

# **UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA

Mestrado em Sociologia - Área de Especialização de Recursos Humanos e  
Desenvolvimento Sustentável

## **O PAPEL DA INTERVENÇÃO DA REDE FORMAL NO APOIO À PESSOA IDOSA**

### **APOIO DOMICILIÁRIO INTEGRADO EM OLHÃO**

Paula Maria Mourata Caeiro

Évora, Abril de 2000

# UNIVERSIDADE DE ÉVORA

DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA

Mestrado em Sociologia - Área de Especialização de Recursos Humanos e  
Desenvolvimento Sustentável

## **O PAPEL DA INTERVENÇÃO DA REDE FORMAL NO APOIO À PESSOA IDOSA**

### **APOIO DOMICILIÁRIO INTEGRADO EM OLHÃO**



**Orientador**

Professor Doutor Francisco Martins Ramos

103 052

**Elaborado por**

Licenciada Paula Maria Mourata Caeiro

Évora, 2000

**Trabalho dedicado aos meus pais,  
Luis António Carriço Caeiro e  
Francisca Teresa Mourata, o qual  
sem a sua ajuda e sacrifício, não teria  
sido possível concretizar.**

## **AGRADECIMENTOS**

O trabalho apresentado só foi possível graças à colaboração de inúmeras pessoas, entidades e instituições, a quem devo o meu agradecimento final.

Em primeiro lugar, gostaria de manifestar os meus profundos agradecimentos ao Prof<sup>o</sup> Doutor Francisco Ramos, pela forma cordial como sempre me recebeu, pelo incentivo e sugestões dadas para melhorar a abordagem do tema, pela sua disponibilidade, dedicação e interesse ao longo da orientação desta dissertação.

Em segundo lugar gostaria, também, de expressar a minha mais sentida gratidão à Dr<sup>a</sup> Alexandra Graça, Técnica Superior de Serviço Social, Mestre em Sociologia, docente no Instituto Superior de Serviço Social de Beja, pela atenção e forma voluntariosa, nas críticas e sugestões oportunas, bem como, no apoio ao tratamento estatístico dos dados.

À Administração Regional de Saúde do Algarve, ao Centro Regional de Segurança Social do Algarve, à Comissão de Coordenação da Região do Algarve e a todas as entidades e organismos, pela colaboração dada na disponibilização de documentação.

Ao Ex-Director do Centro de Saúde de Olhão, Dr<sup>o</sup> Romão Santos agradeço, a autorização e colaboração obtida para a investigação.

Em especial, também, um agradecimento às minhas colegas de trabalho, em particular, à Dr<sup>a</sup> Efigénia de Jesus, Coordenadora do Serviço Social da A.R.S - Algarve - Sub-Região de Saúde de Faro, bem como à Dr<sup>a</sup> Filomena Neto, actual directora do Centro de Saúde de Olhão, pela compreensão tida na gestão do tempo cedido, de acordo com a redução da minha disponibilidade e pelo interesse manifestado ao longo da realização deste trabalho.

Um agradecimento também para todos os enfermeiros, ajudantes familiares e equipa regional do despacho conjunto 407/98, que amavelmente ajudaram, permitindo a boa coordenação das entrevistas.

A todos os idosos entrevistados, integrados em A.D.I na cidade de Olhão, o meu muito obrigada.

A todas as pessoas que não tendo sido nomeadas, de algum modo contribuíram para que este trabalho fosse uma realidade, a minha estima e reconhecimento.

Finalmente, à minha família em sentido restrito, particularmente aos meus pais e namorado, pela infinita compreensão e apoio incondicional, imprescindível à consecução desta dissertação.

*Paula Maria Macena Aires*

**CAPÍTULO III - A METODOLOGIA ----- 81**

**1 - Tipo de Estudo ----- 81**

**2 - População em Estudo ----- 83**

**3 - Técnicas de Recolha e Tratamento de Dados ----- 83**

**3.1 - Análise Documental ----- 83**

**3.2 - Observação Directa ----- 84**

**3.3 - Ficha Inquérito ----- 84**

**3.4 - Entrevista ----- 84**

**3.4.1 - Apresentação e Justificação das Entrevistas ----- 85**

**3.5 - Duas Histórias de Vida ----- 87**

**3.6 - Análise de Conteúdo ----- 88**

**CAPÍTULO IV - TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS ----- 90**

**1 - Idosos Integrados em ADI ----- 90**

**1.1 - Caracterização Sócio-Demográfica ----- 90**

**1.2 - Situação Sócio-Económica ----- 93**

**1.3 - Nível de Dependência ----- 94**

**1.4 - Percepção de Estado de Saúde ----- 96**

**1.5 - Apoio e Cuidados Prestados no Âmbito do ADI ----- 100**

**2 - Ajudantes Familiares ----- 106**

**3 - Enfermeiros ----- 109**

**4 - Equipa Regional do Despacho Conjunto 407/98 ----- 111**

**5 - Contributos para Histórias de Vida ----- 113**

**6 - Um dia de vida de um utente integrado em ADI ----- 115**

**CONCLUSÃO ----- 118**

**BIBLIOGRAFIA**

**ANEXOS**

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

<b>Figura 1 - Pirâmide Etária - Olhão - 1991</b> .....	<b>62</b>
--	-----------

## **ÍNDICE DE ESQUEMAS**

<b>Esquema 1 - Modelo - Teoria Hierárquica Compensatória de Cantor (1992)</b> .....	<b>40</b>
<b>Esquema 2 - Modelo Convoy de Antonucci (1985)</b> .....	<b>48</b>

## **ÍNDICE DE FOTOGRAFIAS**

<b>Fotografia 1 - O Transporte para o Centro de Dia</b> .....	<b>115</b>
<b>Fotografia 2 - O Srº Dário a aguardar a chegada dos enfermeiros para o penso diário</b> .....	<b>116</b>
<b>Fotografia 3 - Convívio - Pausa entre o almoço e o lanche</b> .....	<b>117</b>

## **ABREVIATURAS**

**S.A.D.I** - Serviço de Apoio Domiciliário Integrado

**A.D.I** - Apoio Domiciliário Integrado

**O.M.S** - Organização Mundial de Saúde

**I.N.E** - Instituto Nacional de Estatística

**E.N** - Estrada Nacional

**H.D.F** - Hospital Distrital de Faro

**S.N.S** - Serviço Nacional de Saúde

**S.A.P** - Serviço de Atendimento Permanente

**C.S** - Centro de saúde

**U.I** - Unidade de Internamento

**A.R.S** - Administração Regional de saúde

**C.D.P** - Centro de Diagnóstico Pneumológico

**I.P.S.S** - Instituição Particular de Solidariedade Social

**C.A.T** - Centro de Acolhimento de Toxicodependentes

**C.R.S.S** - Centro regional de Segurança Social

**D.G.S** - Direcção Geral da Saúde

**SPSS** - Statistical Package for the Social Sciences



**“ Se nem sempre é possível  
dar mais anos à vida  
É sempre possível dar  
mais vida aos anos”.**

**- Organização Mundial da Saúde - OMS**

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional que se vem verificando à escala mundial e sobretudo no continente europeu, é um fenómeno preocupante que não deixa de suscitar a atenção das sociedades modernas.

Constatou-se, pois, que a segunda metade do século XX foi palco duma elevação dramática do número de pessoas idosas (e sobretudo das muito idosas), quer em número absoluto, quer em número relativo (OMS).

O homem de hoje pode vangloriar-se de viver mais - de facto, assim é: a esperança de vida aumentou de forma quase “inesperada” e a taxa de mortalidade diminuiu acentuadamente.

Para isso, muito contribuíram as conquistas médico-sociais, científicas e tecnológicas verificadas nas últimas décadas. As vacinas, os ambulatórios, as vitaminas e os avanços das tecnologias da saúde voltadas para o diagnóstico e tratamento foram uma das razões do aumento da esperança de vida.

Porém, se as descobertas e avanços contribuíram para que no virar do século em Portugal, 14,9% da população tenha idade igual ou superior a 65 anos (INE-1996) e que destes mais de 60% tenham mais de 75 anos, as respostas no sentido da qualidade de vida não acompanham esses avanços.

Mas é importante não esquecer que o aumento de idosos não leva obrigatoriamente a um envelhecimento da população em geral, se pensarmos que um aumento simultâneo dos jovens proporciona um estado de equilíbrio. Não é, pois, o declínio da mortalidade o principal responsável pelo emergente aumento do processo de envelhecimento das populações observado no mundo em geral e na Europa em particular. O factor importante, responsável pelo envelhecimento na base da pirâmide etária é, sem dúvida, o declínio da natalidade (devido a baixas taxas de fecundidade).

Se mais “réus” se quiserem encontrar, para explicar todo o universo causal do envelhecimento demográfico, bastará analisar o fluxo migratório de um país ou ainda a mudança revolucionária da estrutura familiar, com a entrada da mulher no mundo do trabalho. Como bem se compreende, muitos são os factores que directa ou indirectamente desencadearam o envelhecimento populacional.

Conhecendo a génese deste fenómeno, é altura de pensar nas consequências que daí advêm. Esta problemática, ainda que insuficientemente estudada, levanta desde já alguns desafios a não subestimar: esperando-se (e

verificam-se já) consequências médicas, sociais, económicas, políticas e mesmo éticas acentuadas.

Viver muito, é este o desejo (in)consciente do homem desde tempos remotos. Herdeiros que somos dessa realidade, a todos nós, homens e mulheres de hoje, diz respeito enfrentar os desafios que o próprio envelhecimento nos oferece.

Se a meta para a saúde para todos no ano 2000 “Dar mais anos à vida” está a ser atingida, a de “Dar mais vida aos anos” está longe disso, especialmente se considerarmos que essa “mais vida” deve ser entendida como “melhor vida”. Será “melhor vida” se o idoso puder conservar a sua autonomia a todos os níveis, físico, psíquico e económico.

Cada fase do desenvolvimento tem as suas características próprias resultantes da interacção e influência recíproca de fenómenos biológicos, sócio-culturais e psicológicos. Sendo isto verdade em todas as idades, sobretudo na velhice esta complexidade atinge um grau extremo que se complica ainda mais se a encararmos também como a resultante da acumulação durante toda a vida de múltiplas cicatrizes devido à exposição a todas as fontes de sofrimento humano.

A OMS recomenda no seu “Plano Internacional de Acção sobre o Envelhecimento”, políticas sociais centradas, “na promoção da saúde e prevenção da doença e na manutenção das capacidades funcionais dos idosos”.

O envelhecimento demográfico, favorecido pelas melhores condições sócio-sanitárias de vida, originou a maior explosão populacional deste século, um desafio às comunidades e grupos populacionais, tanto no que respeita à sua sobrevivência, como no que se refere às possibilidades de satisfação e garantia duma vida que se pretende vivida com qualidade até ao seu desfecho final. A evolução demográfica actual representa, com efeito, para a nossa sociedade, um enorme desafio.

Face ao explosivo aumento da população idosa, urge analisar qual a metodologia, orientação e rumo a prosseguir com vista à educação para a mudança de mentalidade e atitudes, bem como perspectivar propostas de políticas regionais alternativas nos diferentes domínios.

Alguém disse um dia que a chave para tomar boas decisões é “dar ouvidos” aos nossos sentimentos. Contudo não nos podemos limitar a dar uma

justificação em termos de escolha pessoal, até porque não é aqui que ela encontra toda a sua relevância. Muitos outros factores contribuíram para esta escolha, tal como Paul Virton refere “(...) a escolha não é feita pela vontade do indivíduo, mas por um simples conjunto de circunstâncias (...)” (Virton 1979:285).

De entre estas circunstâncias prevalece a condição que nos está subjacente, como técnicos de saúde lidamos hoje com desafios permanentes na tentativa de encontrarmos resposta para os problemas que emergem deste “novo” grupo - os idosos, grandes frequentadores dos serviços prestadores de cuidados de saúde.

