivelas.

Desde Junho de 2007, a Instituição acompanha 100 famílias beneficiárias de Rendimento Social de Inserção, através de uma equipa que iniciou funções com 6 Técnica de Serviço Social, 1 Psicóloga e 3 Ajudantes de Ação Direta. Este trabalho assenta no acompanhamento social, procurando que as famílias que dele beneficiam possam autonomizar-se, encontrando modo de, através do acesso ao emprego, e tendo onde deixar os seus filhos e quem lhes trate dos idosos que têm a seu cargo, serem autónomos e donos do seu próprio destino, houve um alargamento em 2011 onde foram feitas algumas renovações e atualmente a equipa de rendimento social de inserção. Acompanha 350 famílias através de uma equipa composta por 6 técnicas superiores e 9 ajudantas da ação direta.

A emergência alimentar divide-se em duas respostas sociais essenciais: a cantina social que distribui cerca de 100 refeições ao dia e o banco alimentar que ajuda mais 140 famílias da união das freguesias da Pontinha e Famões.

O Banco Alimentar da Instituição (B.A.) acompanha cerca de 100 famílias carenciadas, na freguesia de Famões, apoiado pelo Banco Alimentar contra a Fome, que lhes entrega alimentos, em ritmo semanal e pela Junta de Freguesia de Famões, que colabora no transporte dos alimentos, disponibilizando uma carrinha. Este trabalho é levado por diante por uma equipa constituída por funcionários e voluntários que preparam os sacos e os entregam aos utentes. A Instituição tem protocolo com o Banco Alimentar Contra a Fome de Lisboa para apoiar cerca de 100 famílias carenciadas, na freguesia de Famões. A distribuição de alimentos aos beneficiários ocorre semanalmente. Os alimentos são transportados em colaboração com a Junta de Freguesia de Famões (JF.Famões) que para o efeito disponibiliza uma carrinha. Este trabalho tem o apoio de uma equipa constituída por funcionários e voluntários que preparam os sacos e os entregam aos utentes. O Banco Alimentar é um serviço de apoio a famílias carenciadas para fazer face as necessidades básicas do dia-a-dia. Com a união de freguesias Pontinha e Famões o banco alimentar ajuda cerca de 140 famílias. Tem uma área que abrange a freguesia de Odivelas (Arroja, Famões e Patameiras) e a freguesia da Pontinha.

Sempre que necessário ou simplesmente aconselhável, o Centro colabora com as demais obras de carácter social existentes na área da Paróquia e com os serviços oficiais correspondentes. Pode também, observado o disposto no nº2, alínea f) e no nº3 do artigo 18º, celebrar acordos de cooperação com entidades oficiais ou particulares, designadamente com o Centro Regional de Segurança Social, com o fim de receber o conveniente apoio técnico e financeiro para as suas atividades.

Conjuntamente com o seu pessoal técnico e outros trabalhadores, o Centro Comunitário aceita a colaboração de voluntários, se dotados das aptidões requeridas para as funções cujo exercício desejam desempenhar.

Constituem receitas do Centro nomeadamente: os auxílios financeiros da comunidade paroquial ou de outras entidades canónicas; os subsídios de entidades oficiais ou particulares; o produto da recolha organizada de donativos (quotizações, ofertórios, etc.) como forma de estabelecer uma conveniente comunicação cristã de bens; as ofertas de pessoas singulares; os rendimentos de serviços e compensação dos beneficiários; o rendimento de bens próprios do Centro; as heranças, legados e doações instituídos em seu favor.

Tem Parcerias/ Acordos de Cooperação com o Instituto de Segurança Social (ISS); Instituto de Reinserção Social (IRS); Banco Alimentar Contra a Fome de Lisboa (BACaFdeLisboa); Saúde: HDA; Hospital de Santa Maria; Centros de Saúde de Odivelas e Loures (Aces); Centro de Saúde (CS) (Pontinha/Famões e Odivelas); Unidade de Psiquiatria de Odivelas; Banco Farmacêutico; Médicos do Mundo; AE IPS; Clínica Vitabil; Bombeiros Voluntários de Odivelas e Pontinha; Emprego/Formação: IEFP de Loures/Amadora e Alverca; Centro de Formação Alimentar da Pontinha; Escola Secundária de Odivelas; Cais; Educação: Agrupamento de escolas a sudoeste de Odivelas; Agrupamento de escolas nº 1 de Odivelas; Agrupamento de escolas dos Moinhos da Arroja. Acompanhamento de crianças e jovens: CPCJ de Odivelas; Movimento de Defesa à vida; Banco do bebé. Acompanhamento das famílias: PSP da Pontinha e Odivelas; Câmara Municipal de Odivelas (CMO); Associação Rute; Paróquia da Pontinha (Apoio Alimentar); Ser cidadão; Junta da união de freguesias da Pontinha Famões; Junta de freguesia de Odivelas; Instituição de Reinserção Social (trabalho comunitário) Cáritas; Entreatajuda; Pingo doce do Odivelas Parque; Nupic; IPSSs; Instituições do concelho; Instituição da Vigaria (Igreja Católica); Ministério da Educação e Ciência.

As suas modalidades de financiamento são:

- Subsídios de organismos oficiais (Instituto da Segurança Social), das Autarquias Locais (Câmara Municipal de Odivelas) e de Instituições Particulares; doações de particulares em dinheiro ou bens; donativos e produtos de Festas/subscrições e outras parcerias.

As características dos destinatários dos serviços prestados são as seguintes:

- Idosos com uma diminuição das suas capacidades, com uma baixa auto-estima e uma baixa motivação derivado da solidão e do isolamento. Comparticipação dos utentes consoante o serviço que lhes é prestado (Serviço de Apoio Domiciliário), o regime de comparticipação é paga parcialmente de acordo com a situação económico-financeira dos utentes. Os destinatários são os indivíduos e famílias, prioritariamente, pessoas idosas, pessoas com deficiência, pessoas em situação de dependência.

Compreensão dos princípios formais de funcionamento:

Identificação dos elementos constituintes da Direção e do Conselho Fiscal	
Centro Comunitário Paroquial de Famões	
Direção	Conselho Fiscal
<ul style="list-style-type: none"> - Presidente - Vice-Presidente - Secretária - Tesoureiro - Vogal 	<ul style="list-style-type: none"> - Presidente - Secretária - Vogal

Quadro 4 – Identificação dos membros da Direção e do Conselho Fiscal do CCPFamões.

Fonte: Elaborado pela mestranda com base nos dados recolhidos na Instituição

A comunicação interna é uma comunicação informal que é feita verbalmente e telefonicamente, por vezes é feita por escrito ou por correio eletrónico e Messenger e existem Reuniões Presenciais. A comunicação externa é uma comunicação formal, ou seja, é feita por escrito, exemplo: correio eletrónico, fax ou por despacho como é o caso das parcerias que já foram anteriormente descritas, contacto telefónico.

É uma instituição que se encontra aberta ao exterior para a comunidade.

2.5.2. Instituição inserida em contexto rural

A Associação de Reformados Pensionistas e Idosos “Os Ferrinhos”, é uma Instituição Particular de Solidariedade Social, sem fins lucrativos, fundada em 12 de Dezembro de 1990, registada e reconhecida oficialmente com o nº de contribuinte 502756411 encontra-se sediada na Rua do centro de Dia, nº 7 - 2715-260 em Covas de Ferro, é uma aldeia pertencente à freguesia de Almargem do Bispo, Concelho de Sintra, distrito de Lisboa.

Confronta com os concelhos de Mafra e Loures.

Os Corpos Gerentes da ARPI “ Os Ferrinhos” são eleitos de entre os associados e desenvolvem o seu trabalho em regime de voluntariado.

O seu nascimento partiu da necessidade imposta pelo envelhecimento populacional, outrora ligado às lavouras. A história foi contada por um antigo membro da Direção – Sr. Mário.

A missão da Instituição é a de promover ações de intervenção social em parceria com a comunidade tendo em vista o bem comum e a qualidade de vida dos cidadãos. Os seus objetivos:

- O objetivo principal desta associação é apoiar o idoso a diversos níveis, contribuindo para a manutenção deste no seu meio físico e social, no sentido de prevenir, manter e desenvolver as suas capacidades físicas, intelectuais e relacionais.
- Promover o respeito pelos direitos dos clientes e demais interessados;
- Assegurar a divulgação e o cumprimento das regras de funcionamento da Associação
- Promover a participação ativa dos clientes ou seus representantes legais ao nível das respostas sociais.

Associação de Reformados, Pensionistas e Idosos “Os Ferrinhos”
<ul style="list-style-type: none">➤ É uma Instituição Particular de Solidariedade Social, sem fins lucrativos.➤ A missão da Instituição é a de promover ações de intervenção social em parceria com a comunidade tendo em vista o bem comum e a qualidade de vida dos cidadãos.➤ Tem como objetivo principal o apoio ao idoso a diversos níveis, contribuindo para a manutenção deste no seu meio físico e social, no sentido de prevenir, manter e desenvolver as suas capacidades físicas, intelectuais e relacionais.

Quadro 5 – Associação “Os Ferrinhos”, sua natureza jurídica, missão e objetivos.

Fonte: Elaborado pela mestranda com base nos dados recolhidos na Instituição

De entre as respostas sociais existentes na associação, os funcionários dividem-se pelas seguintes categorias:

Recursos Humanos
Associação de Reformados, Pensionistas e Idosos “Os Ferrinhos”
<ul style="list-style-type: none">- Educadora Social- Ajudantes de Ação Direta- Cozinheira

Quadro 6 – Recursos Humanos da Associação de Reformados, Pensionistas e Idosos “Os Ferrinhos”.

Fonte: Elaborado pela mestranda com base nos dados recolhidos na Instituição

Direção Técnica e pessoal auxiliar: existe na Associação uma diretora técnica que é Educadora Social, uma cozinheira e sete auxiliares de ação direta.

A História desta Associação começa pela cedência do terreno pelo Sr. Álvaro Simões Quintino do modo a que se pudessem fazer a sede da liga dos Amigos das Covas de Ferro – dando lugar à Coletividade. E como diz a música de António Gedeão “ o homem sonha a obra nasce”... E foi com muitas ajudas que a 1ª obra nasceu! Em conjunto com a Câmara

Municipal de Sintra, a Junta de Freguesia de Almargem do Bispo e com o apoio do povo fizeram a construção do edifício – inicialmente era apenas um pequeno pavilhão desportivo, mas porque era mesmo pequeno mais tarde teve que sofrer alterações para poder ser federado!

Nesta 1ª fase estiveram envolvidos o Sr. Domingos Manuel Marques e o Sr. António Silvestre... Em conjunto com o Sr. Agostinho (Escrivão da Junta de Freguesia de Almargem do Bispo) e o Sr. Mário decidiram falar com algumas técnicas da Segurança Social de Sintra – até porque, por várias vezes, já tinham participado em conjunto, na organização de algumas atividades... Foi então que as Drª. Eugénia Góis (do Centro Regional da Segurança social de Sintra) e a Drª Fernanda Cristino (da Câmara Municipal de Sintra) deram a ideia de fazerem um Centro de Convívio! Depois foi só falar com os responsáveis do pavilhão para cederem a parte de cima do pavilhão e com o Sr. Álvaro Simões mais a Dr.ª Alexandrina para cederem mais uma certa quantidade de terreno para fazerem uma nova entrada. Depararam-se com um problema financeiro! É que não havia dinheiro para fazer esta obra! O Dr. Jaime da Mata, através do Presidente da Junta de Freguesia do Almargem do Bispo, na altura Sr. Adolfo Leal, chegou até ao Vereador do Pelouro da Ação Social da Câmara Municipal da Sintra, que por sua vez lhes conseguiu uma verba de 15 mil contos!

Numa 1ª fase fez-se a sala de convívio (onde é hoje o refeitório) e alongaram até à área dos gabinetes (que inicialmente não tinha divisões). Assim criaram o Centro de Convívio. As pessoas traziam de casa diversos géneros alimentícios e partilhavam. Foi mais uma vez a Drª Eugénia Góis, apercebendo-se do que se passava no Centro que começou a reunir com outras colegas da Segurança Social de Lisboa de modo a legalizar o espaço como Centro de Convívio e possibilitar uma pequena verba para os lanches dos que aqui quisessem passar mais tempo. Para sorte da Instituição, dos utentes e até de algumas famílias do Concelho, a Associação tem acordo com o Banco Alimentar – o que é, de facto, uma mais-valia. Da Segurança Social ainda pediram um projeto arquitetónico (que era inexistente) para poder avançar com outros apoios. Foi através de um desenhador do Quartel de Mafra – Sr. Davis Franco – que se fez a planta de todo o edifício, tendo o Arq.º Maia ficado responsável pela assinatura do Projeto.

Durante 5 anos, o Centro funcionou apenas para Convívio. Foi então que no dia 1 de Novembro de 1997 foi Inaugurado como Centro de Dia, tendo sido esta a data oficial marcada com a presença da Drª Edite Estrela, na altura presidente da Câmara Municipal de Sintra. O processo de legalização ainda está em curso tendo em conta que falta a licença de ocupação.

Na instituição agora existe uma nova técnica, como diretora técnica da instituição que está a frente que é a Dr.^a Cláudia Antunes que é Educadora Social. Para realizar os seus objetivos criou e mantém as seguintes valências: Centro de Convívio, Centro de Dia e Apoio Domiciliário.

Esta Associação de Reformados é mais uma das estruturas de apoio aos idosos, existentes no nosso país. Tem-se assistido nos últimos anos a um aumento de associações desta natureza. Estes serviços têm vindo a melhorar significativamente, apesar de muitas associações ainda existirem na clandestinidade. Entender a realidade dos Centros de Apoio à 3^a idade passa por conhecer bem o terreno, conhecendo as situações pessoais e particulares de cada utente.

No que respeita às respostas sociais são as seguintes:

Centro Convívio para Idosos; Centro de Dia para Idosos; e Serviço de Apoio Domiciliário, que é uma resposta social que consiste na prestação de cuidados individualizados no domicílio, aos idosos e/ou dependentes que se encontrem em situação de solidão, dependência, e sem familiares próximos e/ou em condições de lhe prestar assistência. A prestação deste serviço procura ter em conta o desenvolvimento integral da pessoa humana, na prossecução de uma melhor qualidade de vida do cidadão idoso, integrada na perspetiva de direitos humanos e sociais que a todos assiste. Pretende, por isso, ser um serviço integrado de proteção à pessoa idosa e/ou dependente, constituindo uma ação complementar à família, com a qual assume a responsabilidade de atender às necessidades básicas do idoso ou dependente.

O Serviço de Apoio Domiciliário abrange pessoas que se encontrem numa situação de incapacidade física e/ou psíquica a necessitar de apoio para satisfação das necessidades básicas/ou atividades da vida diária e também pessoas com inexistência ou insuficiência de apoio familiar, rutura ou desajustamento familiar. A resposta social de apoio domiciliário presta cuidados individualizados e personalizados no domicílio dos utentes, quando estes por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento não podem assegurar permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas ou atividades da vida diária.

Horário e tipo de serviços que prestados em SAD pela Associação “Os Ferrinhos”	
Horário da Instituição	Horário do Serviço de Apoio Domiciliário da Instituição
Das 08h30 às 17h30	Das 08h30 às 17h30 (SAD 5 dias)

Quadro 7 – Horário e tipo de serviços prestados em Apoio Domiciliário pela Associação “Os Ferrinhos”

Fonte: Elaborado pela mestranda com base nos dados recolhidos na Instituição

O SAD funciona das 08:30 às 17:30h. Presta os seguintes serviços: Alimentação; Higiene Pessoal; Disponibilização de informação facilitadora do acesso a serviços da comunidade adequados à satisfação de outras necessidades; Transporta e acompanha os utentes em algumas deslocações especiais, de apoio médico/enfermagem; Distribuição de géneros alimentícios (através do Banco Alimentar); Atividades Lúdicas e culturais (atividades de animação).

Sempre que necessário ou simplesmente aconselhável, a associação colabora com as demais obras de carácter social existentes na freguesia e com os serviços oficiais correspondentes. Celebrar acordos de cooperação com entidades oficiais ou particulares, designadamente com o Centro Regional de Segurança Social, com o fim de receber o conveniente apoio técnico e financeiro para as suas atividades. Conjuntamente com o seu pessoal técnico e outros trabalhadores, a associação aceita a colaboração de voluntários, se dotados das aptidões requeridas para as funções cujo exercício desejam desempenhar.

Constituem receitas do Centro nomeadamente:

- a. Os auxílios financeiros da comunidade ou de outras entidades;
- b. Os subsídios de entidades oficiais ou particulares;
- c. O produto da recolha organizada de donativos (quotizações, ofertórios, etc.) como forma de estabelecer uma conveniente comunicação de bens;
- d. As ofertas de pessoas singulares;
- e. Os rendimentos de serviços e compensação dos beneficiários;
- f. O rendimento de bens próprios da associação;
- g. As heranças, legados e doações instituídos em seu favor.

Tem Parcerias/ Acordos de Cooperação com: Junta Freguesia de Almargem do Bispo; Câmara Municipal de Sintra (CMS); Banco Alimentar Contra a Fome de Lisboa

(BACaF de Lisboa). Saúde: Hospital Amadora Sintra; Centros de Saúde de Almargem do Bispo (Aces); Bombeiros Voluntários de Sintra. Acompanhamento das famílias: GNR; Instituições do concelho.

As suas modalidades de financiamento são os subsídios de organismos oficiais (Instituto da Segurança Social), das Autarquias Locais (Câmara Municipal de Sintra) e de Instituições Particulares. As doações de particulares em dinheiro ou bens. Os donativos e produtos de Festas/subscrições e outras parcerias.

Os destinatários dos serviços prestados são idosos com uma diminuição das suas capacidades. O idoso tem uma baixa auto-estima e uma baixa motivação derivado da solidão e do isolamento. Quanto à comparticipação dos utentes é consoante o serviço que lhes é prestado (Serviço de Apoio Domiciliário- SAD), o regime de comparticipação é paga parcialmente de acordo com a situação económico-financeira dos utentes.

Os destinatários- Indivíduos e famílias, prioritariamente, pessoas idosas, pessoas com deficiência, pessoas em situação de dependência.

Identificação dos elementos constituintes da Direcção da Associação “Os Ferrinhos”
<ul style="list-style-type: none">- Presidente- Vice-Presidente- Secretária- Tesoureiro- Vogal

Quadro 8 – Identificação dos elementos da Direcção da Associação “Os Ferrinhos”

Fonte: Elaborado pela mestrandia com base nos dados recolhidos na Instituição

A Direcção é composta por 1ºPresidente, 1ºVice-presidente, 1ªSecretária, 1ºTesoureiro e 1º Vogal.

A comunicação interna é uma comunicação informal que é feita verbalmente e telefonicamente, por vezes é feita por escrito ou por correio eletrónico e Messenger e existem Reuniões Presenciais. A comunicação externa é uma comunicação formal, ou seja, é feita por escrito exemplo: correio eletrónico, fax ou por despacho como é o caso das parcerias que já foram anteriormente descritas, contacto telefónico.

É uma instituição que se encontra aberta ao exterior para a comunidade.

Comparação das respostas sociais das duas Instituições em estudo	
Respostas sociais do Centro Comunitário Paroquial de Famões	Respostas sociais da Associação de Reformados, P. e Idosos “Os Ferrinhos”
Centro de Dia	Centro de Convívio
Creche, Berçário e Pré-escolar	Centro de Dia para Idosos
CAF/AAAF	
Serviço de Apoio Domiciliário (5 e 7 dias)	Serviço de Apoio Domiciliário

Quadro 9 – Comparação das respostas sociais das duas Instituições em estudo.

Fonte: Elaborado pela mestranda com base nos dados recolhidos nas Instituições.

O Centro Comunitário Paroquial de Famões tem como respostas sociais a abrangência de diferentes áreas de actuação como da infância, adolescência, família e idosos. A Associação de Reformados, Pensionistas e Idosos “Os Ferrinhos” só tem como resposta social a área de idosos.

CAPÍTULO III – A METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO E RESULTADOS

Esta parte do estudo tem como objetivo apresentar e fundamentar as opções metodológicas que estiveram presentes no desenvolvimento do mesmo. Assim, serão tratados: a definição do problema, os objetivos e também a estratégia de investigação escolhida para a concretização dos referidos objetivos. Serão igualmente delineadas as fases de desenvolvimento e especificados os vários procedimentos adotados, bem como as técnicas e instrumentos de recolha de dados.

3.1 A Metodologia

O enquadramento metodológico é muito importante, pois é ele que vai permitir ao investigador “assegurar a fiabilidade e a qualidade da investigação” (Fortin, 1999, p.40). Para esta autora “no decurso desta fase, o investigador determina os métodos que utilizará para obter as respostas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas” (Fortin, 1999, p.40).

“A metodologia tem um papel fulcral no desenvolvimento de qualquer projeto, dado que proporciona as ferramentas, as técnicas e, em suma, os métodos mediante os quais tentamos transformar a realidade a fim de a melhorar. A metodologia constitui o nervo central de um projeto (...), pelo que deverá ser cuidadosamente escolhida, provada e convenientemente avaliada em função tanto dos objetivos do projeto como dos beneficiários do mesmo” (Serrano, 2008, p.48).

Assim a metodologia implica instrumentos, métodos, técnicas, modelos e recursos que primam pela diversidade, devendo ser escolhida em função dos objetivos da investigação, e dos resultados esperados bem como do tipo de análise que se pretende efetuar.

Numa investigação identificam-se dois métodos: o qualitativo e o quantitativo, o que torna a investigação mais consistente, logo este trabalho contemplará os dois. O método qualitativo pode ser considerado um estudo exploratório e descritivo, que implica a apreciação da natureza, dos fenómenos e das perspetivas dos atores envolvidos.

No que respeita à pesquisa bibliográfica esta tem como objetivo “ (...) descobrir textos (livros, artigos, documentos) sem omitir uma referência essencial mas sem se deixar submergir pelo que não tem interesse” (Luc & al. Albarello p.30). O objetivo da pesquisa bibliográfica será o de aprofundar os conhecimentos relativamente à temática/problemática, e

para tal, serão realizadas pesquisas em biblioteca da faculdade e algum apoio disponível em sites institucionais da internet.

Assim, foi utilizada uma metodologia qualitativa que contemplou entrevistas tanto aos idosos da amostra como às coordenadoras (assistente social e educadora social) dos dois SAD selecionados, bem como observação direta e recolha de dados documentais.

Através desta metodologia, realizaram-se entrevistas às direções técnicas das valências de apoio domiciliário, o que possibilitou à mestranda ter um conhecimento mais aprofundado da realidade e dinâmica de cada uma das Instituições, tendo-se constituído como um momento único de contacto com a forma de funcionamento de um Serviço de Apoio Domiciliário.

Todo o trabalho foi pois desenvolvido por observação direta da dinâmica do SAD, nas entrevistas semiestruturadas (assistente social, educadora social e utentes), e ainda por pesquisa documental. Toda a informação recolhida nas entrevistas e nos documentos foi posteriormente tratada qualitativamente através da análise de conteúdo.

3.1.1 A questão a investigar

A autora Fortin (2009) salienta que uma questão de investigação é a base sobre a qual se apoiam os resultados da investigação. Deve ser uma interrogação precisa, escrita no presente e deve incluir os conceitos em estudo.

Deste modo a Questão de partida que vai servir de fio condutor ao longo do processo de investigação deste trabalho vai ser:

“Qual o contributo do Serviço de Apoio Domiciliário para a qualidade de vida, em meio urbano e meio rural.

3.1.2 Os objetivos

Para uma melhor noção do que se pretende alcançar com este trabalho torna-se fundamental definir os objetivos a atingir com os mesmos.

Os objetivos,

“Descrevem grandes orientações e são coerentes com as finalidades do projeto, descrevendo as grandes linhas de orientação a seguir e não são, geralmente, expressos em termos operacionais, pelo que não há possibilidade de saber se foram ou não atingidos. Definidos para todo o projeto, são globalizantes, geralmente não são datados nem localizados com precisão, sendo, no entanto, formulados em termos de verbos de ação” (Guerra, 2002 p.164).

Os objetivos específicos, segundo Guerra (2002), são objetivos que exprimem os resultados que se esperam atingir e que detalham os objetivos gerais, funcionando como a sua operacionalização, são formulados em termos operacionais, quantitativos ou qualitativos, de forma a tornar possível analisar a sua concretização, sendo frequentemente considerados como metas. Distinguem-se dos objetivos gerais porque não indicam direções a seguir, mas estádios a alcançar, e assim, são geralmente expressos em termos mais descritivos de situações a concretizar (Guerra, 2002 p.164).

Na presente investigação foram definidos os seguintes objetivos:	
Objetivos gerais	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perceber quais os vários serviços prestados no SAD em meio urbano e rural; 2. Compreender as diferenças entre um SAD urbano e um SAD rural; 3. Analisar a contribuição do SAD (urbano e rural) para a promoção do bem estar e aumento da qualidade de vida das pessoas idosas
Objetivos específicos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Analisar a intervenção do SAD em meio urbano e rural; 2. Averiguar se há diferenças na prestação dos serviços em meio urbano e rural; 3. Analisar a satisfação dos utentes relativamente aos serviços prestados; 4. Averiguar se os serviços prestados aumentam a qualidade de vida.

Quadro 10 – Objetivos gerais e específicos da investigação .

Fonte: Elaborado pela mestranda.

3.1.3 Instrumentos

Podemos de forma muito resumida referir que são quatro os instrumentos metodológicos que se podem usar no processo de recolha de informação (Ketele & Roegiers, 1993): a prática de entrevista; a observação; o recurso a questionários; o estudo de documentos.

Os instrumentos de investigação estão diretamente relacionados com a metodologia aplicada. Assim em metodologias qualitativas os instrumentos recomendados são: o gravador,

a transcrição, e em muitas vezes o investigador pode ser o único instrumento. A observação é livre, directa e participante, as entrevistas são abertas, os questionários apresentam perguntas abertas, recorre-se ao uso de fotografias e o estudo de documentos é característico deste método.

Assim, procedeu-se à seleção do instrumento no processo desta investigação tendo em conta o problema e tendo igualmente em consideração a posição do investigador.

Em investigação social a utilização do método de entrevista está sempre ligada ao método de análise de conteúdo. Ao realizar a entrevista o entrevistador deverá indicar claramente o objetivo da mesma, bem como de pedir autorização ao entrevistado caso opte por fazer uma gravação de voz.

Será aplicada a mesma entrevista às diretoras técnicas da cada uma das Instituições onde decorre o estudo, no sentido de compreender a forma de funcionamento de cada uma, mas também o papel desempenhado pelo Serviço Social e o modelo de intervenção utilizado.

Será igualmente aplicada uma entrevista a uma amostra de cinco mais um utentes das Instituições onde decorre o estudo (três utentes do Centro Comunitário Paroquial de Famões e dois utentes da Associação de Reformados, Pensionistas e Idosos “Os Ferrinhos”).

A entrevista, pelas suas características de proximidade entre entrevistado e investigador, permite a obtenção de informações e elementos de reflexão muito mais ricos do que, por exemplo, o uso do método por questionário. O tipo de entrevista que foi utilizado teve em conta o facto de ser o que pareceu mais adequado para dar cumprimento aos objetivos deste estudo, pois embora o entrevistador parta de um conjunto de questões pré-definidas, vai sempre tendo possibilidade, ao longo da entrevista, de ir introduzindo novas questões. Vai conseguindo assim obter mais informações que podem ser de grande utilidade para os resultados do estudo, sendo que esta entrevista é a que vai mais ao encontro da pesquisa qualitativa (Moreira, 1994).

Depois do consentimento foram realizadas as entrevistas semiestruturadas às duas diretoras técnicas e em seguida aos cinco mais um utentes do Serviço de Apoio Domiciliário, tendo sido todos informados sobre o contexto da entrevista e os respetivos objetivos.