Lidando com este problema e com as consequências que dele derivam quotidianamente, a autora, como técnica de saúde e por vocação/profissão de base (serviço social), optou por seleccionar o tema do Envelhecimento, escolhendo como população a abordar, a da área onde se insere - a cidade de Olhão e os utentes abrangidos pelo apoio domiciliário integrado.

Partindo do pressuposto de que o maior sofrimento da pessoa idosa é o desengano, a incomunicação, o desamparo e a solidão, projectaram-se acções que tentassem responder a este problema, envolvendo a vertente saúde.

Decorridos três anos de implementação do S.A.D.I, agora com a designação de A.D.I (despacho conjunto nº 407/98 - DR II série nº 138 de 18 de Junho) na cidade de Olhão, considera-se pertinente avaliar o apoio/serviços prestados pelo mesmo, indagando sobre a sua efectiva adequação às necessidades e ao meio em que se insere. Só deste modo se podem realizar posteriores aperfeiçoamentos da metodologia, técnicas utilizadas, e implementação de novas estratégias e políticas.

Confinei o propósito do estudo a um plano mais limitado, e que julgo não ter sido ainda tratado de uma forma mais intensiva, ao Algarve, conforme a revisão bibliográfica efectuada. Refiro-me concretamente à necessidade do direccionamento da investigação na análise da praxis quotidiana dos idosos, mais especificamente ao estudo da rede de suporte formal (A.D.I), na cidade de Olhão, ser ou não condição suficiente para a satisfação das suas necessidades.

Como profissional de Serviço Social da Saúde a fundamentação da pesquisa é justificada como já focado em função do gosto pessoal pela temática, motivações pessoais, e também na convicção de que, apesar de todo o apoio

prestado, muito haverá por fazer para que as necessidades da pessoa idosa estejam satisfeitas.

Para facilitar a exequibilidade deste trabalho e dada a amplitude do tema, é para o encontro de respostas que nos permitam elucidar a natureza social da realidade do apoio/serviços prestados pelo A.D.I e das necessidades das pessoas idosas que procuro realizar um estudo exploratório-descritivo do tema.

Detectada a problemática a estudar, foi formulada a questão de partida, motor de toda a investigação subsequente, na qual se basearão os objectivos a definir. Considerei ser determinante para a presente pesquisa obter resposta à seguinte interrogação inicial:

*\* A existência de uma rede de suporte formal (ADI), na cidade de Olhão, é condição suficiente para a satisfação das necessidades da pessoa idosa?*

Assim, em função do que anteriormente foi referido delineei os objectivos da investigação, inicialmente de modo mais lato e posteriormente particularizando a análise, decompondo o objectivo geral em vários objectivos específicos de menor envergadura, mas não menos importantes, uma vez que são estes que permitem compreender o primeiro.

### Objectivos Gerais

- Avaliar o contributo do A.D.I na cidade de Olhão para a satisfação das necessidades da pessoa idosa;
- Conhecer as orientações técnicas na organização dos serviços/apoios prestados pelo A.D.I.

### Objectivos específicos

- Conhecer as necessidades (físicas, afectivas e instrumentais) sentidas pelos idosos de Olhão, integrados em A.D.I;
- Verificar se o A.D.I responde às preocupações dos idosos;
- Sugerir acções conducentes à melhoria do serviço.

A partir do conhecimento inicial do fenómeno a estudar, formularam-se também as pressuposições orientadoras do estudo a desenvolver. A construção das hipóteses, baseia-se nos objectivos da pesquisa e no quadro teórico adoptado, assim como a construção dos conceitos. Traduzindo-se, assim, uma ideia teórica que retém apenas o essencial da realidade em questão, atendendo a uma dimensão de construção e selecção.

As hipóteses que seguidamente se enumeram, apresentam-se como afirmações, respostas provisórias a determinadas questões. A sua aceitação ou não dependerá do resultado da sua testagem através das técnicas de recolha e posterior análise de dados, que conduzirão à sua (in) validação.

### Hipóteses de Investigação

- a) O apoio do ADI é suficiente para a satisfação das necessidades sentidas pelos idosos;
- b) Torna-se necessário diversificar as actividades do ADI.

O trabalho que se segue, distribuído por vários capítulos, apresenta-se com uma forte componente descritiva e não exclui a necessidade do aprofundamento analítico qualitativo face aos comportamentos, necessidades e expectativas dos idosos apoiados.

No primeiro capítulo, promove-se uma caracterização das definições operacionais para a conceptualização do objecto de estudo, onde desenvolvemos os principais eixos de análise.

No segundo capítulo, denominado de “O Contexto”, faz-se um enquadramento geográfico da região, caracteriza-se O Centro de Saúde de Olhão, o serviço de apoio domiciliário integrado e o apoio domiciliário integrado.

No capítulo referente à “Metodologia”, começamos por descrever o tipo de estudo (estudo de caso), que caracteriza esta investigação, define-se o campo e as unidades de análise.

Neste capítulo refiro ainda as técnicas de recolha e tratamento de dados, que considero ser as mais adequadas aos objectivos do trabalho. Para analisar os

dados recolhidos pelas entrevistas, utilizei duas técnicas - tratamento de dados (SPSS) e análise de conteúdo.

A Análise e Tratamento dos Dados constitui o quarto capítulo, onde procurei confirmar ou infirmar as hipóteses formuladas.

Para terminar, apresento algumas considerações onde abordo as principais conclusões relacionadas com as necessidades sentidas pelos idosos integrados em ADI, na cidade de Olhão. Estas conclusões reflectem algumas perspectivas de intervenção que considero poderem melhorar alguns aspectos relacionados com a actuação do mesmo.

**“Parece-me ser decisivo começar a dar passos no sentido de encarar a pessoa idosa, não pela sua característica acessória que é a de ser velho, mas sim, pela sua característica fundamental que é a de ser pessoa.”**

**Agostinho da Silva**



## **CAPÍTULO I - A PROBLEMATICA**

Nas últimas décadas, vários países vêm-se confrontados com um envelhecimento “explosivo” da sua população.

Expressando-se este envelhecimento populacional em todo o mundo, verifica-se de modo mais intenso no Continente Europeu, afectando todos os países que o integram. Estas alterações na estrutura etária da população portuguesa traduzem-se, fundamentalmente, pelo aumento da população total que resulta:

- Da diminuição constante da taxa de natalidade: em que as gerações deixam de ser substituídas numericamente e o lugar dos adultos e dos velhos aumenta no total. O declínio da taxa de natalidade está associado a diversos fenómenos, como a redução da nupcialidade, o casamento tardio, a emancipação da mulher e a sua participação no mercado de trabalho. Também a generalização dos métodos contraceptivos e os encargos sociais e económicos acrescidos decorrentes de uma família numerosa, são factores que condicionam uma baixa de nascimentos;
- Do progresso da medicina e tecnologia;
- Do aumento significativo da esperança de vida, resultante das melhores condições sociais e dos progressos da medicina preventiva, curativa e reabilitadora.

O aumento do número de pessoas idosas e da proporção que elas representam na população global, está a par com a modificação da estrutura da população por idades.

Da análise da pirâmide, numa das representações mais recentes da estrutura da população portuguesa, destaca-se (como uma evolução indiscutível da estrutura etária da população portuguesa): a existência do aumento da importância relativa dos indivíduos com idades mais avançadas (“envelhecimento no topo”) e a diminuição da importância relativa dos indivíduos nas idades mais jovens (“envelhecimento na base”). Daqui resulta uma mudança na configuração da estrutura etária da população portuguesa, a qual se apresenta cada vez menos triangular, acentuando-se o formato tipo “urna”.

Segundo as previsões feitas pela Organização das Nações Unidas (ONU), a população com menos de 15 anos, nas regiões em vias de desenvolvimento que representava uma média de 41% da população total em 1975, não representará mais do que 33% no ano de 2000, e de 26% em 2025.

Podemos assim considerar, que na maior parte dos países do Ocidente Europeu, depois da II Guerra Mundial o aumento progressivo da 3ª idade constitui um dos sintomas preocupantes dos desequilíbrios que hoje afectam o “velho continente”.

Tal como no resto da Europa, Portugal debate-se com um número crescente de idosos, em consequência de uma expectativa de vida padrão aumentada graças à evolução da medicina e da tecnologia.

Em Portugal, estima-se que sejamos hoje 9.852.253 habitantes (INE/95) em que: 14% têm idade igual ou superior a 65 anos; 5,4% 75 e mais anos e 19% igual ou inferior a 14 anos (Quadro 1). A população muito idosa (75 e mais anos) é uma parte cada vez mais significativa da população total, estimando-se que em 2010, represente 8,3% do total (Carrilho 1993).

**Quadro 1- Portugal - Estrutura Etária**

Grupos Etários	1990		1995		2000		2015	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0 - 14	2.041.774	21	1.895.226	19	1.790.332	18	1.413.467	14
15 - 64	6.434.211	66	6.573.883	67	6.633.170	67	6.571.379	70
65 e +	1.280.311	13	1.383.114	14	1.465.014	15	1.551.540	16
<b>População Total</b>	<b>9.756.296</b>		<b>9.852.253</b>		<b>9.888.516</b>		<b>9.536.386</b>	

Fonte: J. Ferreira de Almeida, 1992

Portugal, tal como os restantes países europeus, pertence a um bloco que em termos demográficos, é caracterizado pela existência de uma baixa fecundidade, uma baixa mortalidade, um acentuado envelhecimento e um ritmo de crescimento próximo do zero. Nestes termos, surgem uma série de consequências cujas implicações e procura de soluções, vão constituir seguramente um dos maiores problemas sociais do próximo século.

O envelhecimento demográfico português é um processo de dupla natureza, traduzido pela diminuição relativa do peso dos jovens e o aumento da importância relativa dos idosos. Paralelamente, surge outro fenómeno, não menos importante: o aumento do número dos muito idosos, isto é, dos idosos com idade igual ou superior a 75 anos. Isto é, indubitavelmente, mais preocupante, porque este subgrupo integra os indivíduos que, pela sua maior perda de autonomia e consequente dependência, serão no futuro os determinantes de maiores cuidados assistenciais e de saúde.

Sumariamente, é preciso repensar a sua ocupação profissional, a idade da reforma, o seu perfil activo no contexto familiar e social, os cuidados de saúde, o seu apoio financeiro, bem como os sistemas de suporte assistencial. Urge, então, no contexto médico-social, institucionalizar formação geriátrica e adequar a visão profissional à realidade dos cuidados de saúde que os idosos necessitam e merecem.

A senescência é um processo biológico que traz consigo modificações fisiológicas. Não é apenas um processo social, em que os idosos são, por vezes, agentes de mudança, mas também, vítimas de todas as mudanças sociais. As pessoas idosas bem integradas no meio, são capazes de adoptar uma atitude psicossocial positiva e de encarar tranquilamente a “proximidade do fim”.

A adaptação à velhice, pode ser definida pela maneira como o idoso responde às exigências do meio exterior e da sociedade que o envolve. Neste sentido, todo o indivíduo se vê obrigado a adaptar-se às modificações ocorridas nesta etapa da vida; porém nem todos o conseguem fazer de forma (psicossocialmente) satisfatória.

Tendo em conta as alterações bio-psicossociais, e suas consequências ao nível do comportamento do indivíduo, há a considerar o modelo social de envelhecimento que atribui maior importância à idade adulta e à velhice.

Este modelo descreve as etapas da vida, as crises que lhe são associadas, bem como as tarefas a desempenhar e os tipos de relações familiares que as caracterizam. Estes elementos são muito importantes, porque, longe de ser um período de acalmia no plano social, a vida do adulto a partir dos 45 anos sofre algumas alterações que produzem um efeito importante nas relações familiares. Vivem-se crises graves com a reforma, viuvez e a doença. Temos que reconhecer que o apoio ao idoso por parte da família, apesar de ainda

hoje se manter em alguns casos, começa a diminuir cada vez mais, pois cada pessoa de idade tem cada vez menos descendentes capazes de cuidar dela.

Os idosos que gostam de companhia e asseguram os seus papéis têm, apesar de tudo, necessidade dos seus pares e sobretudo de um confidente, para manter uma boa saúde e desenvolvimento psicossocial.

Infelizmente, cada vez mais se acentua um enfraquecimento dos laços familiares bem como uma diminuição das redes naturais de suporte dos idosos.

A melhoria da qualidade de vida dos idosos não depende só de intervenções médicas e psicológicas, mas também de transformações sociais e económicas. Há ainda uma série de preconceitos que influenciam os sentimentos dos idosos, em relação a si próprios e ao modo como a sociedade lida com eles. A autonomia dos idosos não é reforçada, como se prova pelo sobreconsumo de medicamentos, insuficiência de recursos de readaptação e internamentos abusivos. Numa sociedade em que a peça central é a produtividade e não os valores humanos, torna-se muito difícil envelhecer bem. Parece, então, fundamental reforçar as redes naturais de suporte aos idosos e os grupos de entreajuda, que lhes permitam melhorar a integração na vida social moderna.

# 1 - Problemas da População Idosa, como Resultado de uma Modificação Social

## 1.1 - O idoso inserido na sociedade actual

Dadas as profundas alterações da sociedade moderna e o seu reflexo nos contextos europeus e mundiais, em que prevalecem prioritariamente os conceitos de optimização da economia, é necessário dar particular atenção ao impacto que estes fenómenos produzem nas famílias e nos grupos mais vulneráveis, como neste caso, o dos idosos. Toda esta problemática tornou actualmente oportuna a reflexão sobre a situação das pessoas, a família e suas formas de solidariedade intergeracional.

A nossa sociedade, tida como sociedade de consumo rege-se por valores materiais o que implica ter como principal objectivo a rentabilização da produção, em que se privilegiam, apenas, os indivíduos activos. No entanto, tudo isto exerce efeitos negativos sobre os cidadãos, criando situações “stressantes”, geradoras de doenças e que, de algum modo, poderão diminuir a capacidade produtiva da pessoa mais fragilizada. O idoso sem total autonomia é rapidamente excluído do trabalho, das funções de aquisição, de produção, manutenção e transmissão de conhecimentos. Não será difícil de prever que nestas circunstâncias ele tenda ao isolamento e ao isolar-se, torna-se cada vez mais dependente.

Pela lógica uma sociedade que visa apenas a obtenção do lucro, não tem espaço disponível para integrar o idoso, dado que é visto como aquele que já perdeu capacidades de trabalho e apenas é grande consumidor de bens diversificados. Assim, o trabalho que, ainda poderá prestar é visto como supérfluo, sem valor e perfeitamente dispensável. O indivíduo sente esta recusa social, especialmente afectada por estereótipos sobre a sua capacidade laboral.

Assim, na sociedade ocidental, assiste-se a uma modificação do modelo familiar verificando-se alteração da família alargada, para a nuclear. O ciclo de vida deste “novo” tipo de família, centrada no casal, impõe a necessidade de adaptações progressivas, em que uma delas será a chegada de filhos à idade adulta e à sucessiva saída destes do meio familiar e mesmo social. Porém, rapidamente se gera aquilo a que chamamos “empty nest” (ninho vazio), causa da primeira perda de papéis parentais. Por vezes, seguidamente, acontece a perda de um dos seus elementos (a morte de um dos cônjuges), o que afecta marcadamente o estado psico-afectivo do idoso (Viana et al 1993).

## **1.2 -Família e Idoso**

Nas sociedades modernas e industrializadas o pacto tácito entre as gerações não desaparece totalmente, mas passa por um significativo processo de despersonalização.

Um complexo conjunto de factores ligados ao desenvolvimento dos fenómenos da industrialização vem determinar um violento abalo na estrutura familiar, como unidade de produção.

A urbanização atrai as camadas mais jovens para as cidades, onde aí esperam novas oportunidades de carreira profissional, aí casam e fixam residência, pondo fim à família alargada bem como à família nuclear. Daqui resulta a segregação residencial de gerações e o acentuar de diferenças sociais entre as mesmas.

A mobilidade social, as novas ocupações e profissões ligadas a uma nova educação, originaram uma inversão de status, pois os jovens passam a ocupar posições mais privilegiadas do que os pais e avós, aumentando deste modo a distância social entre os mesmos. Este distanciamento entre os membros de cada família, fez com que se esbatesse a interacção e a convivência que existia entre as várias gerações, noutras épocas (Viana et al 1993).

Devido a estas transformações, a estrutura familiar e social, cada vez menos consegue resolver os problemas que se colocam, hoje, aos idosos: a família tradicional oferecia quase em exclusividade uma série de serviços, que hoje são fornecidos tanto por instituições privadas, como estatais. Na realidade, uma das principais causas da chamada crise da família moderna, tem a sua origem de ser, no facto de que, a família perdeu inicialmente a sua razão de ser, a sua utilidade social. Ela já não é capaz de assegurar a cada membro as funções que tradicionalmente lhe cabiam.

Afirma-se que a família nuclear se diferencia da alargada, por ter renunciado a algumas funções tradicionais, como a educação dos filhos, dos netos, prevenção e tratamento de doenças, ficando estas a cargo do estado ou outras organizações paralelas à família.

Na sociedade actual, esta família nuclear moderna não consegue satisfazer as necessidades dos idosos, quer ao nível das necessidades físicas (como a alimentação, habitação e cuidados globais), quer as psíquicas (como a auto-

estima, o afecto, o equilíbrio), quer as sociais (como a identificação, relação, comunicação e pertença a um grupo).

Actualmente, a família (porque tem que equilibrar o “lar” em termos económicos) vê-se impossibilitada de assegurar ao idoso uma velhice tranquila, desligado das sujeições profissionais e afastado de um determinado ritmo de vida.

Enquanto o casal trabalha para equilibrar o agregado familiar, as crianças e os idosos estão destinados a passar parte do seu tempo em instituições que lhes prestam os serviços.

Neste sentido, podemos concluir que o ideal de solidariedade entre gerações esbate-se, uma vez que adultos, crianças e idosos se encontram cada vez mais afastados, cada um no local que lhe está destinado segundo as suas possibilidades, capacidade e exigências sociais.

### **1.3 - Idosos, Família e Redes Sociais**

Mais de metade do caminho evolutivo do Homo Sapiens foi percorrido em pequenos grupos primários dedicados a actividades cinérgicas. A passagem à agricultura não implicou por si mesma a transição social para as grandes concentrações urbanas, onde milhares de indivíduos coexistem em áreas “cubiculares”, num meio construído artificialmente. Ainda em períodos extremamente recentes da evolução humana, a experiência urbana era vivida apenas por uma reduzida minoria de pessoas, na ordem dos 2% da população mundial em meados do século XIX.

Calcula-se actualmente que  $\frac{1}{4}$  da população viva em grandes concentrações urbanas com tendência a um rápido aumento da urbanização, ao nível da população mundial.

Em Portugal, país marcadamente rural, arraigado a modos de produção arcaicos, de economia débil e sociologicamente marcado por traços culturais pré-industriais, o crescimento urbano é sobretudo um fenómeno do século XX.

A cidade é um mosaico cultural, com a sua justaposição de estratos sociais e de funções diferenciadas, conotada com específicas formas de viver o

quotidiano, nas suas crenças, ideologias, valores, costumes e representações sociais. Na cidade, esbate-se a relativa homogeneidade cultural e funcional das comunidades rurais. Não existe consenso cultural, ela é, um Zoo humano, uma exposição amostral de subculturas. Passou a ser, também, um espaço de conflitos de geração, de desequilíbrios, através do stress quotidiano. Na cidade, o homem paga caro em troca de benefícios que a organização urbana lhe proporciona - um deles a dinâmica de interpenetração de modelos culturais que lhe rasga os horizontes para lá dos limites impensáveis da estagnação das sociedades tradicionais.

O homem urbano é vítima da sobredensificação populacional, refugiando-se numa “insulação” emocional protectora. Os vínculos afectivos são destruídos e a solidão é a marca da vida urbana. Perdem-se os laços familiares e o processo acelerado de competição económica e a divisão do trabalho, conduz à dispersão e/ou ao enfraquecimento das coesões grupais. A formalização das relações sociais substitui-se aos laços informais, às redes sócio-afectivas lacunares no meio urbano. Sabemos que existe enorme solidão no meio da multidão urbana. Mas a cidade não é necessariamente produtora de “colapsos psicológicos” ou desordens mentais, porque os cidadãos também se organizam subculturalmente em “mundos próprios” estruturados, internamente vivos e interactuantes, com as suas teias de relações interpessoais de suporte, que funcionam como amortecedores do stress urbano (Soczka et al 1988).

A importância dos grupos de amigos, familiares, vizinhos, colegas de trabalho - redes sociais informais, na dinâmica de prevenção de desordens afectivas, tem sido evidenciada nos últimos 20 anos de investigação das doenças mentais (epidemiologia). Há autores (Cassel 1974) que conferem à função das redes sociais informais, que as deficiências dos laços estabelecidos nos grupos primários estão associados a um acréscimo de vulnerabilidade às doenças, quer físicas, quer psiquiátricas. Esta perspectiva é activa, achando que a solução para eliminar todas as fontes de stress passa pelo incremento e fortalecimento das redes sociais de suporte afectivo, emocional e funcional.

As redes sociais promovem o sentimento de ser amado e valorizado e a pertença a grupos de comunicação e obrigação recíprocas, que levam os cidadãos a escapar ao isolamento e ao anonimato.

As profundas alterações nas matrizes sócio-familiares e profissionais verificadas ao longo do século XX vulnerabilizaram as situações conflituais nos grupos mais expostos, com um tempo de lactência adaptativo variável



de cultura para cultura. Estariam mais “desprotegidas” as pessoas com certas características de personalidade, nomeadamente aquelas cuja aparente normalidade de funcionamento profissional esconde uma grande fragilidade narcísica.

Numa sociedade que valoriza qualquer indivíduo apenas pela sua capacidade produtora de riqueza, não há de facto, lugar para a pessoa de idade, que é sempre vista como um elemento a suportar e/ou a esquecer. Aqui, se contribui para aumentar o seu sentimento de frustração, que agregada ao sentimento de privação progressiva de diversas capacidades provocam uma brecha no seu sentimento de integridade somatopsíquica e de equilíbrio social. Todas estas circunstâncias provocam o retorno a uma “posição depressiva” no decurso da involução.

Considerando-se que a senescência ou envelhecimento normal, corresponde à aceitação do envelhecimento e representa uma reorganização eficaz das defesas da personalidade, ao passo que a depressão corresponderia ao fracasso dessa organização das defesas, podemos concluir que a adaptação ao novo estado (última fase da vida), que é o envelhecimento, depende essencialmente de um certo número de factores, nomeadamente a constituição e a personalidade da pessoa, o seu modo habitual de resposta e de defesa às dificuldades, e finalmente, ao tipo de relações recíprocas pessoa-sociedade, numa determinada cultura e num determinado momento histórico (Dinis 1997).

Sendo a velhice uma realidade na vida da pessoa idosa, é-o de forma especial na componente saúde - o estado de saúde do idoso é, em grande parte, o que foi a sua história de vida: como nasceu, como cresceu, como se alimentou, a que níveis de educação teve acesso, a que estrato social pertenceu, que tipo de trabalho exerceu, em que ambiente viveu.

A aceitação do envelhecimento nem sempre é fácil, podendo algumas pessoas apresentar atitudes reactivas como a depressão, o retraimento sobre si próprias, a recusa do contacto e a revolta. A aproximação da velhice e o receio da diminuição física e mental provocam uma reactivação da angústia e falta de auto-confiança, agravada pela perda de poder económico e do papel produtivo na sociedade.

O desafio que se coloca à sociedade em geral e a cada família em particular consiste na busca constante de equilíbrio e na redescoberta do significado da família face aos diferentes contextos que se vão desenhando.