De acordo com a ética de investigação, foi solicitada autorização para a gravação e utilização do conteúdo da entrevista a cada entrevistado tendo em conta a confidencialidade das informações e o anonimato dos entrevistados. Fortin (1999, p.113) afirma que “qualquer investigação efetuada junto de seres humanos levanta questões morais e éticas”.

Para esta autora

“A ética é, no seu sentido mais amplo, a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta (...) é o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta” (Fortin, 1999, p.114).

3.2 A análise dos dados

Neste ponto serão analisados os dados recolhidos caracterizando-se a amostra e apresentando-se os resultados da aplicação das entrevistas aos utentes do SAD urbano e rural, bem como as entrevistas à Assistente Social e à Educadora Social de ambos os serviços em estudo.

3.2.1 Sobre a análise dos dados

Efetou-se a recolha da opinião dos utentes sobre o serviço de apoio domiciliário, através da qual se pretendeu identificar quais as suas opiniões e experiências com a prestação dos referidos serviços por parte de ambas as Instituições em estudo.

Foi elaborado o guião de entrevista aos utentes, do qual fizeram parte sete questões.

A entrevista teve como objetivo perceber as diferenças que existem entre o meio rural e o meio urbano em contexto de serviço de apoio domiciliário.

Depois da aplicação das entrevistas aos utentes, as mesmas foram ouvidas e transcritas integralmente.

Foram aplicadas as entrevistas à Assistente Social e à Educadora Social da Instituição Urbana e Rural, respetivamente. Com estas entrevistas pretendeu-se fazer uma análise comparativa entre um serviço de apoio domiciliário urbano e um serviço de apoio domiciliário rural e perceber quais as diferenças existentes entre os dois (serviço de apoio domiciliário em meio rural e em meio urbano).

As entrevistas à assistente social e educadora social tiveram também o intuito de perceber qual a intervenção das mesmas no serviço de apoio domiciliário, e foram constituídas por um conjunto de nove questões. Depois de aplicadas, as entrevistas foram ouvidas e transcritas integralmente.

3.2.2 A caracterização da amostra

A amostra é construída tendo em vista a possibilidade de recolher informações de um grande grupo, o universo, que dadas as suas dimensões, normalmente não se pode estudar.

Uma amostra é “um subconjunto de uma população, ou de um grupo, de sujeitos que fazem parte de uma mesma população” (Fortin, 1999, p.41).

Nesta amostra três eram do sexo masculino e três do sexo feminino. Nesta investigação tivemos uma amostra composta por 5 mais 1 utentes, passo a descrever que um dos utentes estava presente mas nunca falou, quem falou por ele foi sempre a esposa, ao qual a Educadora Social fez sempre questão de mencionar de quem se estava a falar se do utente ou da utente. Foram realizadas no total 8 entrevistas 6 a utentes e 2 às diretoras técnicas de cada instituição. Esta amostra foi escolhida pela mestrandia com a ajuda das responsáveis das instituições, tendo em vista as condições intelectuais dos utentes, com o intuito de permitir captar a sua subjetividade.

Muitas vezes, ao construir-se uma amostra, estamos a pensar num grupo de maiores dimensões (o universo), mas por alguma razão (normalmente falta de tempo), não nos é possível estudá-lo na sua totalidade e por isso vamos basear-nos numa pequena amostra para termos tempo e obtendo assim resultados precisos.

3.3 Apresentação dos resultados da Investigação

Os resultados obtidos nas entrevistas, e dado tratar-se de questões de resposta subjectiva, o tratamento das mesmas foi feito através da análise de conteúdo que é um método de análise textual que se utiliza sempre em caso de entrevista.

Utiliza-se na análise dos dados qualitativos, em investigação histórica, por exemplo, ou em estudos em que os dados são apresentados sob a forma de texto escrito (Morais, 1999, pp 7-32).

Na presente investigação o tratamento dos dados foi utilizado a técnica de análise de conteúdo com base em categorias que, de acordo com Bardin (2002), se baseia em operações de desmembramento do texto em unidades, descobrindo os diferentes núcleos de sentido que constituem a comunicação. Esta técnica é hoje a mais comum na investigação empírica realizada pelas diferentes ciências humanas e sociais.

Segundo Morais (1999, pp. 7-32), trata-se de um método de análise textual que se utiliza em questões abertas de questionários e (sempre) no caso de entrevistas. Utiliza-se na análise de dados qualitativos, na investigação histórica, em estudos bibliométricos ou outros em que os dados tomam a forma de texto escrito.

3.3.1 O Serviço de Apoio Domiciliário do meio urbano e rural visto pela Assistente Social e pela Educadora Social

Como já referido foram realizadas duas entrevistas semi-estruturadas: à Assistente Social do Centro Comunitário Paroquial de Famões e à Educadora Social da Associação de Reformados, Pensionistas e Idosos “Os Ferrinhos”.

Foi elaborado um Guião de entrevista (apêndice II) que se foi adaptando ao longo da mesma, para dar a possibilidade das entrevistadas expressarem todas as suas práticas na área social enquanto trabalhadoras das referidas Instituições. Foi utilizado o gravador como forma de registo, tendo-se a partir do mesmo procedido à transcrição integral das entrevistas. Posteriormente procedeu-se à leitura e análise, procurando-se os aspetos mais significativos e agregando-se em categorias.

Como verificamos no capítulo II, no contexto desta investigação quanto a serviços prestados, Assistente social referiu o seguinte:

(...) Temos a higiene pessoal que acabamos por prestar em alguns casos uma vez por semana, noutros duas, três, noutros diariamente e em algumas situações duas vezes ao dia. (...) em que vamos de manhã, as manhãs é mais para fazer a higiene pessoal, entre tirá-los da cama, fazer o banho aqueles que conseguem ir ao banho à casa de banho outros fazemos na cama, mudar a roupa, mudar a fralda, e deixá-los ou na cama, ou posicioná-los na cadeira, ou alguns mais autónomos deixá-los pronto, eles ficarem (...) em casa sozinhos e depois à tarde regressamos para fazer a muda da fralda e muitas das vezes também fazer as transferências(...).

(...) Temos o serviço de higiene habitacional que é pequenas limpezas ao domicílio, entre mudar a cama de lavado ou limpar as casas de banho, o pó ao quarto, por onde se desloca o utente, e fazemos uma vez por semana (...).

(...) Temos também o serviço de alimentação, e este serviço é composto pela refeição do almoço e do lanche e em algumas situações, principalmente utentes que têm o serviço apoio domiciliário sete dias por semana, é também levado o jantar (...).

(...) Temos outro serviço que é o tratamento de roupas, nós temos lavandaria na Instituição e portanto trazemos a roupa (...) diária da pessoa, mas semanalmente, uma vez por semana, normalmente, trazemos a roupa do utente, a roupa do dia e também a roupa da cama... pronto, trazemos, lavamos, passamos e entregamos, isto uma vez por semana (...)

(...) Depois temos... a... aqui cuidados de saúde, nós não prestamos cuidados de saúde efetivamente, o que é que nós fazemos, articulamos quando há situações de saúde, articulamos com os centros de saúde, os chamados Aces (...) Depois temos também a questão do apoio na medicação, em algumas situações somos nós que preparamos a medicação em caixinhas para eles tomarem, noutros casos eles não conseguem preparar essa toma diária e somos nós que quando chegamos lá que damos a medicação e deixamos preparada para a refeição seguinte, varia ...depois

temos o controlo da diabetes, também, em algumas situações temos que ver como é está a glicémia, ver como é que está a tensão arterial em algumas situações (...)

(...) Depois temos outros serviços, também, que é o pagamento de serviços no exterior, muitas das vezes os utentes não conseguem vir fazer os pagamentos da água, da luz do gás, acabamos nós por fazer, da renda, aquisição de bens e serviços, pequenos alimentos (...) Temos também a questão do acompanhamento ao exterior, que por vezes acompanhamos os utentes a consultas, a exames, a análises que eles não conseguem fazer, ou a outras instituições, mesmo que não seja possível (...)

(...) Temos... também aqui, a questão que temos poucas ajudas técnicas, temos algumas (...)

A Educadora social referiu quanto a serviços prestados o seguinte:

(...) Nós temos a higiene pessoal, a higiene habitacional, alimentação, temos os cuidados de saúde externamente, pronto, porque é sempre através da equipa de cuidados continuados dos centros de saúde... as ajudas técnicas, nós processamos todo o apoio a nível de ajudas de andarilhos de camas articuladas, de cadeiras de rodas, tudo aquilo que temos que nos é dado... e temos nos nossos serviços os nossos outros serviços que são muito alargados, porquê, porque, a nível de compras, a nível de idas à farmácia, a nível de transporte ao Centro de Saúde, fazemos um acompanhamento muito alargado (...).

Comparação entre os serviços prestados aos utentes ao nível do Serviço de Apoio Domiciliário nas duas Instituições em estudo	
Centro Comunitário Paroquial de Famões	Associação de Reformados, P. e Idosos “Os Ferrinhos”
Higiene pessoal	Higiene pessoal
Higiene habitacional	Higiene habitacional
Alimentação	Alimentação
Cuidados de saúde	Cuidados de saúde
Ajudas técnicas	Ajudas técnicas
Outros Serviços	Outros Serviços
Lavandaria	-----

Quadro 11 – Comparação serviços prestados aos utentes em SAD, nas duas Instituições.

Fonte: Elaborado pela mestranda.

Foi possível constatar que relativamente aos serviços que cada uma das Instituições presta aos utentes, a nível do SAD, o seguinte:

Ambas as instituições têm o serviço de higiene pessoal, higiene habitacional, o serviço de alimentação, cuidados de saúde, ajudas técnicas e outros serviços.

A única divergência que existe entre as duas instituições é que a instituição em meio urbano tem lavandaria, enquanto a instituição em meio rural não tem.

Quanto à animação no domicílio do utente, tal como as entrevistadas afirmam no seu discurso:

AS Famões: “ (...) Depois temos a, também a questão da animação que é a animadora que vai prestar algumas catividades, quer a questão da leitura, da conversa, de fazer pequenos jogos, estamos a tentar fazer aqui a recolha de receitas para criar um livrinho para depois eles verem o produto final. Pequenas atividades daqueles que não conseguem sair de casa, a animadora, por vezes também vão a algumas casas para fazer estas pequenas atividades com eles. (...). (AS Assistente Social)

ES Ferrinhos: “(...) nós não podemos dizer que há equipas de animação no domicílio. Aquilo que nós temos é a nossa equipa de SAD, de apoio domiciliário, não é, não é estanque, ou seja não chega, faz o serviço e vai embora, temos, temos, por vezes são cerca de 40 minutos, uma hora em casa de cada utente (...) os que têm mais autonomia por vezes deslocam-se para centro de convívio à tarde que nós também temos aqui na Instituição todos os dias. Mas pronto, não há uma animação feita no domicílio, é através das nossas auxiliares é que se dá esta, a conversa, o convívio, a informação, porque também lhes levamos jornais, também levamos revistas, quando, pronto, quando eles gostam de ler, e acaba por ser assim...” (ES Educadora Social)

Relativamente aos serviços de animação prestados no domicílio dos utentes verificam-se diferenças, pois a Instituição na área urbana disponibiliza, por vezes, uma animadora para os utentes que não podem deslocar-se. Já quanto à Instituição da área rural não disponibiliza este serviço em casa do utente (apenas existe no centro de dia ou no centro de convívio onde os utentes que se podem deslocar vão normalmente durante a tarde).

Conclui-se que na instituição do meio urbano existe uma animadora que vai ao domicílio do utente fazer atividades para estes se manterem ativos.

Na instituição em meio rural não existe animadora que vá ao domicílio do utente, só existe animadora na instituição no centro de dia e centro de convívio.

Quanto ao voluntariado as entrevistadas dizem o seguinte:

AS Famões: “(...) Temos o auxílio de uma voluntária para além da voluntária cabeleireira que trata dos cuidados de imagem, (...) prestando estes cuidados que é o cortar o cabelo, sempre que necessário chamamo-la e ela vai a casa dos utentes

para pô-los ainda mais bonitos e ajudar na autoestima, temos uma visitadora digamos assim...” (AS Assistente Social)

ES Ferrinhos: “Não, nós não temos qualquer voluntariado” (ES Educadora Social).

Comparação entre os serviços prestados aos utentes ao nível do Voluntariado nas duas Instituições em estudo	
Centro Comunitário Paroquial de Famões	Associação de Reformados, P. e Idosos “Os Ferrinhos”
<p>Voluntária</p> <p>Voluntária cabeleireira</p> <p>Visitadora</p>	<p>Não existe qualquer tipo de voluntariado</p>

Quadro 12 – Comparação dos serviços prestados ao nível do Voluntariado nas duas Instituições

Fonte: Elaborado pela mestrandia.

A diferença que existe entre a instituição em meio urbano e meio rural para o voluntariado é que no meio urbano existe voluntária, voluntária cabeleireira e visitadora, enquanto no meio rural não existe qualquer tipo de voluntariado.

Como as entrevistadas afirmam no seu discurso quanto à vida no domicílio:

AS Famões: “(...) Antes eram muitos com reformas muito reduzidas. Agora há pessoas mais novas, mas a maioria tem reforma abaixo dos 500€. (...) a maioria são sempre com alguma dependência (...)”.(AS Assistente Social)

ES Ferrinhos: “Temos pessoas novas que ficaram acamadas e temos outros que é devido à idade. (...) Há os que não têm qualquer suporte familiar. (...) Financeiramente não há assim problemas de maior (...)”. (ES Educadora Social)

Chega-se à conclusão que cada vez existem pessoas mais novas a procurar o SAD por motivos de saúde, ou porque não têm qualquer tipo de suporte familiar e por terem reformas mínimas.

Em relação à idade e género em meio rural e em meio urbano as entrevistadas referem:

AS Famões: “(...)A média de idade acaba por ser entre os 60 e os 75 anos é a média, se bem que agora já nos está a aparecer muitos também nos oitentas, 83, 84, que nos vão procurando. Em termos de género que predomina mais é, sem dúvida, o feminino que vai-nos procurando mais...”.(AS Assistente Social)

ES Ferrinhos: “normalmente em média a partir dos 80 para cima é que nos pedem apoio, porque até aqui na aldeia eles são todos muito autónomos e têm uma esperança de vida muito alta. Nós temos aqui utentes com 98, 99, 100, 101, (...)”.(...) Mulheres, é muito, muito mais mulheres, muita viúva, não sei porquê, mas há muita viúva, os homens vão todos primeiro do que elas, elas são muito mais rijas.” (ES Educadora Social).

Média de idades e género predominante nos utentes de SAD em meio urbano e rural (nas duas Instituições em estudo)			
Centro Comunitário Paroquial de Famões		Associação de Reformados, P. e Idosos “Os Ferrinhos”	
Média de idades	Género que predomina	Média de idades	Género que predomina
60/75 anos	Feminino	+ de 80 anos	Feminino

Quadro 13 – Média de idades e género predominante dos utentes de SAD em meio urbano e rural.

Fonte: Elaborado pela mestranda.

No meio urbano a média de idades é mais baixa, do que no meio rural, neste meio as pessoas duram muito mais anos de vida.

Quanto às Facilidades / Dificuldades encontradas pelas entrevistadas referem o seguinte:

AS Famões: “(...)Muitas vezes aqui tem a ver um bocadinho com as acessibilidades e agora como o Centro de Saúde daqui da Pontinha, por exemplo, agora mudou para Carnide, os transportes são complicados para eles chegarem lá (...)”. a questão aqui do Hospital Beatriz Ângelo, que muitos pertencem agora lá, os transportes também são difíceis para lá, (...) e depois é também a questão que se está a passar, que é comum, que é a marcação de consultas, esta questão de ... é muito complicado (...)”.(AS Assistente Social)

ES Ferrinhos:“(...) as dificuldades que eu encontro é mesmo a nível da pessoa ter noção (...)estas pessoas são muito autónomas até muito tarde e chega a um ponto em que aí isto é da velhice e eu não preciso de ajuda., pronto, e as pessoas não querem pedir ajuda porque é normal, é da idade. (...) no fundo aquilo que queremos é que as pessoas não se isolem não se fechem porque depois há esta responsabilidade que é vermos mesmo que não seja meu utente eu sei quem é que está sozinho (...)”.(ES Educadora Social)

No que respeita a esta categoria as entrevistadas deram respostas distintas. Enquanto a AS do meio urbano focou a questão das acessibilidades, a falta de transportes, a ES do meio rural falou da questão das limitações dos utentes e da sua resistência em procurar ajuda.

Quanto à questão “onde acha que existe melhor qualidade de vida, em meio urbano ou em meio rural?” As responsáveis referiram:

AS Famões: “Eu quero acreditar, apesar de trabalhar no urbano, que se calhar é no rural, pela questão aqui da alimentação, dos produtos químicos, pela questão da poluição, pela pessoa ficar dentro do ambiente dela (...) porque há mais, se calhar, suporte de vizinhança que se calhar aqui no meio urbano não se consegue, eu acho que, por tudo isso, penso que ... rural ...”.(AS Assistente Social)

ES Ferrinhos:“(...) para melhor qualidade de vida eu acho que não tem nem dum lado nem doutro, pronto, eu acho que somos nós que damos, somos nós que proporcionamos a nós próprios ter ou não qualidade de vida. Aquilo que eu acho enquanto diretora técnica desta Instituição e enquanto educadora social é que nos compete a nós proporcionar aos idosos a qualidade de vida, ou seja, enquanto trabalhadora do meio rural digo-lhe o que vejo, que é muito bom viver aqui no meio rural, muito calmo, muito sossegado, onde as pessoas têm outro calor humano entre elas. Mas noutras situações, também acho que no meio urbano também existe, não é (...) Penso é que as pessoas do meio urbano adaptam-se melhor ao meio rural do que o contrário, pronto, uma idosa ir para um meio urbano era, como eles dizem, era o fim (...)”. (ES Educadora Social)

Perceção das responsáveis técnicas de cada uma das Instituições sobre onde existe melhor qualidade de vida (em meio urbano ou rural ?)	
Centro Comunitário Paroquial de Famões	Associação de Reformados, P. e Idosos “Os Ferrinhos”
“Eu quero acreditar (...) se calhar é no rural (...)”	“(...) é muito bom viver aqui no meio rural (...) uma idosa para ir para o meio urbano (...) era o fim”.

Quadro 14 – Perceção das responsáveis das Instituições sobre onde existe melhor qualidade de vida (em meio urbano ou rural?).

Fonte: Elaborado pela mestranda.

Em ambas as instituições conclui-se que a qualidade de vida se localizava no meio rural por diferentes aspetos.

Relativamente ao trabalho desenvolvido numa equipa multidisciplinar:

AS Famões – “É muito bom, acho que é questão da troca de saberes, da troca de experiências, das informações que nos vão surgindo de ambos ... ambos ... os colaboradores, os técnicos, não técnicos, porque isso faz com que depois o trabalho corra bem melhor em prol do utente e da qualidade de vida do utente e acho que, sem dúvida, é mesmo, e tem de ser um trabalho em equipa multidisciplinar”.(AS Assistente Social)

ES Ferrinhos – “(...)o conhecimento, o conhecimento entre, entre, há psicólogas, assistentes sociais, educadoras sociais, depois a equipa de enfermagem reúne sempre connosco também, a equipa médica, a nível dos centros de saúde os médicos de família daqui também, pronto eu acho que é importante o que fazemos assim sempre, para já estamos sempre a aprender seja com que técnico for (...)”.(ES Educadora Social)

Trabalhar em conjunto é fundamental para o desenvolvimento dos técnicos de áreas diferentes ou da mesma área e para o melhor desenvolvimento do utente.

Sobre a gestão do Serviço de Apoio Domiciliário pretendeu-se perceber como funciona o SAD ao nível dos recursos humanos, materiais, financeiros e também sobre a existência de lista de espera:

AS Famões – “(...) em termos de gestão, em termos com a equipa, portanto sou eu, enquanto coordenadora, não é? enquanto assistente social e diretora técnica do serviço de apoio domiciliário, que sou assistente social, e faço reuniões semanais com a equipa para debatermos alguns, algumas situações, fazer o ponto da situação dos utentes, sempre que necessário falo sempre com as ajudantes, diariamente falo com elas, ou pessoalmente ou via telefone (...)Nós temos a equipa que são 8 ajudantes de ação direta e nós fazemos esquemas mensais em que as equipas rodam e mensalmente (...)”. (AS Assistente Social)

ES Ferrinhos – “(...) A gestão do Apoio Domiciliário é, tem de ser, uma gestão muito controlada como todos os outros serviços, porque somos uma IPSS, não temos dinheiro (...) Quanto aos Recursos Humanos, pronto, tem a ver também com o tipo de utentes que nós vamos tendo, quanto maior a sua, a sua necessidade física, maior é a necessidade de recursos humanos. (...) Recursos Materiais, hum! Nós não temos necessidades de, assim de maior, porque vamos tendo alguns apoios também a nível da Câmara. (...) a nível de Recursos Financeiros sim, é preciso fazer uma ginástica muito grande, tem que se pedir muito apoio, tem que se aproveitar muito bem tudo aquilo que nos dão (...)Lista de espera sim, temos lista de espera, nós só podemos ter vinte e cinco utentes de apoio domiciliário e a necessidade aqui na nossa zona é muito grande(...)”. (ES Educadora Social)

Nas duas instituições existe lista de espera, sendo que a instituição em meio rural não tem o serviço de apoio domiciliário 7 dias, enquanto a instituição em meio urbano tem, logo no meio urbano não existe lista de espera para o SAD 5 dias, só existe lista de espera para SAD 7 dias.

3.3.2 Análise das entrevistas realizadas aos Utentes das Instituições

Foram realizadas cinco mais uma entrevistas semi-estruturadas: três entrevistas a Utentes do Centro Comunitário Paroquial de Famões e duas mais uma entrevistas a Utentes da Associação de Reformados, Pensionistas e Idosos “Os Ferrinhos”.

Procedeu-se tal como nas entrevistas realizadas e descritas no ponto anterior, tendo sido igualmente elaborado um Guião de entrevista (apêndice II) que se foi adaptando ao longo das mesmas. Do total das entrevistas aos utentes três mais uma entrevistas foram realizadas nos domicílios dos Utentes e duas nas respetivas Instituições.

Foi utilizado o gravador como forma de registo, tendo-se a partir do mesmo procedido à transcrição integral das entrevistas. Posteriormente procedeu-se à leitura e análise, procurando-se os aspetos mais significativos e agregando-se em categorias.

Tendo em conta o guião das entrevistas e conforme o discurso dos entrevistados, delimitaram-se as seguintes categorias:

No que respeita a tipo de serviços que são prestados em apoio domiciliário as respostas dos utentes entrevistado são as seguintes:

Utente 1 Famões – “Tenho apoio ao comer...” “E a limpeza...” , “As roupas, ... a lavandaria, sim.”

Utente 2 Famões - “É a alimentação”. “E, e é a roupa, mas é ... a lavandaria”. “(...)Sou eu é que venho fazer a higiene pessoal aqui”

Utente 3 Famões ” (...) Mudam da cama para a cadeira. (...) Fazem a higiene pessoal (...) A higiene habitacional é limpar a casa, mudar a cama de lavado, tratam-lhe da roupa.(...)só tenho três a quatro dias...(...)Trazem a alimentação?”

Utente 1 Ferrinhos - “Só alimentação”.

Utente 2 Ferrinhos - “É só lavar, lavar, dar banho”. “Alimentação tem outra pessoa, vem outro ao meio dia... e depois vem à tardinha, quando é aí três e meia ou isso assim, vem outra vez fazer a higiene...”

Tipo de serviços prestados aos utentes de SAD em meio urbano e rural (nas duas Instituições em estudo)			
Centro Comunitário Paroquial de Famões		Associação de Reformados, P. e Idosos “Os Ferrinhos”	
Utente 1	Alimentação Higiene pessoal Lavandaria	Utente 1	Alimentação
Utente 2	Alimentação Higiene pessoal Lavandaria		
Utente 3	Alimentação Higiene pessoal Higiene habitacional Outros serviços		
		Utente 2	Higiene pessoal

Quadro 15 – Tipo de serviços prestados aos utentes de SAD em meio urbano e rural.

Fonte: Elaborado pela mestranda.

Conclui-se que na sua grande maioria os utentes têm o serviço de alimentação.

O serviço de limpeza habitacional só é usufruído por um utente pertencente à instituição em meio urbano.

O serviço de tratamento de roupas é usufruído pelos utentes da instituição em meio urbano visto no meio rural não haver este serviço.

O serviço de higiene pessoal é usufruído por três utentes da instituição em meio urbano, sendo que um deles a higiene é feito na própria instituição e não ao domicílio e por um utente da instituição em meio rural.

Na instituição do meio urbano existe uma utente que usufrui do serviço, outros serviços que é as transferências da cama para a cadeira de rodas e vice-versa.

Ao nível das condições de vida todos os utentes se referem aos seus problemas de saúde:

Utente 1 Famões – “Tenho asma”.

Utente 2 Famões - “Falta de ar...”, “...uma bronquite asmática”

Utente 3 Famões - “Olhe até tenho é os diabetes”, “Colesterol, pois também...”

Utente 1 Ferrinhos – “Colesterol tenho, tensão arterial também de vez em quando também “vareia”, mas o pior é as articulações ...” “... O pior é os ossos...”

Utente 2 Ferrinhos – “ A Sra. tem: ... um ... pacemaker! ... é dores aqui... é dores nos ossos pois! Vou a andar e já vou a “atropelar” já vou assim, a cabeça sempre tonta, é...” , “Ele, tem diabetes, tem tensão...”

Chega-se á conclusão que todos os utentes entrevistados em diferentes instituições e em diferentes meios têm todos problemas de saúde o que se pode constatar é que é da idade.

No que respeita à pessoa ou pessoas a quem recorrem em caso de necessidade, os utentes referem o seguinte:

Utente 1 Famões – “Assistente Social”.

Utente 2 Famões - “Vizinhos “e “Doutora”

Utente 3 Famões - “Vizinha”, “Assistente Social”

Utente 1 Ferrinhos – “A minha irmã é que vinha, mas está doente não pode.” “A uma vizinha que é quem vem aqui todos os dias.”

Utente 2 Ferrinhos - “À minha nora”.

Na sua grande maioria os utentes recorrem a vizinhos e às responsáveis, dois utentes em meio urbano recorrem a vizinhos e um utente em meio rural, sendo que dois dos utentes que recorre a vizinhos no meio urbano também recorre a ajuda da assistente social, e o utente em meio rural que recorre a vizinhos também solicita a ajuda de familiares.

Um utente em meio urbano só solicita ajuda à assistente social, enquanto um utente em meio rural, solicita ajuda a familiares.

Relativamente a apoio recebido na residência ao nível do voluntariado, os utentes responderam:

Utente 1 Famões – “ Não.”

Utente 2 Famões - “Não vai ninguém”

Utente 3 Famões “Não vem ”

Utente 1 Ferrinhos - “Não”.

Utente 2 Ferrinhos - “...”

Os utentes responderam todos que não recebem qualquer apoio nessa área.

Quanto a atividades realizadas no domicílio, os utentes referiram as seguintes:

Utente 1 Famões – “ Não”.

Utente 2 Famões – “Agora música eu gosto de ouvir música ...ou então algum programa bom, por exemplo na Antena 1 dá um logo de manhã...que é do Zé Candeias e tal, esse tipo é fantástico!”

Utente 3 Famões “ televisão”

Utente 1 Ferrinhos – “Olhe ver televisão e estar no computador”. “Internet” “E gosto de ler”.

“Vou ao Facebook. Vou ver trabalhos manuais no Google ou no Youtube, oiço música, faço buscas”. Falo no Facebook com certas pessoas, com o meu “filho” que é o filho dela! (aqui refere-se à irmã). Anda lá no estrangeiro e eu falo aqui com ele no Facebook, por aqui, por ali, por lá ...”

Utente 2 Ferrinhos – “*Ver televisão ...*” (...)*é só conversar ali naquele Largozinho onde estão uma série de senhoras e senhores. Só que ele agora como também está mais debilitado já não consegue...*”

Muitos dos utentes fazem algumas atividades ao domicílio por conta própria mas já começam a ficar insatisfeitos ou fartos com a situação, estão saturados.

Relativamente à qualidade do serviço prestado, quando lhes é perguntado se está satisfeito com o serviço, as respostas foram:

Utente 1 Famões – “*Acho que sim*”.”*Sim. sim, sim.*” “*Sim, sim*”

Utente 2 Famões - “*Sim, absolutamente*”.

Utente 3 Famões “*Encontro, sim*”

Utente 1 Ferrinhos - “*Encontro*”.

Utente 2 Ferrinhos - “*Tudo, tudo*”.

Satisfação dos utentes quanto à qualidade dos serviços prestados em SAD em meio urbano e rural			
Centro Comunitário Paroquial de Famões		Associação de Reformados, P. e Idosos “Os Ferrinhos”	
Utente 1	Sim		
Utente 2	Sim	Utente 1	Sim
Utente 3	Sim	Utente 2	Sim

Quadro 16 – Satisfação dos utentes quanto à qualidade dos serviços prestados em SAD.

Fonte: Elaborado pela mestranda.

Sim em relação à satisfação dos serviços prestados aos utentes no domicílio as respostas foram todas na sua maioria positivas.

Quando questionados sobre onde existe melhor qualidade de vida, as respostas foram muito claras e todos emitiram a sua opinião:

Utente 1 Famões – “ No urbano. Há mais, tem-se facilidades (...)”.

Utente 2 Famões - “Rural” ,“(…)Tem todas as vantagens (...) ar... com fartura!”. “Também não é já muito puro, mas em relação à vida que eu levava, o ar, puro, puro, puro, era só lá no meio do oceano...”

Utente 3 Famões – “É de uma aldeia então? Sim é ... Acha que é nos dois lados, então? Acho que sim.”

Utente 1 Ferrinhos - “(...)É lá no rural...”. “Porque eu nasci aqui e sou salaia e sou daqui e é aqui que me criei...” “Olhe vou-lhe dizer uma coisa, eu tenho aqui a minha casa e tenho aqui a minha família mas sou apaixonada pelo Alentejo. Se eu não tivesse aqui nada nem ninguém era no Alentejo é que eu vivia ... Era num monte do Alentejo! Eu acho que eu aqui vivo no céu. É um sossego. Não se ouve uma zaragata, não se ouve um barulho, não se ouve nada, nada, nada! Anoiteceu, ou mesmo de dia, olhe, estão a ouvir? Que barulho é que se ouve aqui? Não tenho medo, não sofro de solidão, vivo aqui maravilhosamente bem!”

Utente 2 Ferrinhos - “Eu por mim é aqui na aldeia! Lá é mais seguro, não é, em Lisboa ...Aqui é mais sossegado ... mas se quiser ir a um médico ... lá é mais rápido do que aqui”

Opinião dos utentes sobre a existência de melhor qualidade de vida (em meio urbano ou em meio rural?)			
Centro Comunitário Paroquial de Famões		Associação de Reformados, P. e Idosos “Os Ferrinhos”	
Utente 1	Meio urbano		
Utente 2	Meio rural	Utente 1	Meio rural
Utente 3	Meio rural	Utente 2	Meio rural

Quadro 17 – Opinião dos utentes sobre a existência de melhor qualidade de vida (em meio urbano ou em meio rural?) Fonte: Elaborado pela mestranda.

Conclui-se que, por maioria absoluta, onde existe melhor qualidade de vida é em meio rural, pois o Serviço de Apoio Domiciliário vem contribuir para o aumento da qualidade de vida dos seus utentes.

CONCLUSÃO

Através desta dissertação pretendeu-se contribuir para o estudo das práticas de intervenção social em cuidados sociais no domicílio. Para tal centrou-se a pesquisa em duas instituições de solidariedade social ambas com estatuto jurídico de Instituição Particular de Solidariedade Social – IPSS, mas situadas em concelhos diferentes, sendo uma localizada em área considerada urbana e a outra em área rural. As duas Instituições incorporam várias respostas sociais para idosos e no nosso estudo optámos por estudar a resposta social de Serviço de Apoio Domiciliário- SAD, tentando responder à nossa questão de partida:

Qual o contributo do Serviço de Apoio Domiciliário para a qualidade de vida, em meio urbano e meio rural.

No decurso desta investigação, surgiram algumas limitações sobretudo a nível temporal o que se refletiu na dimensão da amostra que inicialmente se pretendia bem mais alargada.

Relativamente aos cuidados prestados e de harmonia com as respostas dos entrevistados, verificámos que há um número muito limitado de pessoas e as ajudantes de ação direta são as pessoas com quem mais os utentes contactam. Os utentes consideram as ajudantes de ação direta (nas duas Instituições alvo deste estudo) não só uma ajuda mas também suas amigas.

Para apreciação das categorias tratadas nas entrevistas:

Quanto aos serviços prestados da análise das entrevistas à assistente social e à educadora social foi possível constatar que relativamente aos serviços que cada uma das Instituições presta aos utentes, ao nível do SAD, os mesmos não diferem muito substancialmente, sendo mesmo muito idênticos.

As respostas revelam que os cuidados prestados pelo SAD vão ao encontro das necessidades dos utentes, sendo o fornecimento de alimentação, a higiene pessoal, a higiene habitacional, os cuidados de saúde, as ajudas técnicas e outros serviços os mais requisitados em ambas as Instituições.

Sendo que a instituição em meio rural só não tem lavandaria.

Relativamente aos serviços de animação prestados no domicílio dos utentes verifica-se que esta função acaba por ser desempenhada, em parte, pelas ajudantes de ação direta que se deslocam à residência dos utentes pois estas estão preparadas para estarem com eles

durante algum tempo, conversando, informando e convivendo, levando-lhes um pouco do mundo para dentro de casa (revistas, jornais, etc.).

Quanto ao voluntariado a Instituição na área urbana tem uma voluntária e uma voluntária cabeleireira que quando necessário se desloca a casa dos utentes e uma visitadora. Na Instituição na área rural não existe nenhum voluntário.

Como as entrevistadas afirmam no seu discurso quanto à vida no domicílio:

No que se refere às condições de vida dos utentes encontramos situações que podemos considerar idênticas, pois ambas as entrevistadas salientaram que atualmente têm situações de pessoas mais novas e que procuram o SAD por motivos de saúde (ficaram dependentes). Há também utentes que não têm qualquer suporte familiar, alguns vivem em casa própria, outros com o cônjuge ou com os filhos. De uma forma geral as reformas não ultrapassam os 500 €.

Em relação à idade nota-se que no meio rural os utentes procuram os serviços de apoio domiciliário numa idade já mais avançada. Por outro lado, em ambas as Instituições o género que predomina é o feminino.

As Facilidades/dificuldades que se encontram nas duas instituições são opostas uma á outra e por motivos também distintos.

Quanto à questão “onde acha que existe melhor qualidade de vida, em meio urbano ou em meio rural?”

As respostas das entrevistadas foram no sentido de que o meio rural é o mais propício a uma vida mais calma, com suporte de vizinhança.

Quando se fala em qualidade de vida, fala-se no sentido de uma pessoa viver a sua vida com um sentimento de bem-estar pessoal, pois tem em conta a opinião que cada indivíduo possui sobre a satisfação com a sua vida. Qualidade de vida pode ter vários significados como por exemplo o que diz respeito a como as pessoas vivem, sentem e compreendem o seu quotidiano. Qualidade vida no idoso significa que as pessoas duram mais anos de vida, mas esse período de tempo pode estar marcado por doenças incapacitando as pessoas a ter a sua própria autonomia e independência, por isso a saúde é um dos aspetos mais importantes na vida das pessoas idosas. De fato normalmente não é o problema de saúde que frequentemente condiciona a qualidade de vida ou o futuro do idoso, mas sim a sua autonomia e independência.

Um dos objetivos gerais deste trabalho foi analisar a contribuição do SAD (urbano e rural) para a promoção do bem-estar e aumento da qualidade de vida das pessoas idosas tendo como objetivo específico averiguar se os serviços prestados aumentam a qualidade de vida.

Como refere no seu discurso a assistente social os utentes tendem a pedir ajuda tardiamente, o que quer dizer que só procuram ajuda quando já estão muito dependentes o que significa que a sua situação de saúde já é muito avançada o que torna às vezes a prestação dos cuidados um bocado mais complicada porque já não conseguem melhorar a autonomia, ou seja, é um pouco tentar melhorar a qualidade de vida destes utentes, por outro lado a educadora social refere que a qualidade de vida somos nós que damos, somos nós que proporcionamos a nós próprio e que nos compete proporcionar aos outros (utentes/idosos), ter ou não qualidade de vida.

Relativamente ao trabalho desenvolvido numa equipa multidisciplinar, ambas concordam que esta é a melhor forma de poder desenvolver um bom trabalho em prol do utente.

Sobre a gestão do Serviço de Apoio Domiciliário pretendeu-se perceber como funciona o SAD ao nível dos recursos humanos, materiais, financeiros e também sobre a existência de lista de espera conclui-se que nas duas instituições existe lista de espera. No meio urbano não existe lista de espera para o SAD 5 dias só existe lista de espera para SAD 7 dias.

No que diz respeito aos utentes o tipo de serviços que são prestados em apoio domiciliário as respostas dos utentes entrevistados mostram que nem todos usufruem do conjunto de serviços oferecidos pelas duas Instituições.

Ao nível das condições de vida todos os utentes se referem aos seus problemas de saúde.

No que respeita à pessoa ou pessoas a quem recorrem em caso de necessidade, os utentes referirão que recorrem a vizinhos e às responsáveis e também solicitam a ajuda de familiares. Relativamente a apoio recebido na residência ao nível do voluntariado, os utentes responderam que nenhum tem voluntariado.

Quanto a atividades realizadas no domicílio, os utentes referiram que fazem algumas atividades no domicílio por conta própria, para se manterem ocupados.

Relativamente à qualidade do serviço prestado, quando lhes é perguntado se está satisfeito com o serviço, as respostas foram todas na sua maioria positivas.

Quando questionados sobre onde existe melhor qualidade de vida, as respostas foram muito claras e todos emitiram a sua opinião. Conclui-se que por maioria absoluta onde existe melhor qualidade de vida é em meio rural, pois o Serviço de Apoio Domiciliário vem contribuir para o aumento da qualidade de vida dos seus utentes.

O grau de satisfação com o serviço de apoio domiciliário que lhes é prestado é por todos considerado muito bom, havendo uma boa relação com todas as ajudantes de ação direta, que todos referem na entrevista serem muito simpáticas e bem dispostas.

O aumento do envelhecimento populacional originou que a velhice se passasse a considerar um problema social e a merecer atenção por parte dos nossos governantes ao nível das políticas sociais. Uma vida mais longa significa uma vida com mais riscos quer ao nível físico quer ao nível social (mais doenças, mais solidão, mais dependência).

Para um idoso ter possibilidade de continuar a viver na sua casa é muito importante e por isso é recomendável, que sempre que possível, isto aconteça. O internamento num lar de idosos deve ser sempre a última alternativa.

Na realidade, o SAD representa uma estrutura bastante vantajosa na atenção às pessoas idosas em situação de dependência, ajudando a evitar a sua institucionalização.

BIBLIOGRAFIA

- Albarello, L. & al. (1997). *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Almeida, A. (2003). *Representações sociais do desenvolvimento humano*. Psicologia: Reflexão e Crítica.
- Amaral, M. F., & Vicente, M.O. (2000). – *Grau de dependência dos idosos inscritos no centro de saúde de Castelo Branco*. “Revista Portuguesa de Saúde Pública”. Lisboa: ISSN 0870-9025. (Vol. 18), nº 2 (Julho-Dezembro), (pp.23-31).
- Baltes, P., & Baltes, M. (1993). *Successful aging: perspectives from the behavioral sciences*. New York: Cambridge University Press.
- Barreto, A., et. Al. (1996). “*A Situação em Portugal, 1960-1995*”, (3ª. ed.). Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.
- Bardin, L. (2002). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bardin L. (1995). *Aspectos psicológicos e cognitivos do envelhecimento*, in Louise Berger. *Pessoas Idosas, Uma abordagem Global*, Lisboa: Lusodidacta.
- Canavarro, M. C., Simões, M., Pereira, M., & Pintassilgo, A. L. (2005). *Desenvolvimento dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida da OMS (WHOQOL) de Portugal: Apresentação de um projecto*. Acedido em 2015, Abril, 14 http://www.aidscongress.net/html/pdf/whoqol_hiv_abstract_238_comunic_270.pdf.
- Carneiro, R. S., Falcone, E., Clark, C., Prette, Z. D., & Prette, A. D. (2007). *Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais*. Psicologia: Reflexão e Crítica. 20(2), (pp. 229-237).
- Carreira, H. (1996). *As políticas sociais em Portugal*. Lisboa: Gradiva
- Coelho, A.M. (1997). A Saúde Pública no limiar do século XXI. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Lisboa:15, nº3 (pp.5-9).
- Engenheiro, S. (2008). *Apoio Domiciliário e Qualidade: Um estudo de caso*. Tese de mestrado (ISCSP).
- Ferrão, J. (2000). *Relações entre mundo rural e mundo urbano: Evolução histórica, situação actual e pistas para o futuro*. Sociologia, Problemas e Práticas (33), (pp.45-54).
- Fleck, M. P. A., Leal, O. F., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L. & Pinzon, V. (1999a). *Desenvolvimento da versão em português do instrumento de*

- avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, (vol.21).
- Fleck, M. P. A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovjeh, E., Vieira, G., Santos, L. & Pinzon, V. (1999b). Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Revista de Saúde Pública*, (vol.33) (2), (pp. 198-205).
- Fonseca, A.M. (2006). *O Envelhecimento: uma abordagem psicológica*, (2ª ed.). Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, (pp.55 e 103).
- Fonseca, A. M. (2004). *Desenvolvimento Humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fortin, M. F. (1999). *O Processo de Investigação*. Loures: Lusociência.
- Guerra, I. (2002). *Fundamentos e Processos de uma Sociologia de Acção – O planeamento em ciências sociais*, (2ª. Ed.). Cascais: Principia.
- IEFP - Instituto de Emprego e Formação Profissional, módulos profissionais. Acedido a 17 de Março de 2015 <http://www.iefp.pt/formacao>.
- Imaginário, C. (2008). *Idoso dependente em contexto familiar*. Coimbra: Formasau.
- Jacob, L. (2007). “*Animação de Idosos*”. Lisboa: Ambar
- Jannuzzi, F.F., Cintra F. A. (2006). *Atividades de lazer em idosos durante a hospitalização*. *Revista Escolar Enfermagem, USP*; 40(2), (pp.179-87). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n2/04.pdf>.
- Ketele, J. M. & Roegiers, X. (1993). *Metodologia da Recolha de Dados, Fundamentos dos Métodos de Observações, de Questionários, de Entrevistas e de Estudo de Documentos*. Instituto Piaget.
- Mailloux-Poirier, Danielle. (1995). "As Teorias do Envelhecimento", in BERGER, Louise e, Mailloux-Poirier Danielle, *Pessoas Idosas, Uma Abordagem Global*, Lisboa: Lusodidacta, (pp. 99-105).
- Marchand, H. (2001). *Temas de desenvolvimento psicológico do adulto e do idoso*. Coimbra: Quarteto.
- Martins, R. M. (2006). Envelhecimento e Políticas Sociais. *Revista Educação, Ciência e Tecnologia*.
- Martins, R. M., (2005). “*Envelhecimento e Políticas Sociais*”. Educação e Tecnologia.
- Minois, G. (1987). *História da Velhice no Ocidente: Da Antiguidade ao Renascimento*. Teorema.

- Morais, R. (1999). Análise de conteúdo. *Revista Educação*, Porto Alegre: (v. 22), nº 37, (pp. 7-32).
- Moreira, C. D. (1994). *Planeamento e Estratégias da Investigação Social*, Lisboa: ISCSP.
- Novo, R. (2000). “*Perspectivas sobre o envelhecimento psicológico – a temporalidade humana e o sentido do envelhecimento*”. In R. Novos, Para além da eudaimonia. O bem estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada (pp.79-108). (dissertação de doutoramento) Fac. Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
- Oliveira, J. H. B. (2008). *Psicologia do Idoso: Temas Complementares*, LivPsic..
- Oliveira, B. (2010). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso* (4ª ed.). Porto: LivPsic.
- OMS, Organização Mundial de Saúde (2002). *Envelhecimento Activo: uma política de saúde*. Organização Pan-Americana da Saúde.
- OMS, Organização Mundial de Saúde (1985). *As metas de saúde para todos: metas da estratégia regional europeia da saúde para todos*. MS. Departamento de Estudos e Planeamento. Lisboa.
- Paúl, C., Fonseca, A. M. (2005a). “*Envelhecer em Portugal. Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados*”, Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C., Fonseca, A. M., Martín, I., & Amado, J. (2005b). *Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses*. In C. Paúl, & A. M. Fonseca (Eds.). *Envelhecer em Portugal. Psicologia, saúde e prestação de cuidados*, (pp.75-95). Lisboa: Climepsi Editores.
- Pimentel, L. (2005). *O Lugar Do Idoso Na Família*, (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- PNAI – Plano Nacional de Ação para a Inclusão 2006/2008;
- Ribeiro, O. (2008). *O equilíbrio psíquico do idoso*. In Rediteia, nº 41.
- Ribeiro, J.L.P (1994). *A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde*. Análise Psicológica. Lisboa: (vol.12) nº2-3. (pp.179-191).
- Rodrigues, F. (1999). *Assistência Social e Políticas Sociais em Portugal*. ISSS. Departamento Editorial, Lisboa.
- Rodrigues, M. (2006). *Efeitos de uma Intervenção Psico-Educativa nas Competências Cognitivas e Satisfação de Vida em Idosos*. Cadernos de Estudo, 3, (pp. 77-84).
- Rodrigues, S. (2008). *Mitos e preconceitos da velhice*. In Rediteia, nº 41.
- Rosa, M. J. V. (1996). *O envelhecimento e as dinâmicas demográficas da população portuguesa a partir de 1960: dos dados ao dilema*, in Situação Social em Portugal: 1960-1995, ICS, (pp. 191-214).

- Santos, A. F. A. (2008). *Qualidade de vida e solidão na terceira idade*. Porto: Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa (Monografia de licenciatura).
- Sequeira, A., & Silva, M. N. (2002). *O bem-estar da pessoa idosa em meio rural*. *Análise Psicológica*, 3, (pp. 505-516).
- Serrano, G. (2008). *Elaboração de Projectos Sociais*, Porto: Porto Editora.
- Souza, J. N., Chaves, E. C. (2005). O efeito do exercício de estimulação da memória em idosos saudáveis. *Revista Escolar Enfermagem, USP*; 39 (1), (pp.13-19). Disponível online: <http://www.scielo.br/pdf/re USP/v39n1/a02v39n1.pdf>.
- Tomasini, S. L. V. (2005). Envelhecimento e planeamento do ambiente construído em busca de um enfoque interdisciplinar. *RBCEH - Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, Passo Fundo, (pp.76-88) - jan./jun. Disponível online: <http://www.upf.tche.br/seer/index.php/rbceh/article/viewFile/22/15>.
- Varanda, E., Freitas, O. (1998). Qualidade de vida em idosos residentes em lar. *Revista Sinais Vitais*. – Coimbra: - ISSN 0872-8844. - Nº 17, (pp. 39-43).
- Vaz, E. (2008). *A Velhice na Primeira Pessoa*, (1ª ed). Editorial Novembro.

Sites consultados

- <http://www.psicologia.com.pt> Acedido a 12.01.2015.
- <http://humanamente.no.comunidades.net> Acedido a 12.01.2015.
- [http://www.infopedia.pt/\\$erik-erikson](http://www.infopedia.pt/$erik-erikson) Acedido a 12.01.2015.
- [http://www.who.int/en/\(OMS\)](http://www.who.int/en/(OMS)) Acedido a 09.04.2015.
- <http://www.universitas.pt/> Acedido a 21.03.2015.
- <http://www.portaldoenvelhecimento.net> Acedido a 12.01.2015.
- <http://saude.sapo.pt/artigos> Acedido a 12.01.2015.
- www.seg.social.pt Acedido a 11.05.2013.
- <http://www.scielo.org> Acedido a 09.04.2015).
- <http://jorgesampaio.arquivo.presidencia.pt/pt/republica/constituicao/index.html>
Acedido a 09.04.2015.
- <http://www.medicosdeportugal.iol.pt> Acedido a 12.01.2015.
- <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium32/10.pdf> Acedido a 09.04.2015.

Legislação consultada:

- DESPACHO NORMATIVO n° 62/99 de 12 de Novembro. Normas reguladoras das condições de implantação, localização e funcionamento do Apoio Domiciliário.
- DECRETO-LEI n° 56/2006 de 15 de Março. Financiamento do PAII através dos resultados líquidos dos jogos sociais explorados pela Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.
- DESPACHO CONJUNTO n° 407/98 de 18 de Junho. Orientações reguladoras da intervenção articulada do apoio social e dos cuidados de saúde continuados dirigidos às pessoas em situação de dependência.
- DECRETO-LEI n° 309-A/2000 de 30 de Novembro. Complemento por Dependência
- DECRETO-LEI n° 119/83 de 25 de Fevereiro. Registo das Instituições Particulares de Solidariedade Social
- DESPACHO CONJUNTO n° 217/99 de 9 de Março. Acesso a ajudas técnicas

Apêndices

<u>Apêndice I – Carta de apresentação</u>	II
<u>Apêndice II – Guiões de entrevista (Assistente Social, Educadora Social e Utentes)</u>	III
<u>Apêndice III – Transcrição integral das entrevistas (Assistente Social e Educadora Social)</u>	IX
<u>Apêndice IV – Grelhas de análise</u>	XXIV
<u>Apêndice V - Transcrição integral das entrevistas aos Utentes</u>	XLII
<u>Apêndice VI – Grelhas de análise</u>	LX

Apêndice I

Carta de Apresentação

Eu, Anabela Lopes Toscano, aluna de mestrado em Serviço Social Gestão de Unidades sociais e Bem Estar da Universidade Lusófona, para poder terminar o meu mestrado é necessário fazer um trabalho final que se chama dissertação, para esse estudo decidi fazer uma análise comparativa entre um Serviço de Apoio Domiciliário Urbano e um Serviço de Apoio Domiciliário Rural.

Escolhi duas instituições onde efetuarei o estudo, que são o Centro Comunitário e Paroquial de Famões situado no concelho de Odivelas e a Associação de Reformados Pensionistas e Idosos os Ferrinhos, situada no concelho de Sintra, onde terei que efetuar uma série de entrevistas tanto às Assistentes Sociais como aos utentes, a utentes autónomos e a utentes dependentes, por isso terei que me deslocar às residências de alguns utentes, venho por tanto por este meio pedir a autorização aos familiares dos utentes destas instituições que me derem permissão para me deslocar às suas casas a fim de poder efetuar as entrevistas solicitadas para poder concluir o meu estudo.

Desde já agradeço a vossa compreensão e disponibilidade, para me receberem

A todos o meu muito obrigado

Atentamente a aluna

Apêndice II

Guião de Entrevista

Entrevista dirigida a:

Assistente Social, do Centro comunitário Paroquial de Famões, que desenvolve o processo de intervenção com os idosos no serviço de apoio domiciliário na freguesia de Famões, Odivelas.

Esta entrevista tem como objetivos:

Uma análise comparativa entre um serviço de apoio domiciliário urbano e um serviço de apoio domiciliário rural. Perceber quais as diferenças que existem entre o meio rural e o meio urbano em contexto de serviço de apoio domiciliário.

Perceber qual a intervenção da AS no serviço de apoio domiciliário.

Gestão e serviços no domicílio.

1-Serviços prestados aos utentes do Apoio Domiciliário

Higiene Pessoal

Higiene habitacional

Alimentação

Cuidados de Saúde

Lavandaria (Tratamento de roupas)

Ajudas Técnicas

Outros Serviços

2- Atividades de animação realizadas no domicílio

- conversa

- música

- leitura

- filmes, outras;

3-Apoio do voluntariado

Se a instituição tem voluntários em SAD, quantos existem e como funciona?

O que fazem concretamente? (Atividades)

Qual a relação entre os voluntários e os idosos.

4- Condições de vida dos utentes do apoio domiciliário

- Saúde;
- Familiar;
- Habitacional;
- Financeira

5- Gestão do Serviço de Apoio Domiciliário

Refira como se processa a gestão do Apoio Domiciliário

- Quanto a recursos humanos
- Recursos materiais
- Recursos financeiros
- Lista de espera

6-Quais os utentes que pedem mais ajuda em termos de serviço de apoio domiciliário?

- Média de idade dos utentes entre o meio rural e o meio urbano;
- Qual o género que predomina mais?

7- Trabalha numa equipa multidisciplinar. Na sua opinião qual é a mais-valia de se trabalhar com outros profissionais da mesma área e de diferentes áreas?

8- Com o Contexto no meio urbano/rural, quais são as principais facilidades/dificuldades que encontra no trabalho com a população idosa e meio social para a sua intervenção?

9-Onde pensa que existe melhor qualidade de vida no meio urbano, ou no meio rural?

Guião de Entrevista

Entrevista dirigida a:

Educadora Social, da Associação de Reformados, Pensionistas e Idosos “Os Ferrinhos” de Covas de Ferro, que desenvolve o processo de intervenção com os idosos no serviço de apoio domiciliário na freguesia de Covas de Ferro, Sintra.

Esta entrevista tem como objetivos:

Uma análise comparativa entre um serviço de apoio domiciliário urbano e um serviço de apoio domiciliário rural. Perceber quais as diferenças que existem entre o meio rural e o meio urbano em contexto de serviço de apoio domiciliário.

Perceber qual a intervenção da AS no serviço de apoio domiciliário.

Gestão e serviços no domicílio.

1-Serviços prestados aos utentes do Apoio Domiciliário

Higiene Pessoal

Higiene habitacional

Alimentação

Cuidados de Saúde

Lavandaria (Tratamento de roupas)

Ajudas Técnicas

Outros Serviços

2- Atividades de animação realizadas no domicílio

- conversa

- música

- leitura

- filmes, outras;

3-Apoio do voluntariado

Se a instituição tem voluntários em SAD, quantos existem e como funciona?

O que fazem concretamente? (Atividades)

Qual a relação entre os voluntários e os idosos.

4- Condições de vida dos utentes do apoio domiciliário

Saúde;
Familiar;
Habitacional;
Financeira

5- Gestão do Serviço de Apoio Domiciliário

Refira como se processa a gestão do Apoio Domiciliário

Quanto a recursos humanos
Recursos materiais
Recursos financeiros
Lista de espera

6-Quais os utentes que pedem mais ajuda em termos de serviço de apoio domiciliário?

- Média de idade dos utentes entre o meio rural e o meio urbano;
- Qual o género que predomina mais?

7- Trabalha numa equipa multidisciplinar. Na sua opinião qual é a mais-valia de se trabalhar com outros profissionais da mesma área e de diferentes áreas?

8- Com o Contexto no meio urbano/rural, quais são as principais facilidades/dificuldades que encontra no trabalho com a população idosa e meio social para a sua intervenção?

9-Onde pensa que existe melhor qualidade de vida no meio urbano, ou no meio rural?

Guião de Entrevista

Entrevista dirigida a:

Utentes do serviço de apoio domiciliário, do Centro comunitário Paroquial de Famões e da Associação de Reformados e Pensionistas e Idosos “ OS Ferrinhos”.

Esta entrevista tem como finalidade:

Uma análise comparativa entre um serviço de apoio domiciliário urbano e um serviço de apoio domiciliário rural. Perceber quais as diferenças que existem entre o meio rural e o meio urbano em contexto de serviço de apoio domiciliário.

Tem como objetivos:

Perceber quais as diferenças que existem entre o meio rural e o meio urbano em contexto de serviço de apoio domiciliário.