A estabilidade das famílias de hoje, não depende tanto das pressões sociais, religiosas e dos interesses económicos, mas antes do compromisso mútuo entre os seus membros. A família emerge, cada vez mais, como espaço privilegiado de relações pessoais onde cada um é respeitado e amado, tal como é.

Será nesta realidade, caracterizada por uma natureza mais frágil de relações, mas também bem mais profunda, que cada família continuará a definir e a construir o seu rumo.

Deste modo, a família está relacionada com a sociedade de muitas maneiras. De certa forma podemos dizer que, como rede alargada de parentesco é a primeira instituição, por outro lado, podemos considerá-la secularizada e individualizada, se vista ao abrigo de um certo “isolamento”.

#### **1.4 - Redes Sociais, Suporte Social**

Quando uma pessoa é portadora de uma doença crónica, torna-se mais vulnerável perante as dificuldades que lhe vão surgindo, pelo que é muito mais provável que venha a desenvolver um certo tipo de dependência em relação a outrém.

Existem, segundo Caplan, pessoas que desempenham um papel importante na resolução dos problemas dos outros, podendo falar-se nestes casos da existência de um “Sistema de Suporte”, (Ornelas 1994), no qual as pessoas encontram um apoio que as ajuda a ultrapassar determinadas situações de crise da sua vida.

As bases para a conceptualização de Suporte Social cabem principalmente a três grandes estudiosos: Caplan (1974), Cassel (1974) e Cobb (1976), no entanto muitos outros seguiram os seus estudos nesta direcção (Ornelas 1994).

Caplan, começa por introduzir o conceito de “Sistema de Suporte” que tem como principais objectivos, proporcionar ao indivíduo um apoio psicológico, a partilha de actividades, a ajuda material, orientação e aconselhamento para a resolução de problemas.

Este autor refere nos seus estudos a importância que “(...) os profissionais podem ter ao colaborarem com os líderes da comunidade, na compreensão das relações humanas e das suas capacidades sociais (...)” (Ornelas 1994:333), daqui podemos induzir que o sistema de suporte social não deve ser apenas constituído por serviços informais (família, vizinhos, amigos, outros doentes) mas também por serviços formais (voluntariado, associações, equipas hospitalares, etc), uma vez que ambos se completam no apoio prestado.

Em relação ao facto social - Doença - Cassel refere num dos seus estudos, a importância que o suporte social pode desempenhar em determinados desequilíbrios da vida das pessoas, nomeadamente os relacionados com a saúde, concluindo que o suporte social funciona como protector da saúde, ou seja, este autor evidencia o “(...) papel que as forças sociais desempenham na defesa e na protecção da saúde (...)” (Ornelas 1994:333).

Jonh Cassel, procurou (nos seus estudos) correlacionar numa perspectiva ecológica as condições sociais nas áreas urbanas, tais como a degradação habitacional, a sobre-população e rupturas a nível da vizinhança com elevadas percentagens de distúrbios físicos e psicológicos, argumentando que as rupturas a nível dos laços sociais significativos produzidas pelas condições de stress do meio, poderiam conduzir a situações de desequilíbrio e a uma maior vulnerabilidade à doença.

Cobb, referiu-se ao suporte social como toda a informação percebida pelo indivíduo como parte integrante de uma rede social, onde esta informação iria desempenhar “(...) a função de preenchimento das necessidades sociais e de protecção do indivíduo em situações de crise (...), concluindo que o Suporte Social funcionava assim, como (...) facilitador da confrontação e adaptação em situações de crise (...)” (Ornelas 1994:334).

O Suporte Social pode-se definir em termos da existência ou da quantidade de relações sociais em geral ou em particular. Por vezes é também definido e medido em termos das estruturas das relações sociais do indivíduo (relações conjugais, de amizade ou organizacionais).

Contudo, na maioria das situações é definido em termos de conteúdo funcional das relações, abrangendo o grau de envolvimento afectivo-emocional ou instrumental, a ajuda ou a informação.

A diversidade de conceitos e as inúmeras tipologias relacionadas com o suporte social têm criado alguma dificuldade na aceitação generalizada de uma definição.

Assim, toda a complexidade progressiva do conceito levou a que muitos outros autores se debatessem pelo tema. No entanto, existem pontos comuns a ter em conta para conceptualização de suporte social, pelo que Ornelas (1994) apresentou uma perspectiva tridimensional:

1. *a dimensão das redes*, que se focaliza na integração social do indivíduo num grupo e as interligações deste no contexto do grupo;
2. *a dimensão do suporte recebido*, suporte que o indivíduo na realidade recebe ou considera ter recebido;
3. *a dimensão do suporte percebido*, que se centra no suporte que o indivíduo acredita ter disponível em caso de necessidade.

A dimensão da rede, tem a ver com a integração das pessoas nos vários grupos e as suas interligações com estes. Ou seja, torna-se necessário medir a estrutura da rede (tamanho, densidade, grau de envolvimento), a qualidade (duração, frequência de contactos, intensidade dos contactos, etc.) e as diferentes funções de cada membro da rede, uma vez que só a partir daqui é que se poderá inferir de uma forma mais aproximada, o tipo de apoio, isto é, o suporte social que na realidade é recebido pelas pessoas a quem toda a rede se dirige.

Em relação à dimensão do suporte recebido, podemos dizer que tem a ver com o suporte que o indivíduo recebe ou com o que ele considera receber. Isto porque, conforme a estrutura da rede, assim vai ser o valor que o indivíduo atribui ao suporte social, ou seja, o grau que ele realmente funciona como uma verdadeira fonte de apoio.

Este suporte recebido vai depender dos comportamentos do suporte irem ou não, de encontro às verdadeiras necessidades do indivíduo.

Como formas de comportamentos de suporte podem ser apontados:

“(...) Suporte Emocional, Feedback, Aconselhamento ou Orientação, Assistência Prática, Financeira ou Material e a Socialização (...)” (Ornelas, 1994:336).

Todos estes comportamentos, funcionam como esforços para ajudar e apoiar o indivíduo.

Por último, a dimensão do suporte percebido tem a ver, também com as outras dimensões, sendo este um nível subjectivo, a partir do qual é possível identificar se todo o “Sistema de Suporte”, vai de encontro às necessidades da pessoa, ou se está a funcionar como um verdadeiro apoio, ou seja, se a pessoa considera e sente que realmente estão a ser satisfeitas as suas necessidades, sentindo-se envolvida em todo um sistema de apoio.

Diversos estudos têm sido desenvolvidos na área de investigação em suporte social, alguns dos quais, mais recentes focalizam-se nas redes familiares formais e informais de indivíduos.

A definição de **Rede Social de Apoio** surge ligada a um resultado em termos de bem-estar do homem, promovendo a manutenção da saúde mental.

Um sistema de apoio segundo Wellman (1981) pode ser uma rede de apoio social, um conjunto de indivíduos ligados por um conjunto de laços, assumindo que esses laços só podem formar uma única estrutura integrada (Dinis 1997).

Porém, podemos dividir as redes sociais de apoio aos idosos em dois grupos principais:

1. **redes de apoio formal**, que dependem de serviços estatais e organizadas pelo poder local, lares, serviços de apoio domiciliário, centros de dia, de convívio;
2. **redes de apoio informal**, que se podem subdividir em:
  - a) constituídas pela família do idoso e
  - b) constituídas pelos amigos e vizinhos.

Estas desempenham um papel preponderante no apoio à velhice, principalmente do ponto de vista emocional, mas também da ajuda instrumental, no caso de ausência de familiares.

No entanto, o papel das redes familiares constitui o apoio necessário aos indivíduos na última fase da sua vida, quando as capacidades funcionais diminuem e a autonomia não é mais possível. Com a evolução da sociedade, este papel de cuidar por parte da família tem vindo a reduzir-se e a tornar-se difícil e quase impossível de suster em alguns casos. Independentemente

destas dificuldades, a família tem ainda um papel importantíssimo no apoio instrumental ao idoso e, também ao seu bem-estar psicológico.

As características das redes sociais de apoio informal, globalmente consideradas, são os seus aspectos morfológicos ou estruturais, como o tamanho, a posição, a densidade e a acessibilidade.

Em suma, o apoio que estas redes prestam, sejam as formais ou informais, é basicamente também de dois tipos:

- a) o apoio psicológico, ligado à satisfação de vida e bem-estar;
- b) o apoio instrumental, que pressupõe a ajuda física, em situações de diminuição das capacidades funcionais do idoso e perda de autonomia física temporária ou permanente.

A existência de relações sociais, é benéfica em si mesma porque contribui para um sentido de integração social ou mesmo evita o isolamento.

De acordo com Wenger, as redes de apoio de amigos e vizinhos difere da que se mantém com familiares porque resultam de escolhas estruturadas, feitas na base de opções dentro do próprio meio social da pessoa. As amizades são uma relação expressiva, baseada na escolha e no perfilhar de interesses: quer amigos, quer vizinhos fornecem importantes tipos e assistência que contribuem para o bem-estar e independência do idoso (Dinis 1997).

Geralmente para os idosos os “parceiros sociais” funcionam no sentido de conservar os recursos emocionais, face a oportunidades futuras limitadas e têm um forte efeito no bem-estar subjectivo.

Os aspectos mais valorizados desta amizade, situam-se ao nível da prestação de cuidados, partilha de interesses e confiança. Ela é uma óptima fonte de auto-afirmação, valorização do eu, auto-percepção, intimidade, aceitação e protecção face ao mundo exterior.

Assim, apostando nas vantagens das redes sociais de apoio, em termos de satisfação de vida e manutenção de saúde mental, a perspectiva de intervenção deverá canalizar-se para o fomento das relações sociais entre idosos, com objectivos vários que irão desde a melhoria do bem-estar psicológico dos indivíduos até à manutenção das suas capacidades

cognitivas, evitando-se, então, situações de apatia e desânimo, a que tantas vezes se sujeitam.

### **1.5 - O Papel das Redes Sociais de Apoio Formal/Informal**

Actualmente, as redes de apoio formal não se limitam aos lares, existindo já um leque diversificado de serviços, nomeadamente os centros de dia, de convívio e o apoio domiciliário, embora longe de corresponder às necessidades sentidas pela população.

Sabemos, porém, que a sua escassez e a reduzida amplitude de alternativas, podem conduzir a situações de claro desajuste entre os objectivos institucionais e a população que se pretende abranger e servir.

De facto, para muitos idosos, as redes de apoio informal são incapazes de preencher as necessidades existentes. Para estes, os serviços de apoio domiciliário formal são a possibilidade de se manterem a viver na comunidade.

O idoso sofre várias perdas de pessoas da sua rede social, sendo as mais marcantes, a do cônjuge, irmãos e amigos e a entrada para um lar, neste caso, pode acarretar uma ruptura maior nas suas relações. Em contrapartida, a integração em lar ou outra instituição pode facilitar o acesso a novas amizades, como para o caso dos mais incapacitados, cuja dificuldade de mobilidade se acentua, num ou outro caso mais raro.

Geralmente, sabemos que a entrada do idoso num lar, constitui, quase sempre, uma autêntica segregação e perda da sua identidade. O afastamento do seu habitat natural é talvez o acontecimento mais penoso para ele, sendo forçado a adaptar-se a um novo espaço físico, relacional e social, completamente diferente do que tinha anteriormente. Esta experiência dolorosa acentua-se, agravada pelo facto de coincidir com uma fase da vida, onde a adaptação a novas situações é uma constante e quando o indivíduo não apresenta resistências psicológicas suficientes para lhe fazer face.

O enquadramento em lar, pela despersonalização que pode motivar no idoso, deverá ser a última hipótese a considerar. Sabemos que existem algumas realidades que condicionam o bem-estar e a qualidade de vida do indivíduo idoso: as que o impedem de se sentir um elemento útil à sociedade e o fazem sentir-se “como um fardo que se tem de suportar”.