1- Que Serviços lhe são prestados em Serviços de Apoio Domiciliário

Higiene Pessoal

Higiene habitacional

Alimentação

Cuidados de Saúde

Lavandaria (Tratamento de roupas)

Ajudas Técnicas

Outros Serviços

2- Quais são as suas condições de vida em termos de:

Saúde;

Familiar;

Habitacional;

3- A quem recorre normalmente quando tem um problema?

-Voluntária

-Assistente Social

- Ajudantes de Ação Direta

-Animadora Sócio Cultural

-Familiares

-Vizinhos/amigos

4- Se têm Apoio da voluntária/Animadora Sócio Cultural para fazer atividades

-Como é a sua relação com a voluntária/Animadora Sócio Cultural?

5- Atividades de animação são realizadas no domicílio:

Que tipos de atividades fazem?

-conversa

- música

- leitura

- filmes, outras

6-Encontra-se satisfeito com o Serviço de Apoio Domiciliário?

7-Onde pensa que existe melhor qualidade de vida no meio urbano, ou no meio rural?

Apêndice III

Transcrição Integral das Entrevistas

ENTREVISTA

(À Assistente Social do Centro Comunitário Paroquial de Famões)

Duração: 31 minutos e 3 segundos

Local: Instalações do Centro Comunitário Paroquial de Famões

Elementos presentes: Entrevistadora e Assistente Social

E: Entrevistadora

AS: Assistente Social

1- E: Estamos aqui no Centro Comunitário de Famões, hoje dia 23/01 de 2015 e vamos entrevistar a doutora Sandra Baltazar. Que serviços são prestados ao utente do Serviço de Apoio Domiciliário?

AS: Portanto, nós temos duas vertentes de apoio domiciliário, que é a vertente dos 5 e a vertente dos 7 dias na semana e os serviços que acabam por ser prestados são os mesmos de formas diferentes e se calhar o número de vezes ao dia diferentes. Temos a higiene pessoal que acabamos por prestar em alguns casos uma vez por semana, noutros duas, três, noutros diariamente e em algumas situações duas vezes ao dia. Portanto, em que vamos de manhã, as manhãs é mais para fazer a higiene pessoal, entre tirá-los da cama, fazer o banho aqueles que conseguem ir ao banho à casa de banho outros fazemos na cama, mudar a roupa, mudar a fralda, e deixá-los ou na cama, ou posicioná-los na cadeira, ou alguns mais autónomos deixá-los pronto, eles ficarem para deambularem em casa sozinhos e depois à tarde regressamos para fazer a muda da fralda e muitas das vezes também fazer as transferências que alguns ficaram na cadeira ou no cadeirão ou no sofá e à tarde passamo-los para a cama onde ficam deitados já para permanecer a noite. Ao fim de semana aqueles que têm... acabamos por fazer este trabalho só no período da manhã, portanto uma vez por dia.

Depois temos o serviço de higiene habitacional que é pequenas limpezas ao domicílio, entre mudar a cama de lavado ou limpar as casas de banho, o pó ao quarto, por onde se desloca o utente, e fazemos uma vez por semana.

Temos também o serviço de alimentação, e este serviço é composto pela refeição do almoço e do lanche e em algumas situações, principalmente utentes que têm o serviço apoio domiciliário sete dias por semana, é também levado o jantar.

A refeição é composta por almoço que é a sopa, o prato, o pão, a fruta ou o doce, mais à base da fruta, e depois vai para o lanche uma sandes, vai um litro de leite por semana e dois iogurtes, em termos de lanche. Depois temos, a parte, os que têm o jantar é a mesma coisa que o almoço, variado, mas têm à mesma sopa, prato, pão e fruta.

Temos..., ah! Em algumas situações, por vezes temos que preparar o pequeno-almoço em casa dos utentes mas não somos nós que o fornecemos é de acordo com aquilo que encontramos em casa deles.

Temos outro serviço que é o tratamento de roupas, nós temos lavandaria na Instituição e portanto trazemos a roupa semanal...a... diária da pessoa, mas semanalmente, uma vez por semana, normalmente, trazemos a roupa do utente, a roupa do dia e também a roupa da cama. Há situações... pronto, trazemos, lavamos, passamos e entregamos, isto uma vez por semana. Há situações em que fazemos isto no domicílio dos utentes. Vamos lá, e ou eles colocam na máquina e nós depois estendemos ou eles próprios estendem e nós só vamos e passamos a ferro é conforme cada caso, dependendo do que eles também decidem.

Depois temos... a... aqui cuidados de saúde, nós não prestamos cuidados de saúde efetivamente, o que é que nós fazemos, articulamos quando há situações de saúde, articulamos com os centros de saúde, os chamados Aces, não é?, Agora quer aqui o da Pontinha quer o de Odivelas, com a equipa dos cuidados continuados quer da Pontinha, quer de Odivelas, porque a nossa área de abrangência tanto é Pontinha como a zona de Odivelas, e também por vezes os hospitais, situações que temos alguma dúvidas articulamos com os hospitais, com clínicas, por exemplo a questão de utentes que estejam a fazer hemodiálise articulamos com as clínicas de diálise, é um bocadinho nesse sentido, em termos de cuidados de saúde passa um bocadinho por aí, porque não fazemos pensos, não tiramos nada, pequenos curativos se a pessoa se cortou ali naquele momento sim, fazemos, mas depois tudo o que envolve escaras já é a nível de enfermagem não mexemos.

Depois temos também a questão do apoio na medicação, em algumas situações somos nós que preparamos a medicação em caixinhas para eles tomarem, noutros casos eles não conseguem preparar essa toma diária e somos nós que quando chegamos lá que damos a medicação e deixamos preparada para a refeição seguinte, varia ...

E: E isso é feito com ajuda de algum enfermeiro?

AS: Não, é feito de acordo com a prescrição médica, a receita médica, e somos nós, as ajudantes de Ação direta, e eu enquanto assistente social, que fazemos. Depois temos o controlo da diabetes, também, em algumas situações temos que ver como é está a glicémia, ver como é que está a tensão em algumas situações também, a tensão arterial, e por vezes temos que administrar a insulina quando não é possível serem os utentes ou os familiares a administrar. Tentamos que seja sempre os utentes ou os familiares a administrarem porque muitas vezes não dá para conciliar com os nossos horários, mas quando não há alternativa...

E: E as auxiliares de Ação direta têm algum tipo de formação para poderem administrar?

AS: Sim, vão tendo formação ao longo ...

E: Para se atualizarem?

AS: Sim, ao longo do ano há várias formações, quando há dúvidas para além da formação, porque é assim, uma coisa é ter uma formação agora e só nos aparecer um utente com aquela necessidade de apoio de insulina por exemplo daqui a um ano. Se calhar daqui a um ano já não sabemos que temos que agarrar bem na pele por causa de não fazer prega, não fazer hematoma. O que nós fazemos aí nessa altura, quando nos surge essa situação voltamos a falar com o centro de saúde, normalmente ao nível dos cuidados continuados, que temos uma relação ótima, e tentamos marcar visita conjunta e eles logo naquele momento dão-nos só ali um “lamiré” de como retomar esse cuidado. Como é a questão de, às vezes das pegas, das sondas nasogástricas, quando há alimentação por seringa e nem sempre temos casos destes, quando há ali alguma dúvida falamos e eles orientam-nos um pouco, como também situações de pessoas colostomizadas, que vêm com o saco e que temos que retirar, limpar, obedece a determinados critérios.

Depois temos outros serviços, também, que é o pagamento de serviços no exterior, muitas das vezes os utentes não conseguem vir fazer os pagamentos da água, da luz do gás, acabamos nós por fazer, da renda, aquisição de bens e serviços, pequenos alimentos, às vezes o ir à mercearia, o leite, o pão diário, algumas massas, fruta, nesse sentido de, alguns... alguns detergentes, pasta de dentes, papel higiénico, algumas compras que eles por vezes não conseguem, pelo peso, pela volumetria, não é, que eles não conseguem transportar, e que estão sozinhos, quando não... isto sempre quando não há família, porque o nosso objetivo é apoiar a família, não é substituir, e portanto fazemos sempre com que, sempre que o utente possa, ele a fazer. Às vezes acontece nós acompanharmos o utente, portanto, só porque ele tem receio de descer as escadas e então, e ainda está a andar, para não criar também dependência no utente nós aí estipulamos uma tarde e vamos com ele às compras, outras vezes ele não consegue sair de casa somos nós que fazemos as compras por eles. Isto envolve dinheiros, não é, envolve que eles têm que nos dar o dinheiro, tem que bater tudo certo, e portanto, às vezes eles próprios têm alguma desconfiança e não querem dar porque é os bens deles, e portanto às vezes é um bocadinho complicado e tentamos envolvê-los a eles.

Temos também a questão do acompanhamento ao exterior, que por vezes acompanhamos os utentes a consultas, a exames, a análises que eles não conseguem fazer, ou a outras instituições, mesmo que não seja possível.

Temos os cuidados de imagem, e isso é através da nossa voluntária cabeleireira, que vai fazendo... prestando estes cuidados que é o cortar o cabelo, sempre que necessário chamamo-la e ela vai a casa dos utentes para pô-los ainda mais bonitos e ajudar na autoestima!

2- E: E o acompanhamento ao exterior é feito em carro próprio da Instituição, na ambulância dos Bombeiros?

AS: Depende, se nós tivermos que chamar o INEM e tivermos que os acompanhar porque não têm ninguém aí vamos na ambulância, se tivermos que os acompanhar a uma consulta aí é na carrinha da Instituição.

Depois temos a, também a questão da animação que é a animadora que vai prestar algumas atividades, quer a questão da leitura, da conversa, de fazer pequenos jogos, estamos a tentar fazer aqui a recolha de receitas para criar um livrinho para depois eles verem o produto final. Pequenas atividades daqueles que não conseguem sair de casa, a animadora, por vezes também vai a algumas casas para fazer estas pequenas atividades com eles. E depois temos o auxílio da voluntária também ...

3- E: Por acaso era isso que lhe ia perguntar...

AS:... Que aqui vai-se juntar um bocadinho, mas temos uma voluntária para além desta, da cabeleireira, temos também uma visitadora, digamos assim, que é para ...

E: fazer visitas ...

AS: ... aos utentes, muitas das vezes é só vir até ao jardim, passear com eles, e há aqueles que até querem vir, temos um caso de um senhor invisual que a auxiliar, se calhar não tínhamos tanta disponibilidade enquanto auxiliares para vir até ao banco do jardim com ele, aproveitamos a visita da voluntária, uma vez por semana, ela ia naquele, no dia estipulado, com ele até ao jardim, para fazer com que ele saísse de casa, e pronto, acompanhava-o, colocava o lixo no contentor, vinha até ao café, ele gostava de café, bebiam um cafezinho, voltavam. Tivemos outra situação que a senhora gostava muito de ir à missa e então a voluntária trazia-a à missa no dia da semana estipulado, pronto, isso para ela foi uma conquista muito grande, caso contrário não era possível.

E: Isso quer dizer que a relação entre a voluntária e os idosos é muito boa...

AS: Sim, sim, ...

E: ... Articulam-se ali muito bem...

AS:... por vezes até, nós sabemos que esta questão às vezes... é preciso ter a questão muito presente entre a parte do funcionário ou do voluntário e a parte do utente, e não misturar os problemas, não misturar os assuntos, por vezes eles... a aproximação é tão grande que quando há uma fatalidade, principalmente morte, porque nestes casos acaba por acontecer o falecimento, o próprio voluntário sente bastante, porque acaba por estar ali muito ligado, não é? E, portanto, considero que a ligação é muito, muito importante e boa.

4- E: Diga-me uma coisa quais é que são as condições dos utentes em serviço de Apoio Domiciliário, em termos de saúde, familiar, habitacional, financeira

AS:A...ora bem, em termos de saúde, há situações em que estão dependentes, há outros mais autónomos, a maioria acaba por ser sempre com alguma dependência e muitas das vezes o que nós sentimos é que eles só nos procuram quando efetivamente já estão muito dependentes, quando há ali o início da dependência ainda não nos procuram e quando chegam a nós já é numa fase um bocadinho avançada da situação de saúde o que torna, às vezes, a prestação dos cuidados um bocadito mais complicada porque já não conseguimos melhorar a autonomia. É um bocadinho melhorar a qualidade de vida, que às vezes é um bocadinho aflitivo, não se consegue fazer muito porque quando nos chegam já chegam numa fase muito avançada.

Nesta questão temos pessoas em termos de diagnósticos, desde AVCs, de fracturas do fémur, situações de paliativas, está-nos a começar a aparecer muitas situações de tumores, pessoas que já diagnosticaram o tumor e que já estão numa fase paliativa, temos agora também muitas situações com demência e que portanto os familiares já não conseguem fazer face sozinhos à situação e pedem-nos ajuda, muito mais, às vezes, pela higiene, porque com esta questão de demência eles acabam por não querer tomar banho ou aprofundar aqui a parte da higiene e eles acabam por nos pedir. E depois temos a diabetes, a hipertensão, o normal em termos de saúde, acaba por ser um bocadinho nesse sentido. Temos pessoas acamadas e temos pessoas semi, portanto que ainda fazem o levante que vão para o cadeirão, temos outros mais ou menos autónomos que no âmbito do ambiente deles, de casa, andam, deslocam-se, é mais é o problema da rua, em termos de escadas, pronto, mas também temos aqueles que ainda vêm à rua e só precisam ali de uma orientação em termos de, se calhar irmos lá, ou levar alimentação ou dar um banho por semana ou tratar da roupa ou da casa, e depois noutros dias eles vêm à rua, pronto, é um bocadinho variado.

Em termos familiares, temos, pronto, a maioria dos nossos utentes são idosos, e temos muitos que vivem ainda com o conjugue, e às vezes é o conjugue que cuida, o que é complicado, se o utente é idoso o conjugue também é idoso, e portanto acaba, cuidamos de um, o utente, mas de certa forma damos alento,

E: não descuidando do outro,

AS: Do cuidador, não é? Do conjugue. Depois temos aqui algumas situações de ... que vivem sozinhos, também há idosos que vivem sozinhos, não muitos, graças a Deus, não temos muitos idosos a viverem sozinhos. Temos outros que vieram que saíram das casas deles, muitos deles da aldeia, da zona onde residiram sempre, porque enviuvaram, ou porque ficaram mais dependentes e vieram residir para casa dos filhos, e portanto estão dentro do agregado dos filhos, com os filhos, com os netos. Neste sentido em questões familiares penso que é isso que pretende.

E: Sim, sim, exacto...

AS: Questões habitacionais temos algumas situações realmente que têm casa própria e aqui Famões ainda existe alguns com vivendas, portanto que eles foram construindo as vivendas, as casas, de acordo com o que iam conseguindo e portanto temos aqui casas grandes, mas que por dentro já estão a precisar de muita manutenção e portanto eles ficaram idosos e que agora a manutenção não se faz

E: Não passa uma cama articulada, não passa uma cadeira de rodas...

AS: E, às vezes a própria manutenção, se calhar está uma parede a precisar de estuque há muita humidade, quem é que faz? já não fazem...portanto tudo isto acarreta ali determinados cuidados que já não têm.

Mas depois também temos pessoas que vivem em prédios, pronto, não é só, mas aqui também funciona muito à base de vivendas, casas próprias, casas alugadas, é conforme, e outros que vieram para casa dos filhos.

E: Pois são agora os mais recentes...

AS: Questões financeiras, já vai mudando um bocadinho a procura do apoio domiciliário até há uns anos atrás a maioria, quase, todos mesmo, eram de proveniência carenciada, portanto era muito com reformas muito reduzidas, porque eram aquelas pessoas que trabalharam no campo muitos deles ou que eram pedreiros não descontavam, e portanto tinham as reformas mínimas. Agora já vai surgindo pessoas, porque também vai-nos surgindo pessoas mais novas, com sessentas, com cinquentas, às vezes com quarentas, que pediram a reforma por incapacidade, que agora é mais difícil mas que na altura que aconteceu porque tiveram um traumatismo craniano, e ficaram dependentes por um AVC, que já não conseguem trabalhar e portanto já tem uma reforma um bocadito mais elevada. Mas o mais elevado que a gente fala, estamos a falar de 300, 400 €. É difícil passar daqui, claro que temos um caso ou outro de mil ou oitocentos, mas entre cinquenta quase temos se calhar dois assim. A maioria é abaixo dos 500 €.

5- E: Ia-lhe agora pedir para me falar um pouco sobre a gestão do Serviço de Apoio Domiciliário? Refira como se processa a gestão de serviço de apoio domiciliário quanto a recursos humanos, recursos materiais, recursos financeiros e se existe neste momento lista de espera para o serviço de apoio domiciliário.

AS:A gestão, é assim, começa tudo em termos de quando nos chega o utente, não sei se é um bocadinho este processo que quer, como é que o utente nos chega, se é depois trabalhar com a equipa... as duas coisas...

E: As duas coisas,

AS: Como é que chega? O utente pode-nos chegar via hospital, via centro de saúde, via familiar, via o próprio utente, ou via vizinhos ou polícia, pronto é alguma sinalização que nos chega. E depois é feita uma entrevista, ou aqui na Instituição, ou quando eles não se conseguem deslocar é feita a própria entrevista no domicilio do utente, ou com o utente ou com o cuidador responsável, para dar início ao processo para preencher a ficha de inscrição, fazer aqui algumas perguntas para perceber alguma dependência e para também estabelecer um bocadinho um plano de cuidados. É feita a recolha da documentação e depois de tudo isto, e depois de fazer a entrevista é feita uma visita domiciliária, se ainda não foi na altura da entrevista é feita a visita domiciliária e só após a visita domiciliária, porque detectamos as reais necessidades do utente naquele momento, não é? Porque uma coisa é eles nos dizerem que têm o poliban adaptado ou que não têm, ou que têm uma barra para segurar ou que não têm, e depois no local nós acabamos por ver estratégias diferentes de atuação, porque às vezes chegam-nos aqui a dizer que precisam disto, daquilo e depois na realidade quando... quando vamos dizemos e então já tentou fazer assim, ou

assim, já não precisam bem daquilo que achavam que precisavam, precisam é de outras...outros determinados serviços e portanto acho que com a visita domiciliária conseguimos nos aperceber melhor.

...E depois da visita domiciliária é comunicado o valor da mensalidade, e após isso e aprovando a admissão, iniciamos o apoio domiciliário juntamente com as ajudantes de Ação direta e eu por norma vou sempre no primeiro dia com as ajudantes porque já há uma pessoa de referência, eu já estive na entrevista com o utente, estive na visita e portanto é mais uma segurança real, não é, que se vai identificar. Depois em termos de gestão, em termos com a equipa, portanto sou eu, enquanto coordenadora, não é? Enquanto assistente social e diretora técnica do serviço de apoio domiciliário, que sou assistente social, e faço reuniões semanais com a equipa para debatermos alguns, algumas situações, fazer o ponto da situação dos utentes, sempre que necessário falo sempre com as ajudantes, diariamente falo com elas, ou pessoalmente ou via telefone, e vamos gerindo um bocadinho a equipa. Nós temos a equipa que são 8 ajudantes de Ação direta e nós fazemos esquemas mensais em que as equipas rodam e mensalmente, quer por causa dos utentes, quer pela própria equipa, para não criar vícios, para não criar hábitos, porque depois o utente fica muito dependente daquela funcionária, e se aquela funcionária fica doente, ou vai de férias, ou alguma situação, eles depois podem já não se sentir à vontade com outra, então é para que isso não aconteça e para não criar, às vezes, os maus vícios também, acabam por rodar mensalmente. Também acabam por criar também laços diferentes ...

E: Exatamente ...

AS: Depois a gestão da equipa é toda esta a gestão do dia-a-dia que já falámos, e para além disso temos também a responsabilidade da manutenção das carrinhas que as ajudantes de Ação direta transportam-se nas carrinhas da Instituição para prestar apoio aos utentes no domicílio e portanto têm que ser elas a garantir também a manutenção destas carrinhas, quer ir ao mecânico, quer a limpeza, a higiene das carrinhas ...

E: Ver se está o seguro em dia ... pôr o gasóleo ...

AS: Tudo isso, são elas que põem o combustível, veem os óleos. Temos também aqui na parte da gestão do apoio domiciliário, um bocadinho que entra aqui, a questão que temos poucas ajudas técnicas. Temos algumas que são do Centro de Saúde da Pontinha, que é da gestão deles, mas eles não conseguiram ter espaço físico para as guardar e pediram-nos a nós para guardá-las. Nós guardamos, mas as que são deles atribuímos só quando eles nos dão autorização, portanto, para os utentes deles, e nós como temos poucas e como não fazemos manutenção acabamos por não cobrar mensalidade. É cobrada apenas uma caução quando é devolvida, quando nos entregam nas mesmas condições que nós entregámos.

E: Ou seja, guardam, mas quando precisam por ter poucas ajudas técnicas podem se podem usar? É isso?

AS: Como? Peço desculpa, agora não percebi eu bem.

E: Guardam o material do Centro de Saúde da Pontinha, mas quando precisam, porque têm poucas ajudas técnicas podem se podem utilizar, é isso?

AS: Não, não propriamente. As ajudas são deles, normalmente os utentes também são comuns, aqueles que são nossos do apoio domiciliário, muitos deles têm o Centro de Saúde da Pontinha a prestar cuidados, umas vezes médico, outras vezes enfermagem, portanto ainda não temos tido necessidade de, utentes que são nossos, de precisarem de alguma ajuda técnica e de ter de pedir ao Centro de Saúde se posso emprestar, se me podem ceder essa ajuda técnica. Claro que se

acontecer falaremos e como temos uma boa ligação, de certeza que não é recusada, só que é um bocadinho complicado porque o que eles nos vão dizer é: então e depois se um utente precisar?

E: Exatamente, era isso...

AS: Pronto, o que nós sugerimos aqui é quando não temos, porque poucas temos, é que damos indicação de algumas instituições, algumas clínicas, alguns centros que têm as ajudas técnicas a preço de mensalidade, que depois o problema disto é que é tudo mensalidade, e encaminhamos para aí. E quando vemos que é uma situação muito complicada, como nós não cobramos mensalidade acabamos por perguntar. Se houver vários... as camas, as camas até temos algumas. Se for uma situação de cama articulada, se calhar sim, mas se for cadeira de rodas, só temos uma cadeira de rodas, dificilmente dá para ceder!

E: Se calhar é preferível alugarem, os familiares dos utentes alugarem uma cadeira de rodas, do que estarem a comprar e depois ficarem lá com uma cadeira de rodas.

AS: Sim é. Muitos deles alugam, muitos deles já não compram, alugam nos centros... Em termos de gestão, pronto, penso que é mais ou menos isto. Depois é a gestão do dia-a-dia, das férias, das faltas, nós vimos também a questão das luvas, dos aventais, dos materiais que compramos, e que é das nossas responsabilidades, materiais, os desinfetantes, sei lá, também da nossa gestão, isso. Depois enquanto eu responsável pela equipa tenho também reuniões de coordenação com o diretor e com os outros coordenadores para também gerirmos aqui ... o ... entre todas as unidades...

E: Há uma articulação ... entre as respostas ...

AS: Sim. Quanto aos Recursos humanos penso que também já respondi, é uma assistente social, 8 ajudantes de Ação direta e uma animadora sociocultural mas que está com pouco tempo para nós, está mais atribuída ao Centro de Dia.

Quanto aos Recursos Materiais, são realmente os materiais descartáveis, as luvas, aventais, as máscaras que a gente adquire, as carrinhas, pronto e depois temos materiais de ..., as mangueiras, o aspirador para lavar os carros, pronto, mas acho que isso não é bem o que pretende ...

Recursos Financeiros é um bocadinho os apoios da Segurança Social, da Câmara, a nível do Pingo Doce aqui de Odivelas, do Strada Odivelas, também nos ajuda bastante com a parte alimentar portanto penso que logo aí conseguimos diminuir um bocadinho aqui o nosso ... as nossas despesas.

A nível de lista de espera atualmente só tem lista de espera para o serviço de apoio domiciliário 7 dias, portanto alguns utentes que até já têm os 5, mas que beneficiariam e precisavam e querem 7, e não consigo alargar para os 7. Só para perceber porque nós temos acordo com a Segurança Social para 5 dias, temos acordo para 30 utentes e para 7 dias temos acordo para 12. Efetivamente nós neste momento estamos a prestar apoio domiciliário a 36 utentes agora já até há um mês atrás foi 40, pronto, isto vai oscilando...

E: Exato ...

AS:... e aí nos 7 dias estamos com 16 também, portanto isto ...

E: Está acima da média ...

AS:... é um bocadinho ... Acabamos por não ter lista de espera nos de 5.

6- E: Agora iria perguntar-lhe quais os utentes que pedem mais ajuda em termos de Serviço de Apoio Domiciliário? A média de idades e o género dos utentes daqui que é mais do meio urbano? Qual é que é o género que predomina mais?

AS: A média de idade acaba por ser entre os 60 e os 75 anos é a média, se bem que agora já nos está a aparecer muitos também nos oitentas, 83, 84, que nos vão procurando. Em termos de género que predomina mais é, sem dúvida, o feminino que vai-nos procurando mais, também às vezes. Porque o conjugue, marido, não está a conseguir cuidar da esposa que ficou dependente, porque era ela a autónoma lá de casa, era ela que cuidava de tudo, e agora é ela que fica dependente de alguém e às vezes o marido, o conjugue não consegue cuidar e pede-nos apoio. Outra das situações, às vezes, é por viuvez, ou o marido faleceu e acaba por ser necessário o nosso apoio.

7- E: Trabalha numa equipa multidisciplinar. Na sua opinião qual é que é a mais-valia de se trabalhar com os profissionais da mesma área e de diferentes áreas?

AS: É muito bom, acho que é questão da troca de saberes, da troca de experiências, das informações que nos vão surgindo de ambos ... ambos ... os colaboradores, os técnicos, não técnicos, porque isso faz com que depois o trabalho corra bem melhor em prol do utente e da qualidade de vida do utente e acho que, sem dúvida, é mesmo, e tem de ser um trabalho em equipa multidisciplinar.

8- E: No contexto em meio urbano quais as dificuldades que encontra para a sua população?

AS: Muitas vezes aqui tem a ver um bocadinho com as acessibilidades e agora como o Centro de Saúde daqui da Pontinha, por exemplo, agora mudou para Carnide, os transportes são complicados para eles chegarem lá. A paragem do autocarro não para perto, estamos a detectar uma questão que eles me alertaram que é há pouca luz, falta lá um candeeiro à noite agora com o inverno não tem muita luminosidade. A questão de ... telefónica, por exemplo, desta parte aqui de Carnide está difícil porque não se consegue ligar para lá para marcar consulta. Portanto acabou por dificultar.

Depois outra questão, é a questão... é com a questão aqui do Hospital Beatriz Ângelo, que muitos pertencem agora lá, os transportes também são difíceis para lá, porque para irem para Santa Maria se calhar apanhavam dois para ir para Loures apanham três ou quatro, as paragens são diferentes, é muito mais distante, é um bocadinho isso que nós estamos a sentir que é os ... ficarem longe, os transportes, e depois é também a questão que se está a passar, que é comum, que é a marcação de consultas, esta questão de ... é muito complicado eles às vezes marcarem consultas para os médicos de família, eles estão a ficar sem médicos, os médicos já tinham alguma idade e foram embora, e portanto consultas para os médicos de recurso é complicado, é muito o que nós sentimos aqui a nível da saúde é as nossas mais, as nossas maiores dificuldades.

9- E: Onde pensa que existe melhor qualidade de vida no meio urbano, ou no meio rural?

AS: Eu quero acreditar, apesar de trabalhar no urbano, que se calhar é no rural, pela questão aqui da alimentação, dos produtos químicos, pela questão da poluição, pela pessoa ficar dentro do ambiente dela, não vir, não ser de... não tirar as raízes, porque muitos deles viviam nas terras deles e agora porque ficaram viúvos ou ficaram dependentes vêm para casa dos filhos, para o meio urbano, estão completamente desenraizados e portanto eu acho que, por tudo isso, penso que ... rural...

E: Mas pensa que ...

AS:... porque há mais, se calhar, suporte de vizinhança que se calhar aqui no meio urbano não se consegue, mal ou bem ...

E: **Exato! Então é o rural. Mas quando referi aqui qual é que seria a média de idades disse que era entre os 60 e os 75 anos mas também já começaram a surgir 83, 84, o que é que pensa que aconteceu para que esta idade agora seja já um bocadinho avançada em termos do meio urbano? Geralmente esta idade encontra-se mais no meio rural.**

AS: Precisamente por isso, eles ficaram viúvos ou dependentes e vieram para casa dos filhos. Eles estavam no meio rural deles e vieram para o meio urbano. Nos meus casos, muitos deles é isto que está a acontecer.

E: **OK. Muito abrigada então doutora.**

ENTREVISTA

(À Educadora Social da Associação de Reformados, Pensionistas e Idosos “Os Ferrinhos”)

Duração: 22 m e 55 s

Local: Instalações da Associação

Elementos presentes: Entrevistadora e Educadora Social

E: Entrevistadora

ES: Educadora Social

1- E: **Estamos aqui na Associação Reformados e Pensionistas “os Ferrinhos”. Hoje estamos a 13/02 de 2015 e vamos entrevistar a doutora Cláudia Antunes que é Educadora Social e diretora técnica da instituição. - Boa tarde doutora...**

ES: Boa tarde...

E: **Iria começar por perguntar quais é que são os serviços que são prestados aos utentes aqui na instituição de serviço de apoio domiciliário?**

ES: -Nós temos a higiene pessoal, a higiene habitacional, alimentação, temos os cuidados de saúde externamente, pronto, porque é sempre através da equipa de cuidados continuados dos centros de saúde daqui das aldeias; as ajudas técnicas, nós processamos todo o apoio a nível de ajudas de andarilhos de camas articuladas, de cadeiras de rodas, tudo aquilo que temos que nos é dado, ou, que nos é dado seja por instituições seja por familiares de utentes que já tenham falecido, nós acabamos por emprestar, não é, estas ajudas a quem precisa, e temos nos nossos serviços os nossos outros serviços que são muito alargados, porquê, porque, a nível de compras, a nível de idas à farmácia, a nível de transporte ao Centro de Saúde, fazemos um acompanhamento muito alargado, pronto, ou por falta da família, ou por falta de tempo, ou por falta de à-vontade para pedir às famílias, pronto, e é os serviços que prestamos.

2- E: **Ok. Em termos de atividades de animação há atividades realizadas no domicílio?**

ES: Não, nós não podemos dizer que há equipas de animação realizadas no domicílio.

Aquilo que nós temos é a nossa equipa de SAD, de apoio domiciliário, não é, não é estanque, ou seja não chega, faz o serviço e vai embora, temos, temos, por vezes são cerca de 40 minutos, uma hora em casa de cada utente, tenho duas equipas de apoio domiciliário para 25 utentes, não, não temos mais em apoio domiciliário, os que têm mais autonomia por vezes deslocam-se para centro de convívio que nós também temos aqui na Instituição, ou seja é-lhes feita a higiene pessoal, por exemplo, de manhã alimentação e à tarde vêm para Centro de Convívio, logo a animação é feita aqui animação todos os dias à tarde. Mas pronto, não há uma animação feita no domicílio, é através das nossas auxiliares é que se dá esta, a conversa, o convívio, a informação, porque também lhes levamos jornais, também levamos revistas, quando, pronto, quando eles gostam de ler, e acaba por ser assim...

3- E: Pronto, então não há aqui um voluntário que preste apoio aos utentes do SAD?

ES: Não, não, nós não temos qualquer voluntariado.

E: Então, agora iria perguntar que condições de vida têm os utentes do Serviço de Apoio Domiciliário em termos de saúde, habitacional, financeira?

ES: Pronto, em termos de saúde, não é, não é assim tão só derivado à idade, temos todos, todos os aspetos possíveis e imaginários. Temos pessoas novas, relativamente novas, estamos a falar de cinquenta anos, que por questões de acidentes, por questões, pronto, que ficaram acamadas, e logo usufruindo dos nossos serviços, diariamente várias vezes ao dia, e temos outros devido à idade, que vão tendo hipertensão, diabetes, as coisas chamadas da idade, o colesterol, onde a alimentação é fornecida por nós e tem de ter esse tipo de cuidados, seja para diabéticos, seja para hipertensos, pronto, a nível de saúde é, é um bocadinho de tudo. Depois a nível familiar, a nível familiar temos também de tudo, pronto, temos aqueles que não têm qualquer suporte familiar, que não têm, são completamente isolados, só nos têm a nós, temos aqueles que têm família mas que a família não tem tempo, disponibilidade, ou não vivem por, não vivem aqui perto e nós temos que ser o pilar também destas, destes utentes, ou então aqueles que têm família mas que não querem pedir à família ou a família não lho quer fazer, pronto, é um bocadinho de tudo. A nível habitacional, não temos, não temos utentes com problemas a nível de habitação, apesar de serem habitações todas velhinhas, casas antigas, têm todas casas próprias que vão sendo remodeladas ao longo dos anos e que têm as condições que para eles são as ideais e para isso estamos a falar que todos têm água canalizada, luz, rede de esgotos, todos têm aquecimentos, não é, claro que não têm ares condicionados, não têm aqueles de parede, não é, pronto têm nível de aquecimentos a óleo, ventiladores ...

E: A gás ...

ES: A gás nós não aconselhamos muito, pronto, porquê, aqueles que aconselhamos mais são realmente os de óleo, porquê, porque o risco é menor, e estamos a falar de utentes que passam muito tempo sozinhos e que o controle acaba por ser nosso. E então os de gás há o risco de ou o gás ficar aberto, de, há sempre um risco,

E: E os elétricos também há o risco de deixarem a eletricidade ligada...

ES: Pronto, daqueles, daqueles, sim, sim, mas não, normalmente a maioria deles tem ou o termo ventilador que não há um aquecimento exterior, que não há o risco de queimar nada, ou então, ou então os aquecedores...

E: A óleo

ES: ... a óleo e todos têm, praticamente, se não, nós tivemos o cuidado também de este ano fazer um pedido de cobertores, mantas, aquecedores, e aqueles que não tinham nós fornecemos e as condições habitacionais são muito, são boas, pronto, podem-se dizer que são boas ...

4- E: Ele aqui quando pergunto sobre condições habitacionais é em relação se as habitações são próprias no sentido não é de serem próprias da pessoa é se têm as condições normais para os problemas de saúde que as pessoas têm?

ES: A nível disso, todas têm também. Mal ou bem, nós vamos tentando criar as condições para as necessidades deles...

E: Pois, é porque uma cadeira de rodas se calhar tem de ter uma porta própria para se poder passar com ela.

ES: Nunca tivemos essa situação, todas as casas dos nossos utentes as cadeiras de rodas passam perfeitamente bem, não sei se era alguma norma antiga das portas serem mais largas, não temos esse tipo de problema.

E: Pois, é a vantagem ...

ES: Não temos ninguém que tenha que se ter partido uma porta para aumentar, não, não temos isso. Se houver alguma dificuldade temos que contorná-la, não é, se sabemos que há um utente que tem uma dificuldade, ou um quarto mais pequeno, ou umas condições diferentes no quarto que não dá para ter a cadeira de rodas e a cama, tentamos pronto, dar aqui uma soluçõzinha porque as pessoas depois, por vezes, é que não querem ter as condições. Se têm uma cama de casal não querem retirar para uma articulada de corpo e meio, pronto, é mais por aí, mas são situações que nós acabamos por contornar e pronto. Financeira, também, também há de tudo, pronto, há aquelas pessoas que têm mais dificuldades, há aquelas que têm menos, mas não há assim dificuldades de maior.

5- E: Em relação à gestão do Serviço de Apoio Domiciliário refira-me como se processa a gestão do Serviço de Apoio Domiciliário aqui na Associação dos Ferrinhos quanto aos Recursos Humanos, Recursos Materiais, Recursos Financeiros, se existe lista de espera ou não neste momento?

ES: Pronto, a gestão do Apoio Domiciliário é, tem de ser, uma gestão muito controlada como todos os outros serviços, porque somos uma IPSS, não temos dinheiro, para que não haja uma boa gestão, pelo contrário, tem de ser tudo muito bem gerido. Quanto aos Recursos Humanos, pronto, tem a ver também com o tipo de utentes que nós vamos tendo, quanto maior a sua, a sua necessidade física, maior é a necessidade de recursos humanos porque eu se tiver pessoas completamente acamadas, eu tenho de ter uma equipa, se calhar mais competente, não é mais competente no sentido ...

E: Com mais ...

ES: Com mais força e ter logo mais pessoas para poderem apoiar noutra equipa, enquanto aquela fica ali, mais aptas às reais necessidades dos utentes.

E: Elas têm formação especializada?

ES: Todas têm formação, todos os anos temos duas ou três formações, é dada pela equipa de enfermagem, pela equipa médica, por mim, vamos tirando também estas formações, pronto, vamos sempre ...

E: Então pronto, portanto em relação aos recursos humanos quantos mais utentes têm, mais necessidade têm de auxiliares de Ação direta e com força para pessoas acamadas?

ES: Aí está, eu posso ter mais três ou quatro utentes que não tenham uma necessidade tão alargada de apoio, porquê, porque se ainda há alguma mobilidade, se é só fazer a higiene e após a higiene apoiar com o andarilho ou com não é, eu não tenho, não é necessário tanto tempo nem tantos funcionários

E: Exato.

ES: Se eu tiver mais utentes acamados, completamente acamados, que têm de ser duas pessoas para levantar, para sentar na cadeira, para imobilizar, pronto eu aí tenho que acrescentar logo mais uma funcionária porque só uma não dá. Recursos Materiais, hum! Nós não temos necessidades de, assim de maior, porque vamos tendo alguns apoios também a nível da Câmara e os restantes recursos materiais o que é que poderá ser? A nível de transportes pronto, a nível de carrinhas, neste momento temos quatro carrinhas, não temos necessidade de mais, tem que haver uma gestão muito grande a nível das carrinhas, porquê, porque há muita coisa a pagar, há gasóleos, nós nas aldeias não temos transportes, nem podemos deslocar-nos aos utentes a pé, pronto, porque apesar de ser aldeia são todos muito distantes, nós abrangemos a freguesia toda, e tudo nas aldeias acaba por ser distante porque, pronto, há muito mato pelo meio e então tem de se gerir muito bem a questão do gasóleo, gerir muito bem o tempo das funcionárias, porque felizmente a nossa equipa está muito bem enquadrada e, e eu posso dizer que tenho uma equipa que gosta muito daquilo que faz, e neste momento não há aquela questão de ok eu saio às cinco, eu tenho mesmo de estar ali às cinco, todas elas lidam com o trabalho de uma forma de ajudar o outro, apoio ao outro no que o outro precisa, e então dá-me algum à-vontade, os recursos humanos não me, não me dão muito trabalho. Pronto a nível de materiais também já lhe disse, a nível de Recursos Financeiros sim, é preciso fazer uma ginástica muito grande, tem que se pedir muito apoio, tem que se aproveitar muito bem tudo aquilo que nos dão. Na aldeia dão-nos muita coisa a nível de legumes, a nível de fruta, pronto e depois é tentar com os nossos fornecedores preços mais acessíveis e ao mesmo tempo tendo em conta os nossos utentes, que estamos na aldeia e que não estão habituados a comer nem hambúrgueres, nem almondegas, nem esse tipo de coisas assim, pronto, então temos que gerir isto tudo muito bem e é contar com os apoios de todos, com a boa vontade de todos. Lista de espera sim, temos lista de espera, nós só podemos ter vinte e cinco utentes de apoio domiciliário e a necessidade aqui na nossa zona é muito grande, o que é que acontece, acontece que nós temos lista de espera e muitas vezes quando há necessidade com alguma urgência as nossas funcionárias, por vezes a título particular acabam por ir prestando auxílio mais a, o básico à pessoa em questão e assim que houver uma vaga então entra.

6- E: Quais os utentes que pedem mais ajuda em termos de Serviço de Apoio Domiciliário? E a média de idades dos utentes em meio rural? E qual o género que predomina mais?

ES: Normalmente é a partir, normalmente em média a partir dos 80 para cima é que nos pedem apoio, porque até aqui na aldeia eles são todos muito autónomos e têm uma esperança de vida muito alta. Nós temos aqui utentes com 98, 99, 100, 101, pronto, temos aqui, e é tudo, e raros os utentes abaixo dos 70, e os 80 é mesmo porque as necessidades são mesmo muito grandes.

E: E qual o género que predomina mais?

ES: Mulheres, é muito, muito mais mulheres, muita viúva, não sei porquê, mas há muita viúva, os homens vão todos primeiro do que elas, elas são muito mais rijas.

7- E: Trabalha numa equipa multidisciplinar, na sua opinião qual é a mais-valia de se trabalhar com outros profissionais da mesma área e de áreas diferentes?

ES: O trabalho com uma equipa multidisciplinar, a nível mesmo da Instituição sou eu, tenho uma fisioterapeuta, tenho uma enfermeira que vem cá, não é mesmo funcionária de cá mas faz parte da minha equipa de trabalho, fora isso trabalhamos muito bem em conjunto com todas as outras instituições aqui da freguesia, que ainda há algumas, trocamos muitas ideias, nunca houve rivalidades mas sim ...

E: Uma ajuda mútua ...

ES: E o conhecimento, o conhecimento entre, entre, há psicólogas, assistentes sociais, educadoras sociais, depois a equipa de enfermagem reúne sempre connosco também, a equipa médica, a nível dos centros de saúde os médicos de família daqui também, pronto eu acho que é importante o que fazemos assim sempre, para já estamos sempre a aprender seja com que técnico for, até da mesma área, não é, temos visões diferentes e depois duas cabeças a pensar pensam sempre melhor do que uma, eu costumo dizer isto, acho que nós estamos sempre a aprender e a mais valia é, lá está, é eu tenho por exemplo um utente que não tem acompanhamento psicológico mas tem alguma necessidade, mas não quer, não aceita, se calhar cabe-me a mim falar com a psicóloga para ela o apoiar e eu poder encaminhar este senhor ou esta senhora corretamente e para que ela perceba a necessidade. Às vezes acabamos por fazer este papel de intermediário para que as pessoas tenham necessidade das suas necessidades, tenham noção das suas necessidades...

E: A própria vida é uma aprendizagem ...

ES: Claro, claro que sim, nós estamos sempre a aprender até com os utentes. Aprendemos muito!

8- E: No contexto de um meio urbano ou rural quais as principais facilidades ou dificuldades que encontra no trabalho com a população idosa e meio social para a sua intervenção?

ES: Pronto, as dificuldades que eu encontro é mesmo a nível da pessoa ter noção portanto que é assim, porque como eu já disse anteriormente é assim estas pessoas são muito autónomas até muito tarde e chega a um ponto em que aí isto é da velhice e eu não preciso de ajuda., é simplesmente da velhice. Não, não é, às vezes noto que as pessoas se estão a isolar em casa porque já não conseguem ir às compras, ir aqui ou ir ali, por limitações, por problemas nas articulações, mobilidade, pronto, e as pessoas não querem pedir ajuda porque é normal, é da idade e é aí que eu encontro alguma resistência das pessoas, pronto, é dizer que não, nós estamos aqui é para ajudar, e tenho de entrar numa de ok, nós estamos aqui para ajudar não vamos falar cá em pagamentos nem nada, tem que ser assim um bocadinho. Vamo-los ajudar e é verdade no fundo aquilo que queremos é que as pessoas não se isolem não se fechem porque depois há esta responsabilidade que é vermos mesmo que não seja meu utente eu sei quem é que está sozinho, quem tem um filho, quem é que não tem, para podermos apoiar e aí tenho um bocadinho de dificuldade que é às vezes as pessoas deixarem-se ser ajudadas ...

E: Então estão doentes mas não aceitam ...

ES: Não, não e não aceitarem, é, acham que é normal da idade...

E: Ou seja, é da idade mas não, não dão o braço a torcer ...

ES: ... logo não há necessidade de ...

E: É da idade não há nada a fazer ...

ES: É, é claro que precisam de pedir ajuda, nós precisamos sempre de ajuda dos outros e aí é que as pessoas acham que não. Isto é da idade já não há nada a fazer, não há nada a fazer porque eu estou a perder o andar e já a minha mãe foi assim, a minha mãe ficou em casa, pronto e aí eu vejo essa, essa lutazinha que eu tenho com eles pronto e depois, depois tenho os outros que acham sempre que estão muito pior do que aquilo que estão, é os hipocondríacos da aldeia, que é complicadíssimo pronto, mas a nível de dificuldades no meio social, não, não encontro outras necessidades, não encontro outras necessidades, só mesmo só essas.

9- E: Agora para terminar ir-lhe-ia perguntar onde pensa que existe melhor qualidade de vida, no meio urbano ou no meio rural?

ES: Eu não, para dar resposta a esta pergunta eu tenho que desconjuntá-la um bocadinho. Porquê? Porque para melhor qualidade de vida eu acho que não tem nem dum lado nem doutro, pronto, eu acho que somos nós que damos, somos nós que proporcionamos a nós próprios ter ou não qualidade de vida. Aquilo que eu acho enquanto diretora técnica desta Instituição e enquanto educadora social é que nos compete a nós proporcionar aos idosos a qualidade de vida, ou seja, enquanto trabalhadora do meio rural digo-lhe o que vejo, que é muito bom viver aqui no meio rural, muito calmo, muito sossegado, onde as pessoas têm outro calor humano entre elas. Mas noutras situações, também acho que no meio urbano também existe, não é, e vê-se cada vez mais ou cada vez menos devido às, àquilo que acabamos por ver nos telejornais, idosos, idosa encontrada morta. Acaba por haver aqui uma aproximação de vizinhos que não é geral, e aqui também não é, só que o que é que acontece? Acontece que o do meio urbano vem muito mais à televisão do que o do meio rural, pronto, e daí nós acharmos que o meio urbano é muito pior que o meio rural. Não, não é, é diferente, tem as suas grandes diferenças, mas quem não está habituado a viver com sirenes, com carros a bater, com pessoas a discutir não se adapta facilmente ao meio urbano. Penso é que as pessoas do meio urbano adaptam-se melhor ao meio rural do que o contrário, pronto, uma idosa ir para um meio urbano era, como eles dizem, era o fim. Eles dizem eu se fosse viver agora para a cidade era o meu fim, pronto, porque tem muita confusão, muito barulho, claro que depois se tivessem que se adaptar adaptavam-se, mas é diferente eu acho que é mais nesse sentido...

E: Eu quando falo aqui em qualidade de vida entre meio urbano e meio rural é porque no meio urbano temos, se calhar, mais facilidades de transportes, bombeiros logo ali ao virar da esquina, centros de saúde, hospitais, podemos acorrer mais depressa, no meio rural não existe essa facilidade em termos de transportes e do SOS Saúde, mas sim têm um ambiente mais agradável...

ES: Mas acabamos por ter também porque é assim, nós temos os centros de saúde, não é? Em todas as aldeias há um centro de saúde, se não houver em todas há logo na aldeia vizinha e o que é que acontece? Acontece que como os próprios médicos sabem que é mais difícil e então dão o apoio que nas grandes cidades não dão, por isso eu penso que quem trabalha, quem vive no meio rural está adaptado ao meio rural porque as coisas funcionam de outra forma. Um centro de saúde no meio rural não funciona como o centro de saúde do meio urbano...

E: Então pode-se dizer que o meio rural, nesse aspeto, em termos de saúde, está privilegiado?

ES: Eu acho que sim, é verdade que nós estamos mais distantes do hospital...

E: Era isso que eu ia dizer ...

ES: Mas também nós não apanhamos o trânsito para o hospital que vocês apanham estando ali pertíssimo, porquê? Porque nós vamos, imagine, daqui para o Hospital Amadora-Sintra, não é, nós não apanhamos trânsito praticamente nenhum, nós não apanhamos semáforos, nós não apanhamos nada dessas coisas. Vocês, por exemplo, em Lisboa têm o Hospital de Santa Maria, ou, não é, só o até chegar lá, ou a sirene vai sempre a apitar ou então ... há outra dificuldade, há outra, é o trânsito, é as ruas que não podem contornar da mesma forma como aqui...

Uma voz de criança: Então mãe?

ES: Sim filha, a mãe já vai está bem?

Uma voz de criança: Já vamos embora?

ES: Já vamos quando deixares a mãe acabar.

Uma voz de criança: Tens um chocolate?

ES: Tens que ir lá pedir à Ana, está bem filha? Pois isto é daquelas coisas que raramente ...

E: Isto é bom, porque nas cidades não há este contacto entre crianças e idosos.

ES: É, está sempre bem disposta e já os esteve a mascarar e eles a ela e estiveram a pôr perucas...

E: Isso é bom ...

ES: É muito bom, muito bom, e eles gostam muito e depois há, é muito bom para eles estarem ocupados e ela lê-lhes histórias, ela e os filhos dos outros funcionários. Por outro lado é muito mau porque aqueles que têm netos e que não os podem ver relembram. Por isso é um pau de dois bicos sempre, como eu costumo dizer, mas pronto.

E: Ok, obrigada doutora.

ES: De nada.

Apêndice IV –

Sinopse

**DAS ENTREVISTAS À ASSISTENTE SOCIAL DO CENTRO COMUNITÁRIO
PAROQUIAL DE FAMÕES E À EDUCADORA SOCIAL DA ASSOCIAÇÃO DE
REFORMADOS, PENSIONISTAS E IDOSOS “OS FERRINHOS”**

CATEGORIA	SUJEITOS	INDICADORES
Serviços prestados	AS Famões	<p>(...) Temos duas vertentes de apoio domiciliário, que é a vertente dos 5 e a vertente dos 7 dias na semana e os serviços que acabam por ser prestados são os mesmos de formas diferentes e se calhar o número de vezes ao dia diferentes. Temos a higiene pessoal que acabamos por prestar em alguns casos uma vez por semana, noutros duas, três, noutros diariamente e em algumas situações duas vezes ao dia. (...) em que vamos de manhã, as manhãs é mais para fazer a higiene pessoal, entre tirá-los da cama, fazer o banho aqueles que conseguem ir ao banho à casa de banho outros fazemos na cama, mudar a roupa, mudar a fralda, e deixá-los ou na cama, ou posicioná-los na cadeira, ou alguns mais autónomos deixá-los pronto, eles ficarem (...) em casa sozinhos e depois à tarde regressamos para fazer a muda da fralda e muitas das vezes também fazer as transferências(...). Ao fim de semana aqueles que têm... acabamos por fazer este trabalho só no período da manhã, portanto uma vez por dia.</p> <p>(...) Temos o serviço de higiene habitacional que é pequenas limpezas ao domicílio, entre mudar a cama de lavado ou limpar as casas de banho, o pó ao</p>

	<p>quarto, por onde se desloca o utente, e fazemos uma vez por semana.</p> <p>Temos também o serviço de alimentação, e este serviço é composto pela refeição do almoço e do lanche e em algumas situações, principalmente utentes que têm o serviço apoio domiciliário sete dias por semana, é também levado o jantar.</p> <p>A refeição é composta por almoço que é a sopa, o prato, o pão, a fruta ou o doce, mais à base da fruta, e depois vai para o lanche uma sandes, vai um litro de leite por semana e dois iogurtes, em termos de lanche. Depois temos, a parte, os que têm o jantar é a mesma coisa que o almoço (...).</p> <p>(...) Em algumas situações, por vezes temos que preparar o pequeno-almoço em casa dos utentes mas não somos nós que o fornecemos é de acordo com aquilo que encontramos em casa deles.</p> <p>Temos outro serviço que é o tratamento de roupas, nós temos lavandaria na Instituição e portanto trazemos a roupa (...) diária da pessoa, mas semanalmente, uma vez por semana, normalmente, trazemos a roupa do utente, a roupa do dia e também a roupa da cama. (...) pronto, trazemos, lavamos, passamos e entregamos, isto uma vez por semana. Há situações em que fazemos isto no domicílio dos utentes. Vamos lá, e ou eles colocam na máquina e nós depois estendemos ou eles próprios estendem e nós só vamos e passamos a ferro é conforme cada caso, dependendo do que eles também decidem.</p> <p>Depois temos... a... aqui cuidados de saúde, nós não prestamos cuidados de saúde efetivamente, o que é que nós fazemos, articulamos quando há situações de saúde, articulamos com os centros de saúde, os chamados Aces, (...)? Agora quer aqui o da Pontinha quer o de Odivelas, com a equipa dos cuidados continuados quer da Pontinha, quer de Odivelas, porque a nossa área de abrangência tanto é Pontinha como a zona de Odivelas, e também por vezes os hospitais, situações que temos alguma dúvidas articulamos com os hospitais, com clínicas (...)</p> <p>Depois temos também a questão do apoio na medicação, em algumas situações somos nós que preparamos a medicação em caixinhas para eles tomarem, noutros casos eles não conseguem preparar essa toma diária e somos nós que quando chegamos lá que damos a medicação e deixamos preparada para a refeição seguinte, varia ... (...) Depois temos o controlo da diabetes, também, em algumas situações temos que ver como é está a glicémia, ver como é que está a tensão em algumas situações também, a tensão arterial, e por vezes temos que administrar a insulina quando não é possível serem os utentes ou os familiares a administrar. Tentamos que seja sempre os utentes ou os familiares a administrarem porque muitas vezes não dá para conciliar com os nossos horários, mas quando não há alternativa... (...)</p> <p>Depois temos outros serviços, também, que é o pagamento de serviços no exterior, muitas das vezes os utentes não conseguem vir fazer os pagamentos da água, da luz do gás, acabamos nós por fazer, da renda, aquisição de bens e serviços, pequenos alimentos, às vezes o ir à mercearia, o leite, o pão diário,</p>
--	--

		<p>algumas massas, fruta, nesse sentido de, alguns... alguns detergentes, pasta de dentes, papel higiénico, algumas compras que eles por vezes não conseguem, pelo peso, pela volumetria, não é, que eles não conseguem transportar, e que estão sozinhos, quando não... isto sempre quando não há família, porque o nosso objetivo é apoiar a família, não é substituir, e portanto fazemos sempre com que, sempre que o utente possa, ele a fazer. Às vezes acontece nós acompanharmos o utente, portanto, só porque ele tem receio de descer as escadas e então, e ainda está a andar, para não criar também dependência no utente nós aí estipulamos uma tarde e vamos (...). Isto envolve dinheiros, não é, envolve que eles têm que nos dar o dinheiro, tem que bater tudo certo, e portanto, às vezes eles próprios têm alguma desconfiança e não querem dar porque é os bens deles, e portanto às vezes e um bocadinho complicado e tentamos envolve-los a eles.</p> <p>Temos também a questão do acompanhamento ao exterior, que por vezes acompanhamos os utentes a consultas, a exames, a análises que eles não conseguem fazer, ou a outras instituições, mesmo que não seja possível.</p> <p>Temos os cuidados de imagem, e isso é através da nossa voluntária cabeleireira, que vai fazendo... prestando estes cuidados que é o cortar o cabelo, sempre que necessário chamamo-la e ela vai a casa dos utentes para pô-los ainda mais bonitos e ajudar na autoestima!</p>
	ES Ferrinhos	<p>Nós temos a higiene pessoal, a higiene habitacional, alimentação, temos os cuidados de saúde externamente, pronto, porque é sempre através da equipa de cuidados continuados dos centros de saúde daqui das aldeias; as ajudas técnicas, nós processamos todo o apoio a nível de ajudas de andarilhos de camas articuladas, de cadeiras de rodas, tudo aquilo que temos que nos é dado, ou, que nos é dado seja por instituições seja por familiares de utentes que já tenham falecido, nós acabamos por emprestar, não é, estas ajudas a quem precisa, e temos nos nossos serviços os nossos outros serviços que são muito alargados, porquê, porque, a nível de compras, a nível de idas à farmácia, a nível de transporte ao Centro de Saúde, fazemos um acompanhamento muito alargado, pronto, ou por falta da família, ou por falta de tempo, ou por falta de à-vontade para pedir às famílias, pronto, e é os serviços que prestamos.</p>
Animação no domicílio	AS Famões	<p>(...) temos a, ... questão da animação que é a animadora que vai prestar algumas atividades, quer a questão da leitura, da conversa, de fazer pequenos jogos, estamos a tentar fazer aqui a recolha de receitas para criar um livrinho para depois eles verem o produto final. Pequenas atividades daqueles que não conseguem sair de casa, a animadora, por vezes também vão a algumas casas para fazer estas pequenas atividades com eles.</p>