Da problemática que se tem evidenciado como a que mais condiciona a qualidade de vida no idoso, destacam-se os seguintes factos:

1. Pensões de reforma que permitem pouco mais do que a satisfação das necessidades básicas mínimas e por vezes nem isso;
2. Estruturas sociais de apoio à 3ª idade insuficientes e com exígua capacidade de resposta e redes sociais adequadas inexistentes;
3. Deficiente cooperação dos serviços de segurança social, no que respeita ao suporte económico e acompanhamento de situações carenciadas;
4. Deficiências na rede de apoio domiciliário, limitado apenas às áreas urbanas (centrais) e circundantes às instituições prestadoras dos cuidados, impedindo muitas vezes a permanência do idoso no seu ambiente sócio-familiar;
5. Lares oficiais que excluem o idoso economicamente carenciado, semidependente ou acamado;
6. Inexistência de instituições ou “hospitais de retaguarda” para integração de idosos, com necessidade de internamento prolongado para tratamento continuado ou em fase terminal;
7. Habitação degradada, sem infra-estruturas que permitam readaptação ao estado de dependência do idoso;
8. Crescente marginalização por parte da família, face a qualquer elemento não produtivo, desde que o mesmo careça de maior disponibilidade ou atenção;
9. Desresponsabilização por parte da comunidade em geral, pelos meios de adaptação do idoso aos novos valores modernos e normas instituídas.

Nos últimos anos, muito se tem escrito e dito sobre a dependência na velhice e sobre a necessidade de aumentar a ênfase na responsabilidade do Estado. Assim, a coordenação de esforços mútuos, entre família (redes de apoio informal) e entidades oficiais que prestem ajuda (mais ou menos especializada), parece, também em nosso entender ser o percurso mais



adequado para melhorar a eficácia e qualidade dos cuidados prestados, com a conseqüente melhoria da qualidade de vida, para esta franja da população.

Mas outras formas há de conceptualizar a integração de esforços e actividades de apoio (formal e informal), sendo importante referenciar que a tentativa de junção se inicia com a necessidade de começar por fazer antes uma rigorosa avaliação do funcionamento das redes sociais de apoio a cada idoso, a assistência que elas asseguram, bem como as diferentes necessidades de saúde e sócio-psicológicas dos idosos que a elas recorrem.

Pelo contexto analisado, podemos concluir que a família e os amigos terão um papel chave na manutenção dos idosos portadores de perturbações funcionais na comunidade, evitando a institucionalização em muitos deles.

Ainda, no contexto anterior da eficácia das redes sociais, não há dúvida acerca da existência, da correlação positiva que estabelecem com a saúde e bem-estar na população idosa. Os serviços sociais têm vindo a tentar incorporar as redes informais na prestação de cuidados de saúde e sociais, donde, um primeiro passo é tentar diferenciar características de quem pede apoio formal e de quem não pede. Auslander e Litwin (em 1990) partem do princípio de que os indivíduos só pedem, quando não dispõem de outro tipo de ajuda e se deparam com um problema grave (Dinis 1997). Nesta matéria, a perspectiva adoptada por Corin (1990) chama a atenção para a forma como o apoio social se reproduz ou difere do padrão geral das ligações dos indivíduos em vários cenários sociais.

As comunidades estão relacionadas com o funcionamento dos sistemas de apoio social, obrigando a que as estratégias de intervenção nos meios rurais, que também divergem entre si, devam ser diferentes das utilizadas em meios urbanos. Esta abordagem dinâmica centra-se na pessoa e no comportamento, permitindo qualificá-la em termos de apoio social durante um tempo previsto (1 semana) e elaborar em mapa a importância dessas relações no dia-a-dia da pessoa.

Inúmeros estudos sugerem que a ligação dos idosos aos vizinhos, parentes próximos ou amigos pode contribuir para melhorar a sua qualidade de vida, de forma positiva e relevante. Serve como fonte de apoio emocional, aumenta o sentimento de se sentir útil e necessário, ajuda a enfrentar e gerir os factores geradores de stress, melhora a socialização dando continuidade às transições da vida.

Consideramos que estes sistemas de apoio, ajudam os indivíduos a realizarem tarefas simples da vida diária e fornecem também ajuda em “tempos de doença ou crise”.

No entanto, sabemos que diversificado número de factores podem reduzir esta rede de apoio informal aos idosos: como a perda do papel ocupacional, a perda da mobilidade, de prestígio e poder, distância geográfica das fontes de apoio, doença e morte. Os que são muito idosos, são os que maior dificuldade apresentam em manter este sistema de apoio, muitas vezes, pela dificuldade de mobilidade.

Nesta fase, uma mudança para um ambiente constrangedor (institucionalização) pode resultar em sentimento grave de sensação de abandono, perda e depressão. Esta adaptação é afectada pela natureza voluntária ou não da mudança, o grau de mudança ambiental, a sua percepção, a da qualidade dos mecanismos de adaptação e a saúde física e mental, na altura da mudança.

Os idosos que não dispõem de um sistema de apoio social eficaz apresentam maior risco de isolamento, maior necessidade de ligação e envolvimento afectivo com quem diariamente lida com eles.

Porém, esta ligação torna-se manifestamente positiva, pois aumenta em geral, a dignidade e a qualidade de vida dos idosos e por vezes, ajuda mesmo a manter ou a restabelecer os elos familiares, às vezes quase “apagados”.

Por fim é de salientar que a questão central de toda a problemática do envelhecimento para o indivíduo poderá assentar numa ambiguidade existente entre duas situações: por um lado, a forma como o indivíduo vive e sente o seu processo de envelhecimento; por outro lado, a representação que a sociedade constrói do indivíduo “velho”. esta ambiguidade leva a que a sociedade atribua ao indivíduo determinados papéis que estarão mais adequados à sua condição de “velho” e, o indivíduo, porque sente o envelhecimento de forma pessoal, é por vezes confrontado com a “obrigação” de assumir papéis pré-determinados pela sociedade.

Exemplo desta situação é a passagem do indivíduo de membro activo a membro inactivo de uma sociedade, que lhe é imposta na generalidade aos 65 anos, com a passagem à reforma. Nesta perspectiva, podemos entender que o valor atribuído à velhice depende do que a sociedade necessite ou prefira em cada momento.

As necessidades da sociedade, por vezes, são valorizadas em detrimento das necessidades das pessoas. Retirar o indivíduo das suas relações com a sociedade, nomeadamente das relações laborais, alegando “incapacidades” físicas ou psicológicas para o seu desempenho com base na idade cronológica, significa omitir a satisfação de necessidades essenciais ao desenvolvimento do ser humano como são as “necessidades humanas existenciais (...) de expressão, associação, opção, decisão, interferência, geralmente englobadas num único conceito: o de participação” (Falcão 1979:25). Estas necessidades existenciais situam-se, segundo esta autora, ao nível das necessidades básicas tal como as necessidades de subsistências definidas como “(...) primárias ou necessidades bio-sociais do indivíduo (...) abrigo, alimentação, vestuário, educação, emprego” (Falcão 1979:24).

Maslow em 1943 formulou uma teoria da motivação com base no conceito de hierarquia das necessidades que influenciam o comportamento humano. Nesta perspectiva, entende que os seres humanos nascem com cinco sistemas de necessidades que são dispostas hierarquicamente, de acordo com a sua capacidade de motivar o comportamento, obedecendo à seguinte disposição:

1. Necessidades fisiológicas (fome, sede ...)
2. Necessidades de segurança (garantia e ausência de perigo)
3. Necessidades de amor (afiliação, aceitação ...)
4. Necessidades de estima (realização, aprovação ...)
5. Necessidades de auto-realização (auto-cumprimento e realização das potencialidades próprias do indivíduo).

De acordo com o conceito de hierarquia das necessidades, Maslow entende que “(...) o indivíduo nasce com uma certa bagagem de necessidades fisiológicas (...) inatas e hereditárias. De início o seu comportamento é exclusivamente voltado para a satisfação dessas necessidades (...). A partir de certa idade, o indivíduo ingressa em uma longa trajetória de aprendizagem de novos comportamentos. Surgem as necessidades de segurança (...). as necessidades de segurança, bem como as fisiológicas, constituem as necessidades primárias do indivíduo, voltadas para a sua conservação pessoal, à medida que o indivíduo passa a satisfazer e a controlar as suas necessidades fisiológicas e de segurança, surgem, lenta e gradativamente as necessidades secundárias: sociais, de estima e auto-realização” (Chiavenato 1991:103-4).

Embora todos os indivíduos nasçam com os referidos sistemas de necessidades, o facto é que existem diferenças individuais que condicionam a intensidade relativa das diversas necessidades. Essas diferenças resultam de todo um processo de desenvolvimento individual, contextualizado social, económica e culturalmente num tempo e num espaço.

Com base na teoria de Maslow, Hampton refere que “(...) alguns indivíduos permanecem fortemente influenciados por sentimentos de insegurança, a despeito das condições objectivas que satisfazem as necessidades de muitas pessoas na mesma situação. Há outros que são mais influenciados pelas necessidades de afecto e, apesar de a indicação objectiva de que desfrutam de boa vida familiar e social, não parecem sentir qualquer apetite maior pelas necessidades de nível mais elevado, relacionados com a estima”. (Hampton 1990: 165).

A satisfação das necessidades dos indivíduos é assim, variável de indivíduo para indivíduo. Por vezes, os indivíduos encontram obstáculos na satisfação das suas necessidades, os quais derivam, por vezes, da padronização de comportamentos.

A não satisfação das necessidades provoca, no ser humano, um estado de tensão. Este, uma vez represado no organismo manifesta-se sob a forma de comportamentos agressivos, descontentamento, apatia ou indiferença na vida dos indivíduos.

A definição, por parte da sociedade, de comportamentos-padrão, como é por exemplo o da velhice, poderá ser extremamente condicionador da satisfação das necessidades da pessoa humana, no sentido em que raramente equaciona as diferenças entre os indivíduos.

O envelhecimento, pela complexidade de fenómenos que integra (morfológicos, físicos, psicológicos, sociológicos) terá que ser abordado como um “(...) processo biológico, conceptualizado culturalmente, socialmente construído e conjunturalmente definido” (Lima e Viegas 1988:149).

A importância das redes de suporte social da sociedade civil, como meio de satisfação das necessidades das pessoas idosas, bem como uma forma de assegurar algum bem-estar e qualidade de vida a essa população, tem vindo a acentuar-se cada vez mais num contexto em que se procura encontrar alternativas adequadas a um Estado Providência que passou a ser visto,

sobretudo, como uma fonte de problemas que exige que seja encontrada uma resposta alternativa à necessidade de protecção social entre outras.

Essa resposta é, crescentemente, procurada nas instituições e redes de relações sociais que constituem a sociedade civil, em função de um modelo de partilha de responsabilidades entre as solidariedades formais e informais.

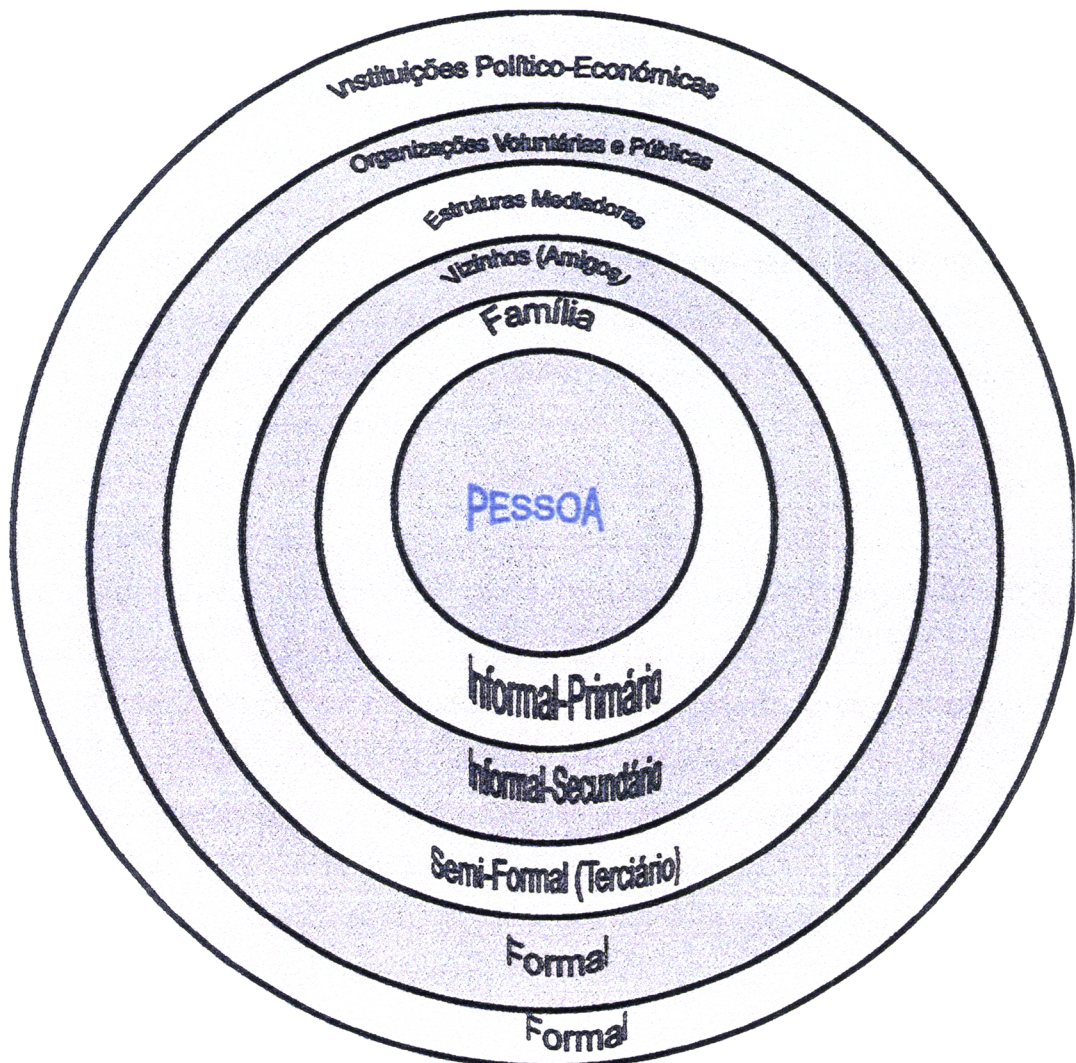
Marjorie Cantor e Virgínia Little, ao estudarem o problema do envelhecimento, dão particular enfoque às redes de suporte social, quer formais (IPSS, organizações e serviços governamentais), quer informais (família, vizinhos e amigos) na manutenção de uma boa qualidade de vida da pessoa idosa.

Para Cantor e Little, o conceito de rede e/ou suporte social tem por base um modelo teórico assente numa visão sistémica.

Embora reconhecendo as diferentes proveniências do apoio, Cantor “(...) coloca o assento sobre a natureza interactiva e transformadora do sistema de apoio social, numa perspectiva ao mesmo tempo individual e ecológica. (...) qualquer tentativa de compreender a forma, segundo a qual funciona o sistema, necessita uma análise das forças individuais e associadas, assim como os seus efeitos interactivos” (Vézina et al 1994:74).

Segundo Cantor, o apoio social aos idosos satisfaz três tipos de necessidades da pessoa idosa - *as necessidades de socialização de afirmação da sua natureza; as necessidades de assistência nas tarefas diárias e finalmente as necessidades para os cuidados de base, acompanhados de uma incapacidade funcional grave*. No contexto desta tipologia de necessidades, Cantor conceptualiza o sistema de apoio social aos idosos, o mesmo é dizer a rede de suporte social, como um conjunto de subsistemas, correspondendo cada um deles ao tipo de apoio prestado. Perante este modelo, o idoso encontra-se no centro do sistema e os recursos de apoio encontram-se à sua volta de acordo com o grau de distância social do idoso em relação a esse recurso, e o grau de burocracia do apoio (formal ou informal), como é visível no esquema 1.

## Esquema 1 - Modelo Hierárquico Compensatório de Cantor (1992)



Fonte: Cantor, 1992:748

Ainda no que diz respeito ao modelo de sistema de apoio social conceptualizado por Cantor, importa referir que para além das redes formais e informais existe ainda no limite de alcance deste sistema, as entidades políticas e económicas (Estado) que determinam os direitos dos idosos através da elaboração das políticas sociais.

Assim quando se fala em rede de suporte formal é de salientar que o recurso a ela é feito pelos idosos na base da intimidade e envolvimento pessoal, mas sobretudo na base das necessidades que os afectam.

A existência de um apoio social adequado é actualmente visto como um factor importante na manutenção da qualidade de vida dos idosos, que vivam quer na comunidade, quer em instituição; o essencial para a sua realização é o reconhecimento da necessidade de incluir tanto os apoios informais (família) como os apoios formais num sistema de suporte social único, embora com funções e atributos distintos mas complementares, desempenhando funções diferentes de acordo com as necessidades e o nível de dependência.

Ao nível da gestão dos problemas da velhice muito se tem feito sob a forma de políticas sociais que tentam, em cada momento, dar resposta ao binómio idoso-sociedade, exemplo disso foi a criação/implementação do Apoio Domiciliário Integrado.

### **1.6 - *Voluntariado: Algumas Perspectivas***

Existem muitas maneiras de ver o voluntariado, há quem o veja como “trabalhadores” que preenchem lacunas; como uma forma de melhorar as “relações públicas” num estabelecimento de saúde; um meio de orientar as pessoas dentro do hospital ou centro de saúde, personalizando alguns aspectos da instituição, ou seja como a forma de humanizar (Imperatori 1998), ou ainda como trabalho gratuito.

Como uma definição mais abrangente podemos considerar o voluntário “(...) como um actor social e agente de transformação que presta serviços não remunerados, em benefício da comunidade; doando o seu tempo e conhecimento, realiza um trabalho gerado pela energia do seu impulso solidário, atendendo tanto às necessidades do próximo ou aos imperativos em causa, como às suas próprias motivações pessoais, sejam estas de carácter religioso, cultural, filosófico, político ou emocional (...)” (Cadima 1997:10).

Segundo Godbout (1992), na nossa sociedade existem várias categorias de dons que se praticam entre estranhos. De entre estas categorias encontramos o voluntariado.

Chama-se dom ao seu gesto, ao acto em si. É assim um movimento fundado no princípio do dom, com todas as características que lhe são subjacentes. Qualquer acto baseado no princípio do dom, funciona como uma relação social, logo deverá ser analisada em três momentos: dar, receber e retribuir. Nesta trilogia, o dar é o que fundamenta o acto, o receber funciona como um

desejo que é tão importante e desejado como o dar e por último o retribuir, significa dar, uma vez que aquele que retribui também dá.

O dom em si é definido como “(...) toda a prestação de bens ou serviços efectuada, sem garantia de retribuição, tendo em vista criar, alimentar ou restabelecer os laços sociais entre as pessoas (...)” (Godbout 1992:30).

Este género de dom serve para recordar a cada indivíduo que ele não está sozinho e tenta que cada um seja, tanto quanto possível, menos estranho, tenta assim, aumentar a sua individualização, ou seja, existe um princípio base que é sempre tido em conta que é o da: importância da pessoa, o que torna a relação estabelecida entre “doador” e “receptor” diferente, cada doador dirige-se à pessoa de uma forma especial, a relação é regulada pelo laço.

Esta tentativa de personalizar a relação, tem origem nos laços existentes entre as pessoas, mesmo que elas não se conheçam.

Sabemos que hoje, mais do que nunca, as instituições negam o único, o individual e numa instituição com as características de um hospital/centro de saúde e com as consequências que a doença/dependência impõe ao indivíduo e à sua família, a relação personalizada não pode ser deixada de lado, é muito importante tratar o outro como uma pessoa na sua totalidade e não como um mero número institucional.

Uma outra característica que é apontada por Godbout (1992), é a liberdade com que o acto voluntário é praticado. Normalmente as associações voluntárias são autónomas, possuindo regras próprias, não procuram o lucro e os seus membros não são remunerados. Livres ainda, porque cada voluntário pratica o seu acto porque impôs essa “obrigação” a si próprio e porque é livre de escolher.

Esta liberdade pressupõe que se preste “um serviço” que não é feito por mais ninguém, ou que supostamente deveria ser feito e é deixado para segundo plano, funcionando muitas vezes como um complemento às acções do Estado, ou seja “(...) a existência dessas associações, baseadas no dom respondem igualmente a uma necessidade (...)” (Godbout 1992:109), sentida pela sociedade, pelo que os cidadãos tomam parte da responsabilidade na promoção da qualidade dos cuidados de saúde.

Assiste-se cada vez mais a uma “implementação” da cidadania, onde os indivíduos optam por actividades voluntárias exercendo-as na defesa dos



seus direitos e deveres, uma vez que existe um hiato entre as necessidades dos cidadãos e a insuficiência de respostas aos problemas sociais.

Um dos princípios tidos em conta pelo Ministério da Saúde é: “(...) a solidariedade e a equidade, enquanto razões para manter e aperfeiçoar o Serviço Nacional de Saúde (...)” (M.S 1997:2), para o qual se torna necessário o desenvolvimento de parcerias e da participação da comunidade. Paralelamente a isto, foi aprovada a Lei 73/98 de 3 de Novembro, que enquadra juridicamente o voluntariado.

Uma política de saúde que se pretende que seja para todos, inclui obrigatoriamente a questão da qualidade e humanização dos serviços para o qual o voluntariado contribui. Assim, parece que, este voluntariado advém de uma necessidade (Godbout 1992) e de uma imposição devido à complexidade cada vez maior que caracteriza as instituições nomeadamente as hospitalares.

Para além desta complementariedade muitas vezes o voluntariado, por ser um trabalho não assalariado, torna-se alvo de exploração, de desconfiança e de falta de reconhecimento.

Este último parágrafo, levamos à ideia da gratuitidade ou não do acto voluntário. Godbout (1992), fala-nos de gratuitidade “(...) no sentido de livre e não de trabalho gratuito (...)” (Godbout 1992:107), concluindo que se não há dom gratuito, há gratuitidade no dom. Ou seja, o autor considera que a gratuitidade no seu sentido *lacto* é impossível, uma vez que o voluntariado pressupõe uma relação e uma relação sem esperança de retorno não é uma relação porque ficaria apenas com um sentido, levando a que a trilogia subjacente ao acto de dom (dar, receber e retribuir), não tivesse sentido.

“(...) A maioria dos autores que escrevem sobre o dom, estão de acordo em rejeitar a gratuitidade (...)” (Godbout 1992:133). Isto porque ele implica reciprocidade, mas uma reciprocidade e uma retribuição com algumas características especiais, que a diferem da retribuição mercantil. Esta retribuição é sempre “algo” não palpável (gratidão, reconhecimento, etc.), ela existe mesmo que seja desejada - “(...) a única coisa que não é livre no dom é o facto de se receber quer se queira quer não (...)” (Godbout 1992:135). Outro factor que também distingue a retribuição é o facto de “(...) muitas vezes a retribuição ser maior que o dom (...)” (Godbout 1992:134), ou seja, nem sempre há um equilíbrio entre o que se dá e o que se recebe e por último esta retribuição está e “materializa-se”

essencialmente na transformação pessoal que produz no voluntário, daqui a ser muito habitual ouvir dizer os voluntários: “recebo mais do que dou”.

Associado ao factor liberdade e gratuidade do voluntariado, está também o da espontaneidade, isto é, o acto é algo que se faz sem causa aparente, é o que no dia a dia se diz “que se faz voluntariamente”, eles agem de acordo com a sua própria vontade involuntaria, quando ingressa numa associação não o faz obrigado, nem obedece a nenhuma autoridade, “(...) ele obedece a um movimento de alma (...)” (Godbout 1992:140).