	ES Ferrinhos	<p>Não, nós não podemos dizer que há equipas de animação realizadas no domicílio.</p> <p>Aquilo que nós temos é a nossa equipa de SAD, de apoio domiciliário, não é, não é estanque, ou seja não chega, faz o serviço e vai embora, temos, temos, por vezes são cerca de 40 minutos, uma hora em casa de cada utente, tenho duas equipas de apoio domiciliário para 25 utentes, não, não temos mais em apoio domiciliário, os que têm mais autonomia por vezes deslocam-se para centro de convívio que nós também temos aqui na Instituição, ou seja é-lhes feita a higiene pessoal, por exemplo, de manhã alimentação e à tarde vêm para Centro de Convívio, logo a animação é feita aqui animação todos os dias à tarde. Mas pronto, não há uma animação feita no domicílio, é através das nossas auxiliares é que se dá esta, a conversa, o convívio, a informação, porque também lhes levamos jornais, também levamos revistas, quando, pronto, quando eles gostam de ler, e acaba por ser assim...</p>
--	--------------	---

CATEGORIA	SUJEITOS	INDICADORES
Voluntariado	AS Famões	<p>E depois temos o auxílio da voluntária também ...</p> <p>(...) Que aqui vai-se juntar um bocadinho, mas temos uma voluntária para além desta, da cabeleireira, temos também uma visitadora, digamos assim, que é para ...fazer visitas ...</p> <p><i>A relação entre a voluntária e os idosos é muito boa...</i></p> <p>Sim, sim, ...Articulam-se ali muito bem...</p> <p>(...) E, portanto, considero que a ligação é muito, muito importante e boa.</p>
	ES Ferrinhos	Não, não, nós não temos qualquer voluntariado.
Condições de vida no Domicílio	AS Famões	<p>(...) Termos de saúde, há situações em que estão dependentes, há outros mais autónomos, a maioria acaba por ser sempre com alguma dependência e muitas das vezes o que nós sentimos é que eles só nos procuram quando efetivamente já estão muito dependentes, quando há ali o início da dependência ainda não nos procuram e quando chegam a nós já é numa fase um bocadinho avançada da situação de saúde o que torna, às vezes, a prestação dos cuidados um bocadito mais complicada porque já não conseguimos melhorar a autonomia. É um bocadinho melhorar a qualidade de vida, que às vezes é um bocadinho aflitivo, não se consegue fazer muito porque quando nos chegam já chegam numa fase muito avançada (...).Em termos familiares, temos, pronto, a maioria dos nossos utentes são idosos, e temos muitos que vivem ainda com o conjugue, e às vezes é o conjugue que cuida, o que é complicado, se o utente é idoso o conjugue também é idoso, e portanto acaba, cuidamos de um, o utente, mas de certa forma damos alento. Do cuidador, não é? do conjugue. Depois temos aqui algumas situações de ... que vivem sozinhos, também há idosos que vivem sozinhos, não muitos, graças a Deus, não temos muitos idosos a</p>

		<p>viverem sozinhos. Temos outros que vieram que saíram das casas deles, muitos deles da aldeia, da zona onde residiram sempre, porque enviuvaram, ou porque ficaram mais dependentes e vieram residir para casa dos filhos, e portanto estão dentro do agregado dos filhos, com os filhos, com os netos.</p> <p>Questões habitacionais temos algumas situações realmente que têm casa própria e aqui Famões ainda existe alguns com vivendas, portanto que eles foram construindo as vivendas, as casas, de acordo com o que iam conseguindo e portanto temos aqui casas grandes, mas que por dentro já estão a precisar de muita manutenção e portanto eles ficaram idosos e que agora a manutenção não se faz (...) Questões financeiras, já vai mudando um bocadinho a procura do apoio domiciliário até há uns anos atrás a maioria, quase, todos mesmo, eram de proveniência carenciada, portanto era muito com reformas muito reduzidas, porque eram aquelas pessoas que trabalharam no campo muitos deles ou que eram pedreiros não descontavam, e portanto tinham as reformas mínimas. Agora já vai surgindo pessoas, porque também vai-nos surgindo pessoas mais novas, com sessentas, com cinquentas, às vezes com quarentas, que pediram a reforma por incapacidade(...) e que se reformaram por invalidez queque já não conseguiam trabalhar e portanto já tem uma reforma um bocadito mais elevada. Mas o mais elevado que a gente fala, estamos a falar de 300, 400 €. É difícil passar daqui, claro que temos um caso ou outro de mil ou oitocentos, mas entre cinquenta quase temos se calhar dois assim. A maioria é abaixo dos 500 €.</p>
--	--	---

	ES Ferrinhos	<p>Pronto, em termos de saúde, não é, não é assim tão só derivado à idade, temos todos, todos os aspetos possíveis e imaginários. Temos pessoas novas, relativamente novas, estamos a falar de cinquenta anos, que por questões de acidentes, por questões, pronto, que ficaram acamadas, e logo usufruindo dos nossos serviços, diariamente várias vezes ao dia, e temos outros devido à idade, que vão tendo hipertensão, diabetes, as coisas chamadas da idade, o colesterol, onde a alimentação é fornecida por nós e tem de ter esse tipo de cuidados, seja para diabéticos, seja para hipertensos, pronto, a nível de saúde é, é um bocadinho de tudo. Depois a nível familiar, a nível familiar temos também de tudo, pronto, temos aqueles que não têm qualquer suporte familiar, que não têm, são completamente isolados, só nos têm a nós, temos aqueles que têm família mas que a família não tem tempo, disponibilidade, ou não vivem por, não vivem aqui perto e nós temos que ser o pilar também destas, destes utentes, ou então aqueles que têm família mas que não querem pedir à família ou a família não lho quer fazer, pronto, é um bocadinho de tudo. A nível habitacional, não temos, não temos utentes com problemas a nível de habitação, apesar de serem habitações todas velhinhas, casas antigas, têm todos casas próprias que vão sendo remodeladas ao longo dos anos e que têm as condições que para eles são as ideais e para isso estamos a falar que todos têm água canalizada, luz, rede de esgotos, todos têm aquecimentos, não é, claro que não têm ares condicionados, não têm aqueles de parede, não é, pronto têm nível de aquecimentos a óleo, ventiladores ... (...) nós tivemos o cuidado também de este ano fazer um pedido de cobertores, mantas, aquecedores, e aqueles que não tinham nós fornecemos e as condições habitacionais são muito, são boas, pronto, podem-se dizer que são boas ... (...) Mal ou bem, nós vamos tentando criar as condições para as necessidades deles...</p> <p>(...) Financeira, também, também há de tudo, pronto, há aquelas pessoas que têm mais dificuldades, há aquelas que têm menos, mas não há assim dificuldades de maior.</p>
--	-----------------	--

CATEGORIA	SUJEITOS	INDICADORES
-----------	----------	-------------

Idade e género em meio urbano e em meio rural	AS Famões	A média de idade acaba por ser entre os 60 e os 75 anos é a média, se bem que agora já nos está a aparecer muitos também nos oitentas, 83, 84, que nos vão procurando. Em termos de género que predomina mais é, sem dúvida, o feminino que vai-nos procurando mais, também às vezes. Porque o conjugue, marido, não está a conseguir cuidar da esposa que ficou dependente, porque era ela a autónoma lá de casa, era ela que cuidava de tudo, e agora é ela que fica dependente de alguém e às vezes o marido, o conjugue não consegue cuidar e pede-nos apoio. Outra das situações, às vezes, é por viuvez, ou o marido faleceu e acaba por ser necessário o nosso apoio.
	ES Ferrinhos	Normalmente é a partir, normalmente em média a partir dos 80 para cima é que nos pedem apoio, porque até aqui na aldeia eles são todos muito autónomos e têm uma esperança de vida muito alta. Nós temos aqui utentes com 98, 99, 100, 101, pronto, temos aqui, e é tudo, e raros os utentes abaixo dos 70, e os 80 é mesmo porque as necessidades são mesmo muito grandes. Mulheres, é muito, muito mais mulheres, muita viúva, não sei porquê, mas há muita viúva, os homens vão todos primeiro do que elas, elas são muito mais rijas.
Facilidades / dificuldades	As Famões	Muitas vezes aqui tem a ver um bocadinho com as acessibilidades e agora como o Centro de Saúde daqui da Pontinha, por exemplo, agora mudou para Carnide, os transportes são complicados para eles chegarem lá. A paragem do autocarro não é perto, estamos a detectar uma questão que eles me alertaram que é há pouca luz, falta lá um candeeiro à noite agora com o inverno não tem muita luminosidade. A questão de ... telefónica, por exemplo, desta parte aqui de Carnide está difícil porque não se consegue ligar para lá para marcar consulta. Portanto acabou por dificultar. Depois outra questão, é a questão... é com a questão aqui do Hospital Beatriz Ângelo, que muitos pertencem agora lá, os transportes também são difíceis para lá, porque para irem para Santa Maria se calhar apanhavam dois para ir para Loures apanham três ou quatro, as paragens são diferentes, é muito mais distante, é um bocadinho isso que nós estamos a sentir que é os ... ficarem longe, os transportes, e depois é também a questão que se está a passar, que é comum, que é a marcação de consultas, esta questão de ... é muito complicado eles às vezes marcarem consultas para os médicos de família, eles estão a ficar sem médicos, os médicos já tinham alguma idade e foram embora, e portanto consultas para os médicos de recurso é complicado, é muito o que nós sentimos aqui a nível da saúde é as nossas mais, as nossas maiores dificuldades.
		Pronto, as dificuldades que eu encontro é mesmo a nível da pessoa ter noção portanto que é assim, porque como eu já disse anteriormente é assim estas pessoas são muito autónomas até muito tarde e chega a um ponto em que ai

	<p>ES Ferrinhos</p>	<p>isto é da velhice e eu não preciso de ajuda., é simplesmente da velhice. Não, não é, às vezes noto que as pessoas se estão a isolar em casa porque já não conseguem ir às compras, ir aqui ou ir ali, por limitações, por problemas nas articulações, mobilidade, pronto, e as pessoas não querem pedir ajuda porque é normal, é da idade e é aí que eu encontro alguma resistência das pessoas, pronto, é dizer que não, nós estamos aqui é para ajudar, e tenho de entrar numa de ok, nós estamos aqui para ajudar não vamos falar cá em pagamentos nem nada, tem que ser assim um bocadinho. Vamo-los ajudar e é verdade no fundo aquilo que queremos é que as pessoas não se isolem não se fechem porque depois há esta responsabilidade que é vermos mesmo que não seja meu utente eu sei quem é que está sozinho, quem tem um filho, quem é que não tem, para podermos apoiar e aí tenho um bocadinho de dificuldade que é às vezes as pessoas deixarem-se ser ajudadas ...</p> <p><i>Então estão doentes mas não aceitam ...</i></p> <p>Não, não e não aceitem, é, acham que é normal da idade...</p> <p><i>Ou seja, é da idade mas não, não dão o braço a torcer ...</i></p> <p>... logo não há necessidade de ...</p> <p><i>É da idade não há nada a fazer ...</i></p> <p>É, é claro que precisam de pedir ajuda, nós precisamos sempre de ajuda dos outros e aí é que as pessoas acham que não. Isto é da idade já não há nada a fazer, não há nada a fazer porque eu estou a perder o andar e já a minha mãe foi assim, a minha mãe ficou em casa, pronto e aí eu vejo essa, essa lutazinha que eu tenho com eles pronto e depois, depois tenho os outros que acham sempre que estão muito pior do que aquilo que estão, é os hipocondríacos da aldeia, que é complicadíssimo pronto, mas a nível de dificuldades no meio social, não, não encontro outras necessidades, não encontro outras necessidades, só mesmo só essas.</p>
--	-------------------------	---

CATEGORIA	SUJEITOS	INDICADORES
<p>Qualidade de vida</p>	<p>AS Famões</p>	<p>Eu quero acreditar, apesar de trabalhar no urbano, que se calhar é no rural, pela questão aqui da alimentação, dos produtos químicos, pela questão da poluição, pela pessoa ficar dentro do ambiente dela, não vir, não ser de... não tirar as raízes, porque muitos deles viviam nas terras deles e agora porque ficaram viúvos ou ficaram dependentes vêm para casa dos filhos, para o meio urbano, estão completamente desenraizados e portanto eu acho que, por tudo isso, penso que ... rural... porque há mais, se calhar, suporte de vizinhança que se calhar aqui no meio urbano não se consegue, mal ou bem ...</p> <p><i>Exato! Então é o rural. Mas quando referi-o aqui qual é que seria a média de idades disse que era entre os 60 e os 75 anos mas também já começaram a surgir 83, 84, o que é que pensa que aconteceu para que esta idade agora seja já um bocadinho avançada em termos do meio urbano? Geralmente</i></p>

		<p><i>esta idade encontra-se mais no meio rural.</i></p> <p>Precisamente por isso, eles ficaram viúvos ou dependentes e vieram para casa los filhos. Eles estavam no meio rural deles e vieram para o meio urbano. Nos meus casos, muitos deles é isto que está a acontecer.</p>
	ES Ferrinhos	<p>Eu não, para dar resposta a esta pergunta eu tenho que desconjuntá-la um bocadinho. Porquê? Porque para melhor qualidade de vida eu acho que não tem nem dum lado nem doutro, pronto, eu acho que somos nós que damos, somos nós que proporcionamos a nós próprios ter ou não qualidade de vida. Aquilo que eu acho enquanto diretora técnica desta Instituição e enquanto educadora social é que nos compete a nós proporcionar aos idosos a qualidade de vida, ou seja, enquanto trabalhadora do meio rural digo-lhe o que vejo, que é muito bom viver aqui no meio rural, muito calmo, muito sossegado, onde as pessoas têm outro calor humano entre elas. Mas noutras situações, também acho que no meio urbano também existe, não é, e vê-se cada vez mais ou cada vez menos devido às, àquilo que acabamos por ver nos telejornais, idosos, idosa encontrada morta. Acaba por haver aqui uma aproximação de vizinhos que não é geral, e aqui também não é, só que o que é que acontece? Acontece que o do meio urbano vem muito mais à televisão do que o do meio rural, pronto, e daí nós acharmos que o meio urbano é muito pior que o meio rural. Não, não é, é diferente, tem as suas grandes diferenças, mas quem não está habituado a viver com sirenes, com carros a bater, com pessoas a discutir não se adapta facilmente ao meio urbano. Penso é que as pessoas do meio urbano adaptam-se melhor ao meio rural do que o contrário, pronto, uma idosa ir para um meio urbano era, como eles dizem, era o fim. Eles dizem eu se fosse viver agora para a cidade era o meu fim, pronto, porque tem muita confusão, muito barulho, claro que depois se tivessem que se adaptar adaptavam-se, mas é diferente eu acho que é mais nesse sentido...</p> <p><i>Eu quando falo aqui em qualidade de vida entre meio urbano e meio rural é porque no meio urbano temos, se calhar, mais facilidades de transportes, bombeiros logo ali ao virar da esquina, centros de saúde, hospitais, podemos acorrer mais depressa, no meio rural não existe essa facilidade em termos de transportes e do SOS Saúde, mas sim têm um ambiente mais agradável...</i></p> <p>Mas acabamos por ter também porque é assim, nós temos os centros de saúde, não é? Em todas as aldeias há um centro de saúde, se não houver em todas há logo na aldeia vizinha e o que é que acontece? Acontece que como os próprios médicos sabem que é mais difícil e então dão o apoio que nas grandes cidades não dão, por isso eu penso que quem trabalha, quem vive no meio rural está adaptado ao meio rural porque as coisas funcionam de outra forma. Um centro de saúde no meio rural não funciona como o centro de saúde do meio urbano...</p> <p><i>Então pode-se dizer que o meio rural, nesse aspeto, em termos de saúde,</i></p>

		<p><i>está privilegiado?</i></p> <p>Eu acho que sim, é verdade que nós estamos mais distantes do hospital... Mas também nós não apanhamos o trânsito para o hospital que vocês apanham estando ali pertíssimo, porquê? Porque nós vamos, imagine, daqui para o Hospital Amadora-Sintra, não é, nós não apanhamos trânsito praticamente nenhum, nós não apanhamos semáforos, nós não apanhamos nada dessas coisas. Vocês, por exemplo, em Lisboa têm o Hospital de Santa Maria, ou, não é, só o até chegar lá, ou a sirene vai sempre a apitar ou então ... há outra dificuldade, há outra, é o trânsito, é as ruas que não podem contornar da mesma forma como aqui...</p> <p>Exista contacto entre crianças e idosos, é bom, porque nas cidades não há este contacto entre crianças e idosos.</p> <p>É muito bom, muito bom, e eles gostam muito e depois há, é muito bom para eles estarem ocupados e ela lê-lhes histórias, ela e os filhos dos outros funcionários. Por outro lado é muito mau porque aqueles que têm netos e que não os podem ver relembram. Por isso é um pau de dois bicos sempre, como eu costumo dizer, mas pronto.</p>
Equipa Multidisciplin ar	As Famões	<p>É muito bom, acho que é questão da troca de saberes, da troca de experiências, das informações que nos vão surgindo de ambos ... ambos ... os colaboradores, os técnicos, não técnicos, porque isso fazem com que depois o trabalho corra bem melhor em prol do utente e da qualidade de vida do utente e acho que, sem dúvida, é mesmo, e tem de ser um trabalho em equipa multidisciplinar.</p>
	ES Ferrinhos	<p>O trabalho com uma equipa multidisciplinar, a nível mesmo da Instituição sou eu, tenho uma fisioterapeuta, tenho uma enfermeira que vem cá, não é mesmo funcionária de cá mas faz parte da minha equipa de trabalho, fora isso trabalhamos muito bem em conjunto com todas as outras instituições aqui da freguesia, que ainda há algumas, trocamos muitas ideias, nunca houve rivalidades mas sim ... E o conhecimento, o conhecimento entre, entre, há psicólogas, assistentes sociais, educadoras sociais, depois a equipa de enfermagem reúne sempre connosco também, a equipa médica, a nível dos centros de saúde os médicos de família daqui também, pronto eu acho que é importante o que fazemos assim sempre, para já estamos sempre a aprender seja com que técnico for, até da mesma área, não é, temos visões diferentes e depois duas cabeças a pensar pensam sempre melhor do que uma, eu costumo dizer isto, acho que nós estamos sempre a aprender e a mais valia é, lá está, é eu tenho por exemplo um utente que não tem acompanhamento psicológico mas tem alguma necessidade, mas não quer, não aceita, se calhar cabe-me a mim falar com a psicóloga para ela o apoiar e eu poder encaminhar este senhor ou esta senhora corretamente e para que ela perceba a necessidade. Às vezes acabamos por fazer este papel de intermediário para que as pessoas tenham necessidade das suas necessidades, tenham noção das suas necessidades...</p>

		Claro, claro que sim, nós estamos sempre a aprender até com os utentes. Aprendemos muito!
--	--	---

CATEGORIA	SUJEITOS	INDICADORES
Gestão do SAD	AS Famões	<p>Depois em termos de gestão, em termos com a equipa, portanto sou eu, enquanto coordenadora, não é? Enquanto assistente social e diretora técnica do serviço de apoio domiciliário, que sou assistente social (...) Nós temos a equipa que são 8 ajudantes de Ação direta (...) Temos também aqui na parte da gestão do apoio domiciliário, um bocadinho que entra aqui, a questão que temos poucas ajudas técnicas. Temos algumas que são do Centro de Saúde da Pontinha, que é da gestão deles, mas eles não conseguiram ter espaço físico para as guardar e pediram-nos a nós para guardá-las.</p> <p>(...) Quanto aos Recursos humanos penso que também já respondi, é uma assistente social, 8 ajudantes de Ação direta e uma animadora sociocultural mas que está com pouco tempo para nós, está mais atribuída ao Centro de Dia.</p> <p>Quanto aos Recursos Materiais, são realmente os materiais descartáveis, as luvas, aventais, as máscaras que a gente adquire, as carrinhas, pronto e depois temos materiais de ..., as mangueiras, o aspirador para lavar os carros, pronto, mas acho que isso não é bem o que pretende ...</p> <p>Recursos Financeiros é um bocadinho os apoios da Segurança Social, da Câmara, a nível do Pingo Doce aqui de Odivelas, do Strada Odivelas, também nos ajuda bastante com a parte alimentar portanto penso que logo aí conseguimos diminuir um bocadinho aqui o nosso ... as nossas despesas.</p> <p>A nível de lista de espera atualmente só tem lista de espera para o serviço de apoio domiciliário 7 dias, portanto alguns utentes que até já têm os 5, mas que beneficiariam e precisavam e querem 7, e não consigo alargar para os 7. Só para perceber porque nós temos acordo com a Segurança Social para 5 dias, temos acordo para 30 utentes e para 7 dias temos acordo para 12. Efetivamente nós neste momento estamos a prestar apoio domiciliário a 36 utentes agora já até há um mês atrás foi 40, pronto, isto vai oscilando...e aí nos 7 dias estamos com 16 também, portanto isto ...é um bocadinho ... Acabamos por não ter lista de espera nos de 5.</p>
	ES Ferrinhos	<p>Pronto, a gestão do Apoio Domiciliário é, tem de ser, uma gestão muito controlada como todos os outros serviços, porque somos uma IPSS, não temos dinheiro, para que não haja uma boa gestão, pelo contrário, tem de ser tudo muito bem gerido. Quanto aos Recursos Humanos, pronto, tem a ver também com o tipo de utentes que nós vamos tendo, quanto maior a sua, a sua necessidade física, maior é a necessidade de recursos humanos porque eu</p>

		<p>se tiver pessoas completamente acamadas, eu tenho de ter uma equipa, se calhar mais competente, não é mais competente no sentido ...</p> <p>ES: Se eu tiver mais utentes acamados, completamente acamados, que têm de ser duas pessoas para levantar, para sentar na cadeira, para imobilizar, pronto eu aí tenho que acrescentar logo mais uma funcionária porque só uma não dá. Recursos Materiais, hum!, nós não temos necessidades de, assim de maior, porque vamos tendo alguns apoios também a nível da Câmara e os restantes recursos materiais o que é que poderá ser? A nível de transportes pronto, a nível de carrinhas, neste momento temos quatro carrinhas, não temos necessidade de mais, tem que haver uma gestão muito grande a nível das carrinhas, porquê, porque há muita coisa a pagar, há gasóleos, nós nas aldeias não temos transportes, nem podemos deslocar-nos aos utentes a pé, pronto, porque apesar de ser aldeia são todos muito distantes, nós abrangemos a freguesia toda, e tudo nas aldeias acaba por ser distante porque, pronto, há muito mato pelo meio e então tem de se gerir muito bem a questão do gasóleo, gerir muito bem o tempo das funcionárias, porque felizmente a nossa equipa está muito bem enquadrada e, e eu posso dizer que tenho uma equipa que gosta muito daquilo que faz, e neste momento não há aquela questão de ok eu saio às cinco, eu tenho mesmo de estar ali às cinco, todas elas lidam com o trabalho de uma forma de ajudar o outro, apoio ao outro no que o outro precisa, e então dá-me algum à-vontade, os recursos humanos não me, não me dão muito trabalho. Pronto a nível de materiais também já lhe disse, a nível de Recursos Financeiros sim, é preciso fazer uma ginástica muito grande, tem que se pedir muito apoio, tem que se aproveitar muito bem tudo aquilo que nos dão. Na aldeia dão-nos muita coisa a nível de legumes, a nível de fruta, pronto e depois é tentar com os nossos fornecedores preços mais acessíveis e ao mesmo tempo tendo em conta os nossos utentes, que estamos na aldeia e que não estão habituados a comer nem hambúrgueres, nem almondegas, nem esse tipo de coisas assim, pronto, então temos que gerir isto tudo muito bem e é contar com os apoios de todos, com a boa vontade de todos. Lista de espera sim, temos lista de espera, nós só podemos ter vinte e cinco utentes de apoio domiciliário e a necessidade aqui na nossa zona é muito grande, o que é que acontece, acontece que nós temos lista de espera e muitas vezes quando há necessidade com alguma urgência as nossas funcionárias, por vezes a título particular acabam por ir prestando auxílio mais a, o básico à pessoa em questão e assim que houver uma vaga então entra.</p>
--	--	---

Grelha de análise de conteúdo trabalhada da AS

Sub-tema	Categorias	Subcategorias	Conteúdo selecionado	Indicadores
Serviços Prestados	Higiene Pessoal	Cuidados de higiene pessoal, dar banho, mudar fralda, mudar a roupa cama e transferências	(...) Temos a higiene pessoal (...).	
	Higiene Habitacional	Pequenas limpezas ao domicílio, mudar a cama de lavado, limpar casas de banho e limpar pó ao quarto	(...) O serviço de higiene habitacional (...).	
	Alimentação	Distribuição e confeção no domicílio	(...) O serviço de alimentação (...).	
	Cuidados de Saúde	Preparação da medicação, administração de medicamentos, controle de diabetes e tensão arterial	(...) Cuidados de saúde, nós não prestamos (...) articulamos com os centros de saúde (...).	
	Lavandaria	Lavar, estender, passar a ferro e entrega	(...) Temos outro serviço que é o tratamento de roupas, (...).	Tem lavandaria na instituição
	Ajudas Técnicas	Tem poucas ajudas técnicas e as que têm são do centro de saúde	(...) A questão que temos poucas ajudas técnicas. Temos algumas que são do Centro de Saúde (...).	Camas articuladas e cadeiras de rodas
	Outros Serviços	Pagamento de serviços no exterior, acompanhamento ao exterior	(...) Também a questão do acompanhamento ao exterior, (...).	
Animação no Domicílio	Conversa		(...) A animadora que vai prestar algumas atividades, quer a questão da conversa (...).	Animadora sócio cultural
	Música			
	Leitura		(...) A animadora que vai prestar algumas atividades, quer a questão da leitura (...).	Animadora sócio cultural
	Filmes, <u>outras</u>	Passear, ir às compras, cuidados de imagem, pequenos jogos e pequenas atividades	(...) Temos os cuidados de imagem, e isso é através da nossa voluntária cabeleireira (...).	Cabeleireira voluntária, voluntária e animadora sócio cultural

Voluntariado	Se existe voluntários	Cabeleireira voluntária e voluntária	(...) Temos o auxílio da voluntária, para além desta, da cabeleireira (...).	Cabeleireira voluntária e voluntária
	Atividades	Recolha de receitas para criar um livro	(...) Estamos a tentar fazer aqui a recolha de receitas para criar um livrinho (...).	Animadora sócio cultural
	Relação idosos/ voluntário	Conquista muito grande, caso contrário não era possível.	(...) Portanto, considero que a ligação é muito, muito importante e boa (...).	Voluntário e idoso
Condições de vida	Saúde	Utentes dependentes e utentes autónomos	(...) Em termos de saúde, há situações em que estão dependentes, há outros mais autónomos (...).	
	Familiar	Em termos familiares os utentes na sua maioria vivem com o conjugue, alguns vivem sozinhos e outros vivem no agregado dos filhos	(...) A maioria dos nossos utentes são idosos, e temos muitos que vivem ainda com o conjugue, e às vezes é o conjugue que cuida, o que é complicado, se o utente é idoso o conjugue também é idoso (...).	
	Habitacional	Vivendas grandes e que são dos próprios, mas que por dentro já estão a precisar de muita manutenção outros vivem em casa alugadas	(...) Temos aqui casas grandes, mas que por dentro já estão a precisar de muita manutenção (...)	
	Financeira	Reformas Mínimas	(...) Com reformas muito reduzidas (...).	
Gestão da equipa de intervenção	Recursos humanos	Recursos humanos afectos Sad, gestão da equipa, reuniões semanais	(...) É uma assistente social, 8 ajudantes de Acção direta e uma animadora sociocultural mas que está com pouco tempo para nós, está mais atribuída ao Centro de Dia (...)	8 Auxiliares de Acção direta, cabeleireira voluntária, voluntária, visitadora, assistente social (coordenadora e diretora técnica) e animadora sócio cultural

	Recursos materiais	Manutenção das carrinhas onde se transportam as ajudantes	(...) Quer ir ao mecânico, quer a limpeza, das carrinhas, põem o combustível, veem os óleos (...).	Carrinhas, aspirador, mangueiras, luvas, aventais, máscaras materiais descartáveis e desinfetantes
	Recursos financeiros	Apoios da Segurança Social, Câmara Municipal de Odivelas e Pingo doce	(...) É um bocadinho os apoios da Segurança Social, da Câmara, a nível do Pingo Doce aqui de Odivelas, do Strada Odivelas (...).	
	Lista de espera	Temos lista de espera no sad 7 dias	(...) A nível de lista de espera atualmente só tem lista de espera para o serviço de apoio domiciliário 7 dias (...)	
Idade e género	Média de idades	A média de idade é entre os 60 e os 75 anos	(...) Média de idade acaba por ser entre os 60 e os 75 anos (...)	
	Género	Em termos de género o que predomina mais é o feminino	(...) Em termos de género que predomina mais é, sem dúvida, o feminino (...).	
Equipa multidisciplinar	Profissionais mesma área	Troca de saberes e trocas de experiências	(...) Das informações que nos vão surgindo de ambos os colaboradores, os técnicos, não técnicos, porque isso faz com que depois o trabalho corra bem melhor em prol do utente e da qualidade de vida do utente e acho que, sem dúvida, é mesmo, e tem de ser um trabalho em equipa multidisciplinar (...).	
	Profissionais áreas diferentes			
Facilidades/dificuldades	Potencialidades	Envolvimento da equipa		Atitude face à profissão
	Limites	Acessibilidades	(...) Muitas vezes aqui tem a ver um bocadinho com as acessibilidades (...).	Transportes

Qualidade de vida	Urbano	Pela questão da alimentação e questão da poluição	(...) Pela questão aqui da alimentação, dos produtos químicos, pela questão da poluição (...).	
	Rural	É no rural, pois existe mais suporte de vizinhança	(...) Quero acreditar, apesar de trabalhar no urbano, que se calhar é no rural (...).	Para a pessoa ficar dentro do ambiente dela.