Na opinião do autor acima citado, esta espontaneidade é fundamental, tal como a motivação que está por detrás do envolvimento numa acção voluntária. As motivações que sobressaem para explicar qualquer envolvimento em acções com carácter são:

- “(...) o facto de se ter recebido muito e de se desejar retribuir um pouco do que se recebeu da vida (...)” (Godbout 1992:106), ou seja, há um sentimento como que de dever para com a sociedade, que cada voluntário impõe a si mesmo;
- O prazer, que advém do acto e o facto de se receber mais do que se dá, ou seja não se age para obter qualquer coisa, mas sim porque esse acto é verdadeiramente sentido.

Estas motivações sempre presentes, favorecem a formação mínima de que os voluntários são alvo, contribuindo para um melhor desempenho dos seus papéis (Imperatori 1998).

O tipo do voluntariado que se pratica hoje e nomeadamente nos hospitais poderá ser chamado de “dom de tempo” (Godbout 1992), em que o voluntário:

- dá um apoio simpático;
- escuta o doente e a família;
- ajuda o pessoal em tarefas simples tais como, dar refeições, organizar festas, etc;

Assim sendo, o voluntariado hospitalar traduz-se num processo de solidariedade, constituindo um verdadeiro suporte social de apoio à prestação global de cuidados ao indivíduo. É uma actividade que é vista como uma ajuda que tem de ser organizada e possuir alguns conhecimentos técnicos que permita criar solidariedades. Este tipo de voluntariado pode fazer uma “ponte” entre os serviços de apoio geral e os serviços

assistenciais, nomeadamente o ADI, contribuindo fortemente para a satisfação do idoso integrado no apoio pela via da humanização.

Assim, o voluntariado tem que possuir um perfil com determinadas características: “(...) desinteresse, responsabilidade, sem remuneração económica, acção realizada em benefício da comunidade, que obedece a um programa de acção, vontade de servir, actividade solidária e social, o seu trabalho não é a sua ocupação laboral habitual, é uma decisão responsável que provém de um processo de sensibilização e conscientização, respeita plenamente o indivíduo ou indivíduos aos quais dirige a sua actividade e pode trabalhar de forma isolada, embora geralmente actue em grupo (...)” (Machado 1997:55).

Devido à fragilidade própria de qualquer patologia/dependência, o idoso necessita de alguém que o ajude a enfrentar a sua situação, o seu isolamento, assim este apoio de voluntários seria um complemento ao apoio recebido pelo ADI.

## 2 - Fundamentação Teórico-Conceptual

A teoria assume um papel fundamental em pesquisa social, permitindo uma compreensão diversificada da realidade. “Toda a pesquisa é dependente da teoria: a pesquisa puramente empírica é virtualmente impossível” (Moreira 1994:19).

Como teorias que fundamentam o conceito de suporte social/redes sociais optámos por apontar duas, nomeadamente, o modelo Convoy de Antonucci (1985) e a teoria Hierárquica Compensatória de Cantor (1992).

### 2.1 - Modelo Convoy (Antonucci 1985)

Este modelo tem como suporte a Teoria do Interaccionismo Simbólico, cujo principal teórico foi Blumer, no entanto, na sua base está George Mead.

A teoria baseia-se em três aspectos fundamentais: primeiro “(...) que os homens desenvolvam actividades para alcançar as coisas com base nos significados que as coisas têm para eles, segundo que o sentido das coisas vem da, ou nasce da interacção social com os outros e, terceiro, que estes sentidos estão apoiados e são modificados por um processo interpretativo que a pessoa usa ao tratar das coisas que encontra (...)” (Ribeiro 1989:293).

Tal como em todas as teorias, também algumas noções tomam um significado importante, noções estas, tais como, indivíduo, interacção social, estrutura social, significações, etc.

O indivíduo é visto como um agente activo na construção e na interpretação das situações sociais e dos seus significados, uma vez que este modelo teórico pressupõe a existência de um conjunto de “Símbolos Significantes”, ou seja, dentro de um determinado grupo existem um conjunto de símbolos, pelos quais são possíveis as interacções, mais uma vez, “(...) a actividade individual, só é possível pela pertença a uma comunidade de significação (...)” (Ribeiro 1989:136).

O facto de darmos significados, permite-nos ter percepções de todas as coisas e situações sociais, tal como, compreender a actividade e acções dos outros e ter uma atitude empática em relação ao outro.

Todas as interacções sociais, implicam uma dinâmica entre os indivíduos para a concretização dos seus objectivos, ou seja, numa determinada situação social, cada um comporta-se em função do outro, ou seja, existe um processo interactivo, onde as pessoas se desenvolvem na sequência das suas interacções com os outros.

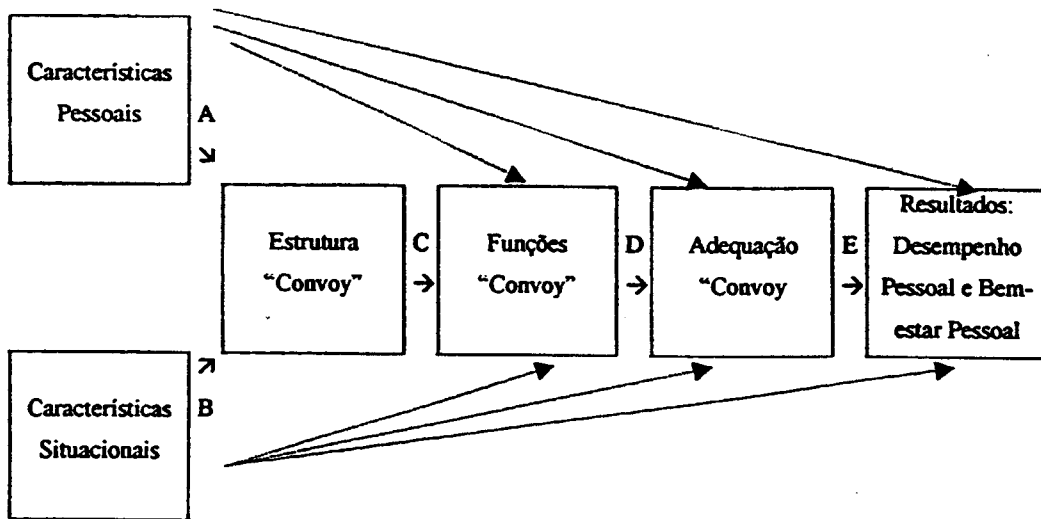
O Modelo Convoy, baseia-se na existência de um conjunto de pessoas, que ao longo da vida de cada um de nós, contribuem para a adaptação e desenvolvimento do indivíduo, e que têm uma importante influência no seu bem-estar físico e psíquico.

O autor faz a distinção entre rede social e suporte social, dizendo que a rede social é a estrutura pela qual o suporte social é dado (Antonucci, 1985), que pode ser constituída por pessoas, tais como familiares, amigos, vizinhos, padre da comunidade, voluntários, onde o conjunto de interacções realizadas em função do outro podem ser de carácter emocional, material ou instrumental.

O termo “Convoy” é utilizado para mostrar o carácter dinâmico dessas redes ao longo da vida. O autor refere que ao longo da vida os elementos da rede são alterados, que a sua estrutura é determinada por características pessoais (idade, sexo, estado civil, rendimento, personalidade, habitação, etc.) e por características situacionais (expectativas do indivíduo, oportunidades, profissão, rendimentos, etc.), estrutura esta que vai influenciar as funções que cada membro da rede desempenha, constituindo o verdadeiro suporte a que a pessoa alvo tem acesso.

Consequentemente cada pessoa terá uma percepção individual da adequação ou da rede social, ou seja, a pessoa a partir das interacções estabelecidas vai ter uma percepção acerca de toda a rede social que lhe é subjacente, inferindo daí se se sente verdadeiramente apoiado ou não. Dependendo dessa percepção (adequação ou não da rede social) os resultados do suporte vão ser positivos ou negativos, ou seja, vão contribuir ou não para o bem-estar da pessoa.

## Esquema 2 - Esquema do Modelo “Convoy” (Antonucci - 1985)



Fonte: Antonucci, 1985:100

Assim, para que seja possível operacionalizar este modelo torna-se necessário conhecer toda a estrutura da rede (coesão, número de pessoas, número de interações, etc.) e posteriormente perceber quais as suas verdadeiras funções.

Este modelo aponta também a importância de conhecer o historial de relações de suporte ao longo da vida, para se compreender a situação, numa determinada altura, uma vez que as características pessoais e situacionais são as grandes influenciadoras de todo o processo, características estas que se modificam ao longo do tempo.

Muitas das premissas que fundamentam o Interaccionismo Simbólico podem ser inferidas no modelo "Convoy", uma vez que este adopta uma visão dinâmica da sociedade, onde o sentido das coisas e situações sociais nasce da interação entre as pessoas.

O modelo considera, assim, que os significados das coisas são construídos, ou seja, a realidade é construída pelo próprio indivíduo (indivíduo-agente activo), tal como a sua personalidade, resulta das interações sociais concretas, fazendo com que cada indivíduo tenha uma percepção da situação pela qual está a passar.

Por outro lado, o modelo também dá atenção ao mundo subjectivo, ou seja, à comunidade de significados, no qual o indivíduo percebe, consoante as suas características, se a rede social está a ser ou não adequada às suas necessidades e a contribuir para o seu bem-estar.

## **2.2 - Modelo Hierárquico Compensatório (Cantor 1992)**

Esta teoria faz apelo à noção de sistema, concebido como um conjunto de partes ligadas entre si por relações de interacção e interdependência. Estas partes interactuantes são tidas como “Subsistemas”, todos eles orientados para um foco comum.

A Teoria dos Sistemas como perspectiva sociológica define as sociedades enquanto sistemas “(...) devem ser consideradas por vários elementos que interagem e se condicionam reciprocamente (...)” (Almeida 1994:226).

De entre todo o léxico da teoria dos sistemas, sobressaem ainda a noção de interacção, uma vez que esta se associa ao facto de interdependência subjacente aos sistemas sociais. A noção de estrutura, que tem a ver com aquilo que permanece sempre estável num determinado sistema social, apesar das suas mudanças e “por último mas não menos importante” a noção de função que tem a ver com a dinâmica entre os sistemas, com a forma como os vários sistemas operam entre si, onde cada um desempenha a sua tarefa.

Tudo tem uma razão de ser e de existir, todos os sistemas são direccionados e respeitam o princípio de retroacção, que consiste “(...) num comportamento auto-regulador que respeita em particular a manutenção da homeostasia (preservação por adaptação do equilíbrio de um determinado organismo) (...)” (Almeida 1994:225).

Assim podemos concluir que todos estes conceitos subjacentes à teoria dos sistemas fundamentam a afirmação de que “um sistema social é mais do que a simples soma das partes”.

Marjorie Cantor (1992), no seu modelo, considera existir um sistema de suporte social, constituído por vários “sub-sistemas” que apresenta uma hierarquia de proximidade em relação ao indivíduo.

Neste modelo a pessoa está no centro e os diferentes sub-sistemas de suporte encontram-se distribuídos à sua volta conforme o “grau de proximidade social” que lhe está subjacente. É preciso evidenciar que a pessoa pode integrar todos os sub-sistemas e que estes interagem entre si.

Para esta autora, a família, como suporte informal, tem um papel muito importante uma vez que é considerada um subsistema primário que tem o papel de prestar o primeiro apoio. Este sub-sistema é quem proporciona respostas mais eficazes, uma vez que se encontra mais próximo da pessoa alvo e tem um maior conhecimento das suas necessidades, funcionando como a base fundamental de apoio ao indivíduo.

Posteriormente apontam, como partes integrantes do sistema informal, os vizinhos e amigos (considerados como um sub-sistema informal secundário) e que também têm um grande envolvimento na vida diária da pessoa.