Grelha de análise de conteúdo trabalhada da ES

Sub-tema	Categorias	Subcategorias	Conteúdo selecionado	Indicadores
Serviços Prestados	Higiene Pessoal	Cuidados de higiene pessoal, dar banho, mudar fralda, mudar a roupa cama e transferências	(...) Nós temos a higiene pessoal (...).	
	Higiene Habitacional	Pequenas limpezas ao domicílio, mudar a cama de lavado, limpar casas de banho e limpar pó ao quarto	(...) Nós temos a higiene habitacional (...).	
	Alimentação	Distribuição	(...) Nós temos a alimentação (...).	
	Cuidados de Saúde	Cuidados de saúdes externos à instituição recorrem aos centros de saúde	(...) Temos os cuidados de saúde externamente...através da equipa de cuidados continuados dos centros de saúde (...).	
	Lavandaria	Não existe na instituição		
	Ajudas Técnicas	Tem ajudas técnicas	(...) As ajudas técnicas (...).	Andarilhos, camas articuladas e cadeiras de rodas
	Outros Serviços	Pagamento de serviços no exterior, acompanhamento ao exterior e idas à farmácia e transferências	(...) Os nossos outros serviços...a nível de compras, a nível de idas à farmácia, a nível de transporte (...). (...) Utentes acamados para sentar na cadeira, para imobilizar (...).	

Animação no Domicílio	Conversa	Conversam muito com os utentes	(...) Não há uma animação feita no domicílio, é através das nossas auxiliares é que se dá esta, a conversa (...).	Auxiliares
	Música			
	Leitura	Levam -lhes jornais e revistas para lerem	(...) Também lhes levamos jornais, também levamos revistas, quando...eles gostam de ler(...)	Auxiliares
	Filmes, <u>outras</u>	Convivem e dão-lhe informações	(...) É através das nossas auxiliares é que se dá... O convívio, a informação (...).	Auxiliares
Voluntariado	Se existe voluntários	Não existe voluntariado ao domicílio	(...) Não, não, nós não temos qualquer voluntariado (...).	
	Atividades			
	Relação idosos/ voluntário			
Condições de vida	Saúde	Utentes dependentes e utentes autónomos	(...) Temos todos, todos os aspetos possíveis e imaginários (...).	
	Familiar	Em termos familiares existe um pouco de tudo, existem pessoas sem suporte familiar e que só tem o apoio da instituição, potros tem família mas que não vivem perto e não querem saber dos seus familiares idosos	(...) A nível familiar temos também de tudo (...).	
	Habitacional	As habitações são velhas (antigas) mas não têm problemas, as casas são próprias e vão sendo remodeladas	(...) A nível habitacional, não temos, não temos utentes com problemas a nível de habitação(...).	
	Financeira	Existem alguns idosos com mais dificuldades que outros	(...) Financeiramente, também, há de tudo, pronto, há pessoas que têm mais dificuldades que outras (...).	
Gestão da equipa de intervenção	Recursos humanos	Os recursos humanos afectos ao serviço sad depende muito com o	(...) Tenho duas equipas de apoio domiciliário (...)(...) Tem a ver	Existem duas equipas de auxiliares

		tipo de utentes que vão tendo, quando mais dependentes estiverem maior é a necessidade de reforçar os recursos humanos	também com o tipo de utentes que nós vamos tendo, quanto maior a sua, a sua necessidade física, maior é a necessidade de recursos humanos (...)	
	Recursos materiais	Apoios da Câmara, temos carrinhas ao qual temos gerir a questão do gasóleo.	(...) Vamos tendo alguns apoios também a nível da Câmara (...) A nível de transportes pronto, a nível de carrinhas, neste momento temos quatro carrinhas (...).	Existem 4 carrinhas
	Recursos financeiros	Não têm dinheiro, por esta mesma razão tem que ser tudo muito bem gerido	(...) Não temos dinheiro, para que não haja uma boa gestão (...) tem de ser tudo muito bem gerido (...) é preciso fazer uma ginástica muito grande (...).	
	Lista de espera	Existe lista de espera	(...) Temos lista de espera (...)	
Idade e género	Média de idades	A média de idade é dos 80 anos para cima	(...) Em média a partir dos 80 para cima (...).	
	Género	Em termos de género o que predomina mais é o feminino	(...) Mulheres, é muito, muito mais mulheres, muita viúva (...) elas são muito mais rijas (...).	
Equipa multidisciplinar	Profissionais mesma área/ profissionais áreas diferentes	Troca de saberes e trocas de experiências, de ideias e conhecimentos	(...) O trabalho com uma equipa multidisciplinar, a nível mesmo da Instituição sou eu, tenho uma fisioterapeuta, tenho uma enfermeira (...) trabalhamos muito bem em conjunto com outras instituições (...)	Fisioterapeuta, Enfermeira, Educadora Social (que é a diretora técnica do sad), psicólogas, assistentes sociais e médicos
Facilidades/dificuldades	Potencialidades	Envolvimento da equipa e estão sempre a aprender seja com quem for	(...) Temos visões diferentes e depois duas cabeças a pensar pensam sempre melhor do que uma (...)	Atitude face à profissão
	Limites	As dificuldades encontradas são a nível dos utentes	(...) Isto é da velhice e eu não preciso de ajuda., é simplesmente da velhice (...).	Atitude face à idade e face à vida, ter a noção do que é ou não é

Qualidade de vida	Urbano	Enquanto as pessoas do meio urbano adaptam-se bem ao meio rural	(...) Penso é que as pessoas do meio urbano adaptam-se melhor ao meio rural (...). Quem não está habituado a viver com sirenes, com carros a bater, com pessoas a discutir não se adapta facilmente ao meio urbano.	
	Rural	As pessoas do meio rural não se adaptam bem ao meio urbano	(...) Enquanto trabalhadora do meio rural digo-lhe o que vejo, que é muito bom viver aqui no meio rural (...)	

Apêndice V

Transcrição Integral das Entrevistas aos Utentes

ENTREVISTA

(Utente 1 do Centro Comunitário Paroquial de Famões)

Duração: 2m,49s

Local: Instalações do Centro Comunitário Paroquial de Famões

Elementos presentes: Entrevistadora e Utente

E = Entrevistadora

U1 = Utente 1 de Famões

E: Estamos aqui no Centro Comunitário e Paroquial de Famões, vamos realizar a 1ª entrevista a um utente do Serviço de Apoio Domiciliário. Hoje são 4 de Fevereiro de 2015.

1- Vou-lhe só pedir que fale um bocadinho alto para se poder conseguir ouvir. Eu vou começar por lhe fazer umas questões. Que serviços lhe são prestados no Serviço de Apoio Domiciliário? Tem higiene pessoal, higiene habitacional, alimentação, cuidados de saúde, lavandaria, que é o tratamento de roupas, ou outros serviços? Que serviços é que lhe são prestados?

U1: Tenho apoio ao comer ... ao comer ...

E: A alimentação é isso? E que mais?

U1: E a limpeza ...

E: A limpeza habitacional, sim, tem mais algum?

U1: As roupas.

E: As roupas, a lavandaria?

U1: Sim.

2- E: Quais são as suas condições de vida em termos de saúde, familiar ou habitacional? Tem problemas de saúde?

U1: Tenho asma.

E: Tem asma? Em termos de apoio familiar, tem algum tipo de apoio familiar? Irmãos, filhos, mulher?

U1: Não tenho.

E: Não tem nenhum tipo de apoio familiar? OK.

U1: Não.

3- E: A quem recorre normalmente quando tem um problema? À voluntária, aqui da Instituição, à Assistente Social, às ajudante de ação direta que lhe vão lá a casa fazer os serviços de tratamento de roupa, higiene habitacional e alimentação, ou à animadora sociocultural, familiares ou vizinhos? A quem é que pede ajuda normalmente?

U1: À Assistente Social.

4- /5- E: À Assistente social? Tem alg... tem, tem apoio da voluntária animadora sociocultural, não sei se vai lá a voluntária? A animadora sociocultural vai-lhe lá fazer atividades?

U1: Não.

6- E: Pronto, OK. Diga-me uma coisa, encontra-se satisfeito com o Serviço de Apoio Domiciliário?

U1: Sim, sim, sim.

7- E: Sim? E onde pensa que existe melhor qualidade de vida, no meio urbano ou no meio rural?

U1: Urbano.

E: No urbano? E porquê?

U1: Há mais ... tem-se facilidades ...

E: Em termos de quê? Transportes?

U1: Sim, sim.

E: Como acha que é feita a gestão do Serviço de Apoio Domiciliário em termos de recursos humanos? Acha que os recursos humanos são suficientes para tantas pessoas? Fazerem o auxílio em casa em termos de alimentação, higiene habitacional?

U1: Acho que sim.

E: Acha que sim? O que é que pensa sobre ... acha que o Serviço de Apoio Domiciliário responde às suas necessidades? Em termos de ter a alimentação, a higiene habitacional e ...

U1: Sim, sim.

E: ... e o tratamento de roupa? Pensa que sim. Já terminámos.

ENTREVISTA

(Utente 2 do Centro Comunitário Paroquial de Famões)

Duração: 12m e 39s

Local: Instalações do Centro Comunitário Paroquial de Famões

Elementos presentes: Entrevistadora e Utente

E = Entrevistadora

U2 = Utente 2 de Famões

1- E: Pronto, estamos aqui no Centro Comunitário e Paroquial de Famões, vamos fazer a 2ª entrevista a um utente do Serviço de Apoio Domiciliário. Hoje estamos a 4/2 de 2015. Pronto, irei começar então a perguntar que serviços lhe são prestados em Serviço de Apoio Domiciliário? Higiene pessoal, higiene habitacional, alimentação, cuidados de saúde?

U2: É a alimentação.

E: Alimentação. E tem alimentação e que mais?

U2: E, e, é a roupa, mas é ...

E: A lavandaria, pronto.

U2: A lavandaria.

E: A higiene habitacional, vão lá as senhoras fazer a higiene habitacional lá a casa?

U2: Não, sou eu é que venho fazer a higiene pessoal aqui.

E: Pessoal? OK, pronto. Que mais outros serviços têm para além destes? Higiene pessoal, habitacional, alimentação, cuidados de saúde, lavandaria?

U2: É ir aí levarem-me ao médico ...

E: Pronto, então tem ...

U2: ... quando o médico marca consulta.

E: Acompanham-no... acompanham-no ao médico, acompanhamento. OK, então vão consigo também às compras, se for necessário, ou você é que faz tudo completamente sozinho?

U2: Absolutamente, eu ainda estava capaz de embarcar outra vez ...

E: Ai ...

U2: ... as saudades que eu tenho daquilo!

2- E: Pois, então pronto. Quais as suas condições de vida, em termos de saúde? Tem algum tipo de problema de saúde?

U2: Falta de ar.

E: Tem asma, então?

U2: Não, é um bronco pasmá, quer dizer

E: Uma bronquite asmática?

U2: ... mas também lhe digo, tanta pneumonia que eu tive, apanhei quinze pneumonias da vida no mar, mal curadas

E: Pois imagino ...

U2: Mal curadas!

E: Pois, mal curadas, essas é que são as piores ...

U2: E então agora para a velhice, isto que eu já tenho 73 anos, mesmo assim o meu médico, “é pá, tomara eu chegar à sua idade”, oiça aquele médico já me conhece há mais de quarenta anos “tomara eu *tar* como você e chegar à sua idade!”

E: Isso é bom, é muito positivo! Diga-me uma coisa, em termos de ... familiar, tem algum tipo de apoio familiar?

U2: Não, porque as minhas irmãs mais velhas já morreram, moravam as duas no Baleizão!

E: Já não tem irmãs? É casado, é viúvo?

U2: Divorciado.

E: Divorciado? Mas tem filhos para lhe darem esse apoio familiar ou também não tem filhos?

U2: Está tudo lá para casa da mãe ...

E: OK, pronto.

U2: Eu, eu deixei-lhes uma propriedade ...

E: Não ... não mantém muito o contacto, por assim dizer ...

U2: Nunca mais os vi, já há mais de trinta anos que não os vejo.

E: OK, então não tem nenhum contacto...

U2: Foi assim, houve aquelas desavenças que ... mas,

E: O divórcio ...

U2: ...mas depois de definitivo deixei-lhes uma propriedade na Costa da Caparica, uma coisa grande, boa, para eles. De resto, nem sei se são casados, mas eu acho que as duas raparigas já são casadas, agora de rapazes é que não... um morreu ...

E: Não sabe ... não sabe se tem netos?

U2: Das raparigas tenho netos, mas foi por um ex-colega meu, que me disse, é pá, ... é natural ...

E: Pois.

U2: Mas dos rapazes, só sei que o mais novo dos rapazes morreu, morreu num acidente de viação e o mais velho estava na aviação, na NATO, não sei se ainda ...

E: Estava muito bem empregado!

U2: Ele, ele cá pertenceu à aviação também, mas ele não gostava nada disto, demitiu-se para ir para ...

E: ... para a NATO

U2: ... a aviação civil, mas... não, não, para a aviação civil,

E: Ah! Para a aviação civil ..., sim.

U2: ... também não lhe agradou muito e parece que teve uma amizade. Conhecia um tipo qualquer da NATO.

E: E nunca tentou entrar em contacto com eles, nem eles consigo?

U2: Nada ...mas...

E: Nem que fosse só para apresentar os netos? Para dizer que estavam vivos, de boa saúde

...

U2: Eles, para já, pensam que eu que morri ...

E: Pois, por isso é que não ... não tentam entrar em contacto consigo ou não o tentam procurar ...

U2: Bem, mesmo que viessem à minha procura para mim era estranho! Lá está, são filhos!

E: São filhos, exatamente! Foi ao funeral do mais novo, dos irmãos?

U2: Não, porque eu quando soube já ...

E: Já tinha sido. Pronto, OK!

U2: Fica a memória ...

E: Pois, é uma vida complicada não estar em terra, é diferente.

U2: ... como estava longe eu só vinha cá de ano a ano, a Portugal, e mesmo assim, às vezes, era só uma hora ou duas ... eu ...

E: Pois, é um bocadinho complicado. Se calhar a sua esposa, se calhar, sentia-se desamparada não é?...

U2: Bem eu ... a coisa foi diferente ...

E: É um trabalho difícil, mas gostava do que fazia?

U2: o meu?

--- Sim, sim, o seu.

U2: O meu até nem era muito difícil. Eu era 1º piloto e depois de piloto passei a imediato e em imediato ...

E: Hum, é um trabalho ...

U2: ... entregaram-me o comandante, o comando do navio.

E: Pois, o navio já é mais estável, não é como aquelas embarcações da pesca ...

R: ... andei lá catorze anos, na pesca do bacalhau, ali, onde só se pescava o bacalhau ... mas os navios de pesca são diferentes ...

E: Hoje a pesca é diferente, hoje a pesca é para o navio ... pois, não tem tanta estabilidade no mar...

U2:... tudo tem estabilidade no mar ...

E: É preciso saber-se, saber-se navegar, não é? Manusear ali aquilo ...

U2: Mas sabe quando me dizem isso assim eu digo, e o Vasco da Gama o que é que ele tinha? Tinha uma casca de noz e um palito a servir de mastro e foi para a Índia!

E: Pois, exato ...

U2: Comparado com a navegação de agora era uma casca de noz!

E: Exato, é assim ... então pronto, vamos aqui novamente. Então diga-me uma coisa, em termos habitacionais a sua habitação tem as necessidades próprias para o seu problema de saúde, que é a bronquite asmática?

U2: Isso não há habitação nenhuma que tenha!

E: Desde que não tenha a humidade já facilita um bocadinho ...

U2: Eu estou no meio, ... estou numa casa que me deram, no meio de uma quinta, tenho ar por todos os lados que é o mais saudável para isto?

E: Era isso que eu ia dizer, é muito saudável, muito saudável!

U2: E tenho o quintal próximo.

3- E: Ah! Que engraçado. Diga-me uma coisa a quem é que recorre quando tem um problema? À voluntária, à Assistente Social, às ajudantes de ação direta, à animadora sociocultural, familiares, vizinhos ou amigos?

U2: É, uns vizinhos que estão ao lado, que por exemplo, já tenho quase... de vez em quando, agora não tem sido necessário, mas já, eles chamam a ambulância.

E: E diga-me uma coisa, e depois em termos aqui da Instituição a quem é que recorre? À Assistente Social, às auxiliares de ação direta ...

U2: Não, é só a doutora.

E: à Assistente Social, à doutora.

U2: Oiça, minha senhora, eu vim do barco ... então em terra, algum problema que eu tenho é tudo, tudo, direcionado com a doutora.

4- E: Faz bem. Diga-me uma coisa, não sei se vai lá a voluntária...

U2 Não vai ninguém!

E: Nem a animadora sociocultural? Então o senhor desloca-se à Instituição ...

U2 Aqui pois! E os meus passeios agora é ao médico, também me deram ...

E: Mas aqui não faz atividades, aqui na Instituição?

U2 Eu estou quase paralítico, pronto, eu deu-me duas, duas não, três, trombozes nas pernas. Por acaso ainda não tive nenhuma...

E: Não ficou... ainda não está paraplégico, pronto! Tem a mobilidade menos ...

U2: Mas é só nas pernas!

5- E: Pronto. Então pronto, diga-me uma coisa, quando vem cá à Instituição que tipo de atividades é que costuma realizar? Vem cá conversar, ouvir música, leitura, que tipo de atividades é que costuma cá fazer na Instituição?

U2: Aqui, vou ali para a varanda, estou assim ali quando está bom tempo.

E: Mas não conversa com os outros utentes?

U2: Eu falo pouco, eu no mar também falava pouco!

6- E: Pois, também estavam lá poucos! Diga-me uma coisa, encontra-se satisfeito com o Serviço de Apoio Domiciliário?

U2: Não eram poucos, tinha doze homens só para o meu comando!

E: Sim, exato, não eram poucos, mas eram só aqueles, só se podia restringir a eles!

U2: Mas a gente nunca conversava, oiça foram muitos anos assim, não dá para conversar... Agora música eu gosto de ouvir música ...

E: Gosta de ouvir música?

U2: Eu gosto!

E: Principalmente a bola... para andar com o rádio atrás, gosta de ouvir a bola, os relatos da bola?

U2: Gosto de ouvir, mas nem todos...

E: **Nem todos, pronto...**

U2: ...mas ...

E: **Normalmente, quem anda com o rádio atrás é para ouvir a bola...**

U2: Não, é notícias...

E: **Notícias, sim, também. Exato notícias.**

U2: Porque agora de resto, estar a ouvir música e coisas... ou então algum programa bom, por exemplo na Antena 1 dá um logo de manhã...

E: **Sim?**

U2: que é do Zé Candeias e tal, esse tipo é fantástico!

E: **Ah! Sim?**

U2: De resto mais nada!

E: **Diga-me uma coisa, encontra-se satisfeito com o Serviço de Apoio Domiciliário? Disse-me que tinha higiene pessoal, alimentação, lavandaria, tratamento de roupa. Encontra-se satisfeito com os serviços que lhe são prestados?**

U2: Sim... absolutamente.

7- E: **Agora diga-me uma coisa, só aqui para terminarmos. Onde pensa que existe melhor qualidade de vida, no meio urbano ou no meio rural? Já me disse que morava numa quinta.**

U2: No meio rural.

E: **E porquê?**

U2: Porquê, minha senhora, tem todas as vantagens!

E: **E quais são as vantagens que pensa que tem?**

U2: Para já ar... com fartura ...

E: **Ar puro!**

U2: Também não é já muito puro, mas em relação à vida que eu levava , o ar, puro, puro, puro, era só lá no meio do oceano...

E: **Pois, exato. Era um ar salgado, vá, por assim dizer! Mar doce!**

U2: Pois, mas uma pessoa habitua-se aquilo ...

E: **Pois, foi uma vida inteira naquilo!**

U2: 50 anos!

E: **Depois para se habituar a terra já é um bocadinho complicado!**

U2: Sim, eu às vezes tinha... eu nunca tive férias, não queria. À uma, a companhia não podia dar-me férias, pagava sempre bem, mas com respeito a férias, como tinha pouco pessoal, pronto. E quando a gente nos viemos embora, que atingimos os limites máximos, o limite é aos 50 anos eu era 60 e ainda andava embarcado, por isso ...

E: Gostava mesmo do que fazia! Tinha mesmo gosto!

U2: Uma pessoa habitua-se...

E: Pois habitua-se exatamente. Mas também tem de ter um pouco de gosto pelo que se faz não é só o habituar-se.

U2: Com 12 anos fui para aquela vida ...

E: Foi com 12 anos? Foi muito novo, pois é natural que se habitue.

U2: ... o meu pai, o meu falecido pai, o meu avô ...

E:-Pois, também já eram dessas vidas!

U2: ... era tudo malta do mar!

E: OK, então, pronto...

U2: ... o que é, é que não eram assim sem jeito, vidas estranhas, como eu... Eu fui para piloto e escolhi logo uma rota que o Pacífico, o oceano Pacífico, tem o nome de pacífico, mas não é nada pacífico ...

E: Nada pacífico ...

U2: Palavra ... nós vamos a navegar e está aqui o mar são, e se for preciso daí a um quarto de hora ou meia hora estamos a apanhar porrada de três em pipa!

E: Turbulência ...

U2: Aquilo começa só a ficar escuro, pronto, a circular, e é o mar onde há ciclones, e depois tempestades subtropicais, aquilo não é nada tropical, mas é assim...

E: Exato. Diga-me só mais uma coisa,

U2: Com certeza, minha senhora.

E: O que é que acha, como é que acha que é feita a gestão em termos de recursos humanos? Acha que existem auxiliares diretas suficientes para tantos utentes?

U2: Bem, isso não é agora para estar a explicar.

E: OK. Pronto já acabamos!

ENTREVISTA

(Utente 3 do Centro Comunitário Paroquial de Famões)

Duração: 5m e 30s

Local: Instalações do Centro Comunitário Paroquial de Famões

Elementos presentes: Entrevistadora e Utente e Assistente Social

E = Entrevistadora

U3 = Utente 3 de Famões

E: Estamos aqui hoje no domicílio de uma senhora que é utente do Centro Comunitário e Paroquial de Famões, vamos dar início à nossa entrevista. Então é o seguinte: que serviços

lhe são prestados em serviço de apoio domiciliário? Higiene pessoal, higiene habitacional, alimentação, cuidados de saúde, lavandaria, o que é ... que serviços é que lhe são prestados?

U3: Eu sei lá!

1- E: Que serviços é que lhe vêm cá fazer a casa?

U3: Não me lembro!

E: Eles vêm cá fazer o quê? Não a mudam da cama para a cadeira?

U3: Mudam.

E: Mudam? Fazem a higiene pessoal?

U3: Fazem

E: E a higiene habitacional?

U3: Não me lembro, não sei bem o que é isso.

E: É limpar a casa, mudar a cama de lavado, tratam-lhe da roupa.

U3: Eu também só tenho três ou quatro dias ...

E: Pronto, e também lhe trazem a alimentação?

U3: Trazem.

2- E: Fazem tudo. Quais são as suas condições de vida em termos de saúde, familiar e habitacional. Em termos de saúde que problemas é que tem?

U3: Graças a Deus não tenho nada agora.

E: Não tem diabetes, não tem a tensão arterial alta?

U3: Olhe, até tenho é os diabetes, mas não sei se estão em baixo...

E: ...Se estão altos ou se estão baixos? E colesterol tem?

U3: Colesterol, pois, também ...

E: Também tem. Pois. Em termos familiares a sua família dá-lhe apoio ao fim de semana quando não vêm cá as auxiliares de Ação direta? Como é que é?

U3: Tenho o apoio ...

(ouve-se um barulho de porta a bater)

E: É o seu marido que chegou?

U3: É.

E: Tem o apoio do seu marido, é isso?

U3: É.

E: Pronto, em termos habitacionais, para os seus problemas de saúde acha que a sua habitação tem as condições ideais para si?

U3: Eu penso que sim!

3- E: Pensa que sim? Então está bem! Então diga-me uma coisa, a quem recorre normalmente quando tem um problema: à voluntária, que não sei se vem cá a voluntária falar consigo, à Assistente Social, que é a Doutora Sandra, às ajudantes de ação direta que vêm cá fazer as coisinhas a sua casa, à animadora sociocultural, que eu não sei se vem cá falar consigo, fazer atividades consigo, a familiares ou vizinhos? A quem é que recorre quando tem algum problema? Já sei que é casada, tem ali o seu esposo. Diga-me lá a quem é que recorre? Pede ajuda a algum familiar, a algum vizinho, para além do seu marido?

U3:É à vizinha ...

E: À vizinha. E também fala muito com a doutora? Com a Assistente Social?

U3:Eu?

E: Sim, sim, se fala com a doutora Sandra?

R: falo.

E: E com as auxiliares quando cá vêm fazer as coisinhas a casa?

U3:Também, também.

E: Fala, não é? Pronto.

U3:Não tenho diferença nenhuma de ninguém.

4- E: Pronto, então também pede-lhes ajuda. Diga-me uma coisa, a voluntária ou a animadora sociocultural vêm cá? Vem cá alguém fazer atividades consigo?

U3:Não vem.

E: Não vem cá a animadora fazer atividades consigo? Pô-la a ver televisão, falar, conversar, ler um livro, não vem cá ninguém?

U3: Não.

5- E: Não? Pronto, senão eu iria perguntar qual é que era a sua relação que tinha ou com a voluntária ou com a animadora. Pronto, também não há problema. Em termos de atividades de animação que são realizadas no domicílio já percebi que não são realizadas pela animadora sociocultural. Mas que tipo de atividades costuma fazer? Gosta de conversar, ouvir música, leitura, filmes, o que é que gosta de fazer quando está aqui para além de ver televisão, que eu já sei que gosta de ver televisão?

U3: Televisão!

E: Gosta de quê? De falar? Gosta de ler livros?

U3: Para falar é só com ...

E: Fala pouco não tem com quem falar, então como é que passa o seu tempo? É na companhia do seu marido a ver novelas, telejornal, é isso?

U3: É.

E: Pronto. Então diga-me uma coisa, encontra-se satisfeito com o Serviço de Apoio Domiciliário? Encontra-se satisfeita?

U3:Encontro...

E: Com a doutora Sandra e com as auxiliares que cá vêm prestar apoio?

U3: Sim.

6- E: Encontra-se satisfeita com os serviços prestados, não tem nada a dizer de ninguém?

U3: Não....

7- E: Então diga-me só mais uma coisa por último. Onde pensa que existe melhor qualidade de vida, no meio urbano ou no meio rural? Eu não sei, não lhe perguntei se era do meio rural, nascida? Mas onde é que pensa que existe melhor qualidade de vida?

U3: Nascida ...

E: Nascida? Você é de cá da cidade?

U3: Não, não ...

E: Ou é de uma aldeia?

U3: Não, é ... S. Domingos ...

E: É de uma aldeia então?

U3: Sim é ...

E: Diga-me uma coisa, o que é que pensa, se existe melhor qualidade de vida aqui na cidade ou no meio rural? É lá na aldeia? Onde é que pensa que existe melhor qualidade de vida? Cá ou lá?

U3:..... (não responde)

E: Não sabe? Cá talvez há mais transportes, mas lá, se calhar é melhor qualidade de vida em termos de alimentos que são mais puros, não há tanta poluição, o que é que acha?

U3: Não sei...

E: Acha que é nos dois lados, então?

U3: Acho que sim.

E: Pronto, muito obrigada então.

ENTREVISTA

(Utente 1 da Associação de Reformados e Pensionistas “Os Ferrinhos”)

Duração: 14m e 56s

Local: Instalações da Associação

Elementos presentes: Entrevistadora e Utente e Educadora Social

E = Entrevistadora

U1 = Utente 1 da Associação “Os Ferrinhos”

E: Então pronto, estamos aqui no domicílio de uma senhora pertencente à Associação de Reformados e Pensionistas “Os Ferrinhos” e vamos iniciar a nossa entrevista. Estamos a 13/02 de 2015. Que serviços lhe são prestados em serviço de apoio domiciliário? Higiene

peçoal, higiene habitacional, alimentação, cuidados de saúde, lavandaria, que é o tratamento de roupas, ajudas técnicas ou outros serviços?

U1: Só alimentação.

E: Quais as suas condições de vida em termos de saúde, familiar e habitacional? Que problemas de saúde é que tem?

U1: Oi... isto eu agora se puser aqui tudo, tanta coisa ...

E: Pronto, os mais importantes, diabetes, colesterol, tensão arterial ...

U1: Colesterol tenho, tensão arterial também de vez em quando também “vareia”, mas o pior é as articulações ...

E: É os ossos?

U1: ... O pior é os ossos

E: Em termos familiar, tem marido, filho, neto?

U1: O meu marido já faleceu há ... 11 anos.

E: Mas tem filhos?

U1: Não tenho filhos.

E: Quem é que lhe dá apoio em termos familiares?

U1: Ninguém.

E: Tem uma irmã?

U1: Tenho, olhe, esta (aqui refere-se à irmã que está com ela no momento da entrevista), e tenho outra também que passa aqui meia dúzia de vezes.

E: Então OK. Pronto, em termos habitacionais a sua habitação acha que tem as condições ideais em termos de saúde?

U1: Ó doutora pode ir ver ...

E: Não é necessário ver, é o que você acha?

U1: Para mim tem.

E: Sente-se confortável?

U1: Para mim, sinto-me bem.

E: Pronto, é o que interessa. Então pronto, vamos prosseguir. A quem recorre normalmente quando tem um problema? À voluntária, à educadora social que é a doutora Cláudia, às ajudantes de ação direta, familiares, animadora sociocultural, ou vizinhos e amigos?

U1: A uma vizinha que é quem vem aqui todos os dias. A minha irmã é que vinha, mas está doente não pode.

E: OK, não há problema nenhum! Mas também recorre à doutora e às auxiliares de ação direta quando cá vêm levar a alimentação? Se tiver algum problema fala com elas?

U1:Elas vêm aqui e é que me levam os papéis, é que trazem ... e que levam o dinheiro, é que trazem ...

E: São intermediárias entre ...

U1:É assim.

E: ... entre a utente e a doutora.

U1:Tudo!

E: Não vem cá nenhuma voluntária a casa, ou a animadora sociocultural fazer atividades?

U1:Não.

E: Então diga-me uma coisa, que tipo de atividades é que gosta de realizar no seu domicílio? Conversa, música, leitura, filmes, o que é que gosta de fazer?

U1F:Olhe, ver televisão e estar no computador. E gosto de ler.

E: E o computador é o quê? Internet, ver notícias?

U1:Internet ... ver ...

E: Facebook?

U1:Vou ao Facebook, vou, ver trabalhos manuais no Google ou no Youtube, oiço música, faço buscas... (entretanto aqui neste ponto a irmã da utente que está presente durante esta entrevista diz: “fala com o meu filho, que diz que é dela ...”)

U1: Falo no Facebook com certas pessoas, com o meu “filho” que é o filho dela! (aqui refere-se à irmã). Anda lá no estrangeiro e eu falo aqui com ele no Facebook, por aqui, por ali, por lá ...

E: Encontra-se satisfeita então com o serviço de apoio domiciliário que lhe prestam?

U1: Encontro.

E: Pronto, agora para finalizar vou-lhe fazer uma questão: onde pensa que existe melhor qualidade de vida, no meio urbano ou no meio rural? E perguntava-lhe porquê?

U1:Ah! É aqui no rural ...

E: E porquê?

U1:Porque eu nasci aqui e sou saloia e sou daqui e é aqui que me criei...

E: Mas porque há menos poluição? Por alguma razão em especial?

U1:Olhe vou-lhe dizer uma coisa, eu tenho aqui a minha casa e tenho aqui a minha família mas sou apaixonada pelo Alentejo. Se eu não tivesse aqui nada nem ninguém era no Alentejo é que eu vivia ...

E: Ou seja, meio rural?

U1: Era num monte do Alentejo! Eu acho que eu aqui vivo no céu. É um sossego. Não se ouve uma zaragata, não se ouve um barulho, não se ouve nada, nada, nada! Anoiteceu, ou mesmo de dia, olhe, estão a ouvir? Que barulho é que se ouve aqui?

E: Nenhum! Não tem medo de viver tão isolada?

U1: Não tenho medo, não sofro de solidão, vivo aqui maravilhosamente bem!

E: Pronto, muito obrigada, isso é ótimo!

ENTREVISTA

(Utente 2 da Associação de Reformados, Pensionistas e idosos “Os Ferrinhos”)

Duração: 10m e 17s

Local: Instalações da Associação

Elementos presentes: Entrevistadora e Utente e Educadora Social

E = Entrevistadora

U2 = Utente 2 da Associação “Os Ferrinhos”

E: Pronto, então é assim, estamos aqui noutra domicílio de uma utente da Associação de Reformados e Pensionistas e Idosos “Os Ferrinhos” e vou começar (não há problema nenhum), e vou começar então por lhe fazer as questões. Que serviços lhe são prestados em serviço de apoio domiciliário? Higiene pessoal, higiene habitacional, alimentação, cuidados de saúde, lavandaria, tratamento de roupas, que serviços é que lhe são prestados? O que é que as senhoras auxiliares de ação direta vêm cá fazer?

U2: Aqui a casa? É só lavar, dar banho.

E: Higiene pessoal? E que mais? Alimentação?

U2: Alimentação tem outra pessoa, vem outra ao meio dia... vem outra ao meio dia e depois vem à tardinha, quando é aí três e meia ou isso assim, vem outra vez fazer a higiene...

E: ... a higiene, pronto, e em termos habitacionais ainda vai dando conta do trabalho? Vai limpando a casinha?

U2: Não, não, eu não, pronto...

Uma voz: A senhora está a perguntar se as coisinhas da casa é você que faz?

U2: Ai é? Faça, faça ...

Uma voz: Ela ainda vai fazendo e tem a nora que faz aqui ...

U2: A nora faz as coisas piores ...

E: Faz a limpeza da casa e trata da roupa, pronto, então a senhora é só a higiene pessoal e é a alimentação, pronto. Diga-me uma coisa, quais são as condições em termos de saúde, que problemas de saúde é que têm?

U2: Ele? Eu? Eu, eu, ...

E: Os dois.

U2: Os dois, então ...

Uma voz: Ele, tem diabetes, tem tensão; ela tem, o que é que você tem? Diga lá à menina.

U2: Eu tenho a ... como é que se chama, no coração? Já me esqueci!

E: Um sopro?

U2: Não, não é sopro, tenho ...

Uma voz: É arritmia...

E: Arritmias?

U2: Não, é um ... pacemaker!

E: Ah! É um pacemaker. Tem um pacemaker no coração.

U2: Pois é!

E: Tirando isso, ...

U2F: ... é dores aqui...

E: Pois, é dores nos ossos ...

U2: ... é dores nos ossos pois!

E: É as artroses, pronto!

U2: Vou a andar e já vou a “atropeliar” já vou assim, a cabeça sempre tonta, é... olhe está-me a chegar tudo, a chegar tudo, não falta nada, ainda não me chegou foi nada de grave, não é?

E: Claro!

U2: Agora o que é que há-de chegar? Só falta chegar a morte ...

Uma voz: Então mas isso a gente estamos cá todos à espera dela!

U2: Já estou a contar com ela ...

E: Não conte com ela, então? Quanto mais longe melhor ...

U2: Não. É, também não interessa, a gente diz isso sempre que já tem muita idade ...

E: Não interessa, quando chegar, chegou, e a gente nem se dá conta, nem sente ...

U2: Se há coisa que eu tenho bom é os dois ...

E: Ainda bem, desde que não tenham colesterol ... é ótimo!

U2: Não, não há colesterol.

E: Então vá, diga-me uma coisa. Em termos familiares, já me disse que a sua nora vem cá a casa ...

U2: ... vem cá a casa ...

E: Tem apoio da sua nora, do seu filho?

U2: Bem, conto a verdade, eles não estão juntos, ele deixou-a.

Uma voz: É a ex-nora, mas é uma companheira!

E: Ex-nora ...

U2: É ex-nora, pronto!

E: É a ex-nora, pronto, não há problema nenhum, continua cá a vir, é como se fosse sogra, sogra só há uma também.

U2: É. Até está numa casa minha e vem aqui fazer a ...

E: ... vem aqui para lhe dar apoio ... uma mãozinha ...

U2: ... aí ao meio dia, ou isso assim, mas não faz comer, porque ela tem de fazer mais outros biscates, e depois é ela que cuida da escrita, que a escrita não é grande, mas qualquer coisa que é preciso, ir à farmácia, ir aqui, ir acolá, ela vai a todo o lado!

E: Vai ela ... ela desloca-se então, pronto, e diga-me uma coisa. Há bocadinho estava-me a dizer que gostava que o Centro, que lá a Associação, fosse um Lar? Em termos habitacionais não está satisfeita por estar aqui?

U2: Estou cansada. É, eu gosto de estar aqui, mas ...

E: Pois, é o seu lar ...

U2: Acho que estou cansada. Estou cansada do trabalho, não acreditam?

Uma voz: É uma questão de cuidado entre eles, não é? Ela já tem muita idade também e o Sr. Luís precisa de muitos cuidados e eles precisam de mais acompanhamento. Depois há aquela questão, não querem estar a pedir às famílias, não é? Porque uns trabalham, porque têm as coisas deles, têm filhos, têm casas ...

U2: É, cada um tem as suas casas ...

Uma voz: ... e é nesta questão do acompanhamento, do apoio, que ela fala de ...

U2: As senhoras dos auxílios vêm cá e fazem tudo. Hoje preciso disto, preciso daquilo,

E: Elas fazem?

U2: Fazem, fazem tudo!

Uma voz: E sempre bem dispostas e é uma companhia que eles têm aqui por um bocadinho

U2: Tudo bem feito, mas ... estou muito cansada ...

Uma voz: Precisa dormir ...

U2: Não, não estava a dormir, estava assim ... sei lá! a porta está sempre encostada, mas vem a minha nora, vem a outra, vem a outra, todos me chamam, dou em doida, olha pode entrar! Qualquer dia entra-me um ladrão aí assim ...

E: Ai, que horror, não diga isso! Então pronto, vamos agora prosseguir.

U2: ... depois quando ele tem diarreia ou tem assim mais alguma coisa toma uns pingos para fazer cocó, se calha seja de dia ou de noite e não está cá ninguém, sou só eu ...

Uma voz: É nesse aspecto que ela, que ela ...

E: Pois, não tem o auxílio à noite ...

U2: ... tenho de me subjugar a tudo, tenho de pôr fraldas, tenho tudo, ponho ali tudo num monte que é para depois de manhã ...

E: Então diga-me uma coisa...

U2: ... É. É essas coisas que me cansa, é o chega-se para lá e depois tira a fralda suja e depois põe lavada, lavada, limpa, sempre, é vira-te para aqui, vira-te para acolá, e eu, eu sozinha. Olhe se a minha nora cá estiver de manhã, ainda antes das meninas virem, se ela chegar primeiro que as senhoras, eu tenho vergonha! Nunca ela lavou o meu marido, nem a ajudar a empurrar ou a vestir, só se for a subir para cima da cadeira é que eu digo ó Heliadora dá aqui uma ajuda. Acho que para vestir ou coisa, nunca, nunca, nunca ...

Uma voz: É sempre você ...

U2: ... sou eu sozinha. Depois maça-me os braços, depois eu digo assim para ele quando é à noite: “estás aí a gemer com dores mas à noite estou tão pronta como tu”. Estamos os dois assim, uma miséria!

E: Então pronto, diga-me uma coisa. A quem recorre normalmente quando tem um problema? À doutora, às auxiliares de ação direta, aos familiares, vizinhos, amigos, a quem é que recorre?

U2: É à minha nora ...

E: É à sua nora. Então é aos familiares.

U2: Para ela falar ao telefone para o médico, para marcar uma consulta, para marcar qualquer coisa...

E: Mas quando tem algum problema também diz às auxiliares de ação direta? Se calhar já são ...

Uma voz: Quando o Sr. Luís tem alguma coisa, ou para elas verem um dedo ou um pé, pode ser preciso alguma coisa, também diz às meninas, não é? Elas depois ligam para mim, eu ligo para a enfermeira ...

U2: Diz, diz. E vêm aqui duas enfermeiras, parece que são irmãs, aquelas pequeninas assim ...

Uma voz: Sim, é a Catarina e a Paula.

U2: É. Eu não sei o nome delas, vêm cá todas as terças feiras. Depois ele tem ali um problema no outro pé, e ele diz “anda cá, já me dói tanto que estou farto de passar dores”, e eu digo, as meninas vêm cá na terça-feira, é sempre à terça, vêm ver como é que está o pé, umas mandam pôr vinagre, outras creme nívea ...

Uma voz: ... é, é uma de cada maneira.

U2: É. É tanta coisa que ele pôs, uma pessoa já não sabe o que é que há-de mandar ...

E: Sim senhora. Diga-me uma coisa, que atividades é que gosta de realizar? Gosta de conversar, de ler, de ver televisão, o que é que faz cá em casa com o seu marido? O que é que fazem?

U2: O que é que a gente faz?

E: Conversam? Leem?

U2: Ver televisão. Olhe, está ali uma por estrear, veio cá pôr uma neta minha...

Uma voz: Eles até há pouco tinham uma cadeira elétrica e iam até ao Largo, Agora o tempo está muito frio e eles...

E: Ele gosta de quê? Jogar as cartas, dominó?

Uma voz: Não, é só conversar ali naquele Largozinho onde estão uma série de senhoras e senhores. Só que ele agora como também está mais debilitado já não consegue...

U2: Estamos à espera que o tempo ... está muito frio...

Uma voz: ... que melhore ...

U2: ... que é para ele ir para lá.

E: Vai pouco a pouco, também não pode ser assim de repente!

U2: Três vezes por semana fazia-o sentar e punha-lhe ali a cadeira e ele ia indo, ia indo, ia indo ... e eu, às vezes, dizia para o segurar e ele dizia não, não, não, e agora acostumou-se e ponho a cadeira mesmo a jeito, ele magrinho, magrinho, já sobe para cima da cadeira.

E: Já consegue, pouco a pouco.

U2: Pois.

E: Então isso quer dizer que vocês encontram-se satisfeitos com o serviço que é prestado pelos Serviços de Apoio Domiciliário?

U2: Tudo, tudo.

E: Então diga-me uma coisa. Qual é que é ... onde é que acha que existe melhor qualidade de vida, no meio urbano ou no meio rural?

Uma voz: Onde é que você acha que se vive melhor, na cidade ou aqui na aldeia?

U2: Eu, por mim, é aqui na aldeia

E: Então porquê?

U2: Lá é mais seguro, não é? Em Lisboa ou ...

E: Aqui é mais sossegado ...

U2: ... aqui é mais sossegado...

E: Não tem tanta poluição, é por isso?

U2: ... mais sossegado, mas quer dizer, se quiser ir a um médico, aquilo lá é mais rápido do que aqui

Uma voz: Ou não!

E: Pois, depois tem estas certas diferenças, lá é mais por causa da saúde, aqui é porque não tem tanta poluição, os alimentos são mais saudáveis. Então está bem, pronto.

Apêndice VI
SINOPSE DAS ENTREVISTAS AOS UTENTES

CATEGORIA	SUJEITOS	INDICADORES
Serviços prestados (alimentação, limpeza e roupa)	Utente 1 Famões	“Tenho apoio ao comer ... ao comer...” “E a limpeza...” “As roupas, as roupas ... a lavandaria, sim.”
	Utente 2 Famões	“É a alimentação”. “E, e é a roupa, mas é ... a lavandaria”. “(…)Sou eu é que venho fazer a higiene pessoal aqui”
	Utente 3 Famões	“Eu sei lá!” “Não me lembro! <i>(…)Mudam da cama para a cadeira? Mudam.”</i> <i>(…)Fazem a higiene pessoal? Fazem”.</i> <i>(…)A higiene habitacional é limpar a casa, mudar a cama de lavado, tratam-lhe da roupa.(…)só tenho três a quatro dias...</i> <i>(…)Trazem a alimentação? Trazem”</i>
	Utente 1 Ferrinhos	“Só alimentação”.
	Utente 2 Ferrinhos	“É só lavar, lavar, dar banho”. “Alimentação tem outra pessoa, vem outra ao meio dia... e depois vem à tardinha, quando é aí três e meia ou isso assim, vem outra vez fazer a higiene...”
Condições	Utente 1 Famões	“Tenho asma”

de vida	Utente 2 Famões	“Falta de ar” ...uma bronquite asmática
	Utente 3 Famões	“Graças a Deus, não tenho nada agora” “Olhe até tenho é os diabetes” “Colesterol, pois também...
	Utente 1 Ferrinhos	Colesterol tenho, tensão arterial também de vez em quando também “vareia”, mas o pior é as articulações O pior é os ossos...
	Utente 2 Ferrinhos	A Sra. Têm: ... um ... pacemaker! ... é dores aqui... é dores nos ossos pois! Vou a andar e já vou a “atropeliar” já vou assim, a cabeça sempre tonta, é... Ele, tem diabetes, tem tensão...

CATEGORIA	SUJEITOS	INDICADORES
A quem recorre	Utente 1 Famões	“Assistente Social”
	Utente 2 Famões	“Vizinhos, Doutora”
	Utente 3 Famões	“Vizinha, Assistente Social”
	Utente 1 Ferrinhos	A uma vizinha que é quem vem aqui todos os dias. A minha irmã é que vinha, mas está doente não pode.
	Utente 2 Ferrinhos	“À minha nora”
Voluntariado	Utente 1 Famões	“Não”.
	Utente 2 Famões	“Não vai ninguém”

	Utente 3 Famões	“ Não vem ”
	Utente 1 Ferrinhos	“Não”.
	Utente 2 Ferrinhos

CATEGORIA	SUJEITOS	INDICADORES
Atividades no Domicílio	Utente 1 Famões	“Não”.
	Utente 2 Famões	“Agora música eu gosto de ouvir música ... estar a ouvir música e coisas... ou então algum programa bom, por exemplo na Antena 1 dá um logo de manhã... que é do Zé Candeias e tal, esse tipo é fantástico!”
	Utente 3 Famões	“Televisão”.
	Utente 1 Ferrinhos	“Olhe ver televisão e estar no computador”. Internet “E gosto de ler”. “Vou ao Facebook. Vou ver trabalhos manuais no Google ou no Youtube, oiço música, faço buscas”. Falo no Facebook com certas pessoas, com o meu “filho” que é o filho dela! (aqui refere-se à irmã). Anda lá no estrangeiro e eu falo aqui com ele no Facebook, por aqui, por ali, por lá ...”
	Utente 2 Ferrinhos	O que é que a gente faz? Ver televisão ... (...)é só conversar ali naquele Largozinho onde estão uma série de senhoras e senhores. Só que ele agora como também está mais debilitado já não consegue...”
Qualidade	Utente 1 Famões	“Acho que sim. Sim, sim, sim. Sim, sim”

do Serviço prestado	Utente 2 Famões	“Sim absolutamente”..
	Utente 3 Famões	“Encontro. Sim”
	Utente 1 Ferrinhos	“Encontro”
	Utente 2 Ferrinhos	Tudo, tudo”.

CATEGORIA	SUJEITOS	INDICADORES
Qualidade de vida	Utente 1 Famões	“No urbano. Há mais, tem-se facilidades (...)”
	Utente 2 Famões	“Rural” “(…)Tem todas as vantagens (...) ar... com fartura!”. “Também não é já muito puro, mas em relação à vida que eu levava , o ar, puro, puro, puro, era só lá no meio do oceano...”
	Utente 3 Famões	“ <i>Você é de cá da cidade?</i> Não, não ... <i>É de uma aldeia então?</i> Sim é ... <i>Acha que é nos dois lados, então?</i> Acho que sim.”
	Utente 1 Ferrinhos	“(…)É aqui no rural...”. “Porque eu nasci aqui e sou saloia e sou daqui e é aqui que me criei... “Olhe vou-lhe dizer uma coisa, eu tenho aqui a minha casa e tenho aqui a minha família mas sou apaixonada pelo Alentejo. Se eu não tivesse aqui nada nem ninguém era no Alentejo é que eu vivia ... Era num monte do Alentejo! Eu acho que eu aqui vivo no céu. É um sossego. Não se ouve uma zaragata, não se ouve um barulho, não se ouve nada, nada, nada! Anoiteceu, ou mesmo de dia, olhe, estão a ouvir? Que barulho é que se ouve aqui? Não tenho medo, não sofro de solidão, vivo aqui maravilhosamente bem!”

	Utente 2 Ferrinhos	<p>“Eu por mim é aqui na aldeia! Lá é mais seguro, não é, em Lisboa ... Aqui é mais sossegado ... mas se quiser ir a um médico ... lá é mais rápido do que aqui”</p>
--	-----------------------	--

Grelha de análise de conteúdo trabalhada dos Utentes

Cores: Laranja – utente 1 Famões; Verde – utente 2 Famões; Azul – utente 3 Famões; Vermelho – utente 1 Ferrinhos; Roxo - Utente 2 Ferrinhos

Sub-tema	Categorias	Subcategorias					Conteúdo selecionado	Indicadores
		U1 Famões	U2 Famões	U3 Famões	U1 Ferrinhos	U2 Ferrinhos		
Serviços Prestados	Higiene Pessoal	Cuidados de higiene pessoal	Higiene Pessoal	Cuidados de higiene pessoal		Cuidados de higiene Pessoal	<p>(...) Tenho apoio... a limpeza(...). (...) Sou eu é que venho fazer a higiene pessoal aqui (...). (...) Fazem a higiene pessoal (...). (...) É só lavar, lavar, dar banho (...).</p>	
	Higiene Habitacional			Higiene habitacio nal			<p>(...) A higiene habitacional (...).</p>	
	Alimentação	Alimentaç ão	Alimentaç ão	Alimentaç ão	Alimentaç ão		<p>(...) Tenho apoio ao comer (...). (...) É a alimentação(...). (...) Trazem a alimentação</p>	

							(...). (...) Só alimentação (...).
	Cuidados de Saúde						
	Lavandaria	Tratamento de roupas	Tratamento de roupas	Tratamento de roupas			(...) Tenho apoio... a lavandaria(...). (...) E, e é a roupa, mas é ... a lavandaria (...). (...) Tratam-lhe da roupa. (...).
	Ajudas Técnicas						
	Outros Serviços			Transferência			(...) Mudam da cama para a cadeira (...).
Condições de vida	Saúde	Tem problemas de asma	Tem falta de ar e uma bronquite asmática	Tem diabetes e colesterol	Tem colesterol e tensão arterial descontrolada e problemas de ossos	O esposo tem diabetes e tensão arterial, a esposa tem um pacemaker e dores nos ossos	(...) Tenho asma (...). (...) Falta de ar...”, “...uma bronquite asmática (...). (...) Até tenho é os diabetes...Colesterol pois, também(...). (...) Colesterol tenho, tensão arterial...O pior é os ossos (...) (...)Olhe até tenho é os diabetes”, “Colesterol, pois também(...).
	Familiar						
	Habitacional						
A quem recorre	Voluntária						

normalmente	Assistente Social/ Educadora Social	Assistente Social	Assistente Social				(...) Assistente Social(...). (...) Doutora (...)	
	Ajudantes de Acção Directa							
	Animadora Sócio Cultural							
	Familiares				Familiares	Familiares	(...) A minha irmã é que vinha, mas está doente não pode (...). (...) À minha nora(...).	
	Vizinhos/Amigos		Vizinhos	Vizinha	Vizinha		(...) Vizinhos(...). (...) Vizinha(...). (...) A uma vizinha que é quem vem aqui todos os dias (...).	
Voluntariado/ Animadora Sócio Cultural	Relação com voluntario/ Animadora							
	Actividades							
Actividades no Domicílio	Conversa							
	Música							
	Leitura							
	Filmes, <u>outras</u>		Os seus passeios são a caminho do médico, gosto de ouvir música ou algum programa	Gosta de ver televisão	Gosta de ver televisão, estar ao computador e gosta de ler	Gosto de ver televisão e conversar.	(...) Agora de ouvir música ...ou então ouvir algum programa bom (...). (...) Televisão (...). (...) Olhe ver televisão e estar no computador... (...) E gosto de ler (...). (...) Ver	

							televisão...é só conversar (...).	
Qualidade dos serviços prestados	Satisfeito/Insatisfeito	Encontra-se satisfeito com os serviços prestados	Encontra-se absolutamente satisfeito com os serviços prestados	Encontra-se satisfeita com os serviços prestados	Encontra-se satisfeita com os serviços prestados	Está tudo bem	(...) <i>“Sim, sim, sim”</i> (...). (...) Sim, absolutamente e (...). (...) Encontro, sim(...). (...) Encontro (...). (...) Tudo, tudo(...).	
Qualidade de vida	Urbano	No urbano					(...) <i>No urbano. Há mais, tem-se facilidades</i> (...).	
	Rural		Rural		Rural	Aldeia	(...) <i>Rural”</i> , “(...) <i>Tem todas as vantagens</i> (...). “ (...) <i>É aqui no rural</i> (...). (...) <i>Eu por mim é aqui na aldeia</i> (...).	