Quando os elementos informais da rede estão ausentes ou são inexistentes os serviços formais constituem outro recurso. Existem ainda outras estruturas mediadoras, tais como Associações de Moradores, Paróquia, Organizações Culturais, etc., que se apresentam como “semi-formais”, por funcionarem como elo de ligação entre o indivíduo e a comunidade oferecendo uma assistência informal, tal como informações, aconselhamento, orientações, etc.

Numa posição hierárquica inferior aparece-nos o sistema formal do qual fazem parte Organizações Governamentais e Voluntariado e em última posição, as Instituições Político-Económicas direccionadas para a implementação das bases estruturais, que embora se encontrem distanciadas socialmente da pessoa contribuem para que as suas necessidades sejam satisfeitas.

Estas organizações formais são criadas deliberadamente de acordo com regras e ideologias bem definidas, com determinados objectivos que se propõem cumprir.

Assim, todo o sistema de suporte deverá ir de encontro às necessidades mais profundas da pessoa, exigindo uma actuação responsável e interactuante de todos os sub-sistemas envolvidos, sejam eles formais ou informais.

Existe um conjunto de sub-sistemas (família, vizinhos, etc) que se apresentam hierarquicamente e que se dirigem e funcionam em torno do indivíduo alvo.



Embora Cantor (1992), separe todos os elementos de suporte, ela dá-nos uma perspectiva sistémica, uma vez que os vários sistemas estão em constante interacção e complementam-se uns aos outros, ou seja, tal como nos diz a Teoria dos Sistemas, todo o sistema funciona como um conjunto de partes interactuantes, direccionados para um mesmo fim.

Por outro lado, este conjunto de sub-sistemas adopta uma determinada estrutura ao longo da vida do indivíduo, ou seja, ele é composto por determinados membros da família, amigos, vizinhos, etc., estrutura esta, que é o meio pelo qual o suporte é dado à pessoa.

O outro facto que nos faz apontar a teoria dos sistemas, como teoria base, é o facto do modelo apresentar uma hierarquia, característica da perspectiva sistémica, onde existe uma rede de relações em interdependência, que apresenta diferentes graus de proximidade e importância em relação ao indivíduo, assim a rede de suporte social no apoio à pessoa idosa deve ser analisada enquanto um sistema em interacção com outros sub-sistemas, só interagindo em complementaridade pode dar satisfação às necessidades da pessoa idosa e, conseqüentemente, determinar a sua qualidade de vida.

### **2.3 - Definição de Alguns Conceitos**

Os conceitos utilizados em ciências sociais, implicam o exercício prévio da sua delimitação, de forma a que se constituam como instrumentos válidos auxiliando na recolha de informações úteis a qualquer investigação. Se bem que esta delimitação deva ser efectuada ao longo de todo o trabalho de pesquisa, a verdade é que “São necessárias escolhas e decisões preliminares na fase primeira do processo de investigação” (Moreira 1994:22). Deste modo, foram seleccionados os conceitos constituintes do modelo teórico da presente investigação, tendo em conta o contributo dos mesmos para um estudo mais objectivo da realidade social em análise.

**Rede de Suporte Formal** : Embora o conceito de rede de suporte formal seja usualmente utilizado para designar todas as organizações sociais governamentais, de voluntariado, ou ainda sem fins lucrativos, que através da prestação de um serviço/apoio organizado, permitem a satisfação das necessidades do idoso. No contexto desta pesquisa entende-se por rede de suporte formal apenas o apoio domiciliário integrado. Este é entendido como uma resposta social que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio, a idosos, quando, por motivo de doença, deficiência ou outros impedimentos, não possam assegurar temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e/ou actividades da vida diária.

**Satisfação** : Entende-se por satisfação, o estado emocional positivo, que se manifesta quando os idosos sentem que as suas necessidades são realizadas.

**Necessidades** : No contexto da presente pesquisa, as necessidades traduzem-se por qualquer falta ou incapacidade que pode pôr em causa o bem-estar da pessoa idosa. Estas caracterizam-se fundamentalmente em três tipos: necessidades físicas ou de subsistência; necessidades psicológicas (sócio-afectivas) ou de existência e necessidades instrumentais.

**Idoso** : Para a presente pesquisa, entende-se por idoso todo o indivíduo com 65 ou mais anos, embora este deva ser compreendido como alvo de um “... processo biológico, conceptualizado culturalmente, socialmente construído e conjuntamente definido” (Lima e Viegas 1988:149).

**Qualidade de vida** : Entende-se por qualidade de vida a percepção por parte dos indivíduos ou grupos, de que as suas necessidades são satisfeitas e não lhes são negadas oportunidades para alcançar um estado de felicidade e de realização pessoal em busca de uma qualidade de existência acima da mera sobrevivência.

Esta explicitação conceptual, permitirá que de um modo relacional os conceitos seleccionados permitam a construção de uma estrutura operacional. Esta é determinada pelos métodos e técnicas que a constituem e também pelos objectivos delineados.

## **CAPÍTULO II - O CONTEXTO**

### **1 - Enquadramento Geográfico**

No extremo ocidental da Península Ibérica, a sul de Portugal, individualiza-se a região que, hoje, constitui o Algarve. Esta região, cerca de 6% da superfície total do país, confina a norte com o Alentejo, está separada de Espanha pelo Rio Guadiana a Este e é banhada pelo Oceano Atlântico a Sul e a Oeste, numa superfície de cerca de 5000 Km<sup>2</sup>, com uma população de 341.404 habitantes em 1991 um índice de envelhecimento de 96,9%.

As condições ambientais e climáticas do Algarve permitiram, a partir dos anos 60, atrair um surto de turismo e concomitante desenvolvimento das actividades económicas com ele relacionadas, tendo-se tornado no mais importante polo turístico de Portugal.

Administrativamente os limites da região do Algarve coincidem com os do Distrito de Faro, estando repartida em 16 concelhos: Albufeira, Alcoutim, Aljezur, Castro Marim, Faro, Lagoa, Lagos, Loulé, Monchique, Tavira, Olhão, Portimão, São Brás de Alportel, Silves, Vila do Bispo e Vila Real de Santo António.

A amenidade do clima algarvio revela-se como um dos seus maiores potenciais naturais: que convida à permanência humana, favorece alguns sistemas de produção com actividades de elevada rentabilidade económica e constitui um dos principais atractivos da região sob o ponto de vista turístico.

A diversidade paisagística, tendo por base aspectos de natureza climática e geomorfológica é sublinhada por outros factores com repercussão geográfica, tais como o tipo de utilização agrícola do solo, as formas de povoamento e o próprio modo de vida das populações. Neste contexto, é usual distinguirem-se 3 unidades sub-regionais, no sentido norte-sul: Serra; Barrocal e Litoral.

O Algarve tem uma morfologia demográfica muito peculiar e extremamente diferenciada, resultante de enquadramentos sócio-económicos diversos. Com população residente superior a 341 mil habitantes em 1991, o Algarve mantém há duas décadas um crescimento demográfico que se reflecte por uma taxa de 5,5% (var. Pop. resid. 1981/1991).

**Quadro 2 - População Residente e Densidade, por Concelhos, em 1981 e 1991**

Concelhos	Pop. 1981	Dens. Pop.	Pop. 1991	Dens. Pop.	Var.Pop. 81/91
Albufeira	17.218	122	20.949	149	21.7
Alcoutim	5.262	9	4.571	8	-13.1
Aljezur	5.059	16	5.006	16	-1.0
Castro Marim	7.297	24	6.803	23	-6.8
Faro	45.109	229	50.761	257	12.5
Lagoa	15.635	178	16.780	191	7.3
Lagos	19.700	93	21.526	101	9.3
Loulé	44.051	58	46.585	61	5.8
Monchique	9.609	24	7.309	18	-23.9
<b>Olhão</b>	<b>34.573</b>	<b>273</b>	<b>36.812</b>	<b>290</b>	<b>6.5</b>
Portimão	34.464	188	38.833	212	12.7
S.Brás de Alp.	7.506	50	7.526	50	0.3
Silves	31.389	46	32.924	49	4.9
Tavira	24.615	40	24.857	41	1.0
V. do Bispo	5.700	32	5.762	32	1.1
V. R. St. Ant	16.347	262	14.400	231	-11.9
<b>Algarve</b>	<b>323.534</b>	<b>65</b>	<b>341.401</b>	<b>68</b>	<b>5.5</b>

Fonte: INE (Censo de 1991)

Após ter conhecido um período de quebra demográfica acentuada entre as décadas de 50 a 70, em virtude de um movimento migratório intenso também registado noutras regiões, o Algarve viria a inverter este processo de repulsão populacional.

A concentração demográfica é muito elevada na faixa litoral algarvia, acentuando-se no período estival como resultado de um movimento significativo de população, que aí passa férias.

## **1.1 - Saúde**

A região do Algarve dispõe de uma rede de serviços de Cuidados de Saúde Primários constituída por 16 Centros de Saúde, 64 extensões, 9 unidades de internamento e 12 unidades de serviço permanente (SAP).

Relativamente a Cuidados de Saúde Diferenciados, o Algarve dispõe de:

- 3 Hospitais Distritais localizados em Faro, Portimão e Lagos;
- 1 Hospital do Barlavento localizado em Portimão;
- 1 Centro de Saúde Mental em Faro;
- 4 Serviços de Profilaxia e Apoio a Toxicodependentes em Albufeira, Faro, Olhão e Tavira.

## **1.2 - Estrutura Económica**

Os recursos e potencialidades naturais da região contribuíram decisivamente para a actual estrutura económica algarvia, assente em 3 actividades básicas: agricultura, pesca e turismo.

A pesca e a agricultura dinamizaram a indústria conserveira, algumas actividades de transformação de produtos agrícolas e a indústria de construção e reparação naval. No entanto, o turismo foi o principal impulsionador do desenvolvimento económico no Algarve.

A divisão territorial do Algarve em Barlavento e Sotavento tem a sua origem no regime de ventos da Região, designando-se por Barlavento todo o litoral sul a oriente da área de Faro, sensivelmente, onde deixam de se sentir os efeitos da nortada. Utilizada actualmente com um sentido sócio-económico, esta divisão estende-se também ao interior da região, considerando-se como Sotavento a parte oriental do Algarve, que abrange os concelhos de Alcoutim, Castro Marim, Vila Real de Stº António, Tavira, Olhão, Faro, S. Brás de Alportel e ainda as freguesias de Ameixial e Almansil, do concelho de Loulé.

### **1.3 -Demografia e Povoamento**

O Algarve é uma região de atracção populacional característica que na década de 70 apenas partilhava essa situação com a região de Lisboa e Vale do Tejo. De 1970 para 1981 foi também uma área de forte localização de retornados das ex-colónias, de imigrantes retornados e mesmo estrangeiros. Tudo isto se traduziu numa das mais elevadas taxas de crescimento populacional (21%) mais que compensou as perdas registadas nos anos 60.

O ritmo de crescimento desacelerou na primeira metade da presente década, mas o peso demográfico do Algarve no conjunto do país tem vindo a aumentar ligeiramente. O aumento da população continua a basear-se nos movimentos migratórios, sendo o crescimento natural responsável por menos 15% do acréscimo da população residente. O saldo fisiológico poderá mesmo vir a situar-se em valores negativos.

Os 341.404 mil residentes, no ano de 1991, no Algarve, apresentavam uma estrutura etária caracterizada por um dos mais elevados índices de envelhecimento (97%) e uma das mais baixas relações de dependência no quadro das regiões de Portugal. A redução dos níveis de natalidade, a queda da taxa de mortalidade e a atracção de população em idade activa são os responsáveis por a pirâmide etária ter degenerado para um rectângulo com tendência para a redução da respectiva base.

Projeções realizadas pelo INE revelam que as hipóteses mais prováveis de comportamento da natalidade, da mortalidade e dos movimentos migratórios convergem no sentido de :

- Estabilização ou ligeiro decréscimo de peso demográfico do Algarve no total do país, indicando taxas de crescimento muito próximas da média nacional;
- Diminuição da população jovem (grupo etário 0-14 anos), e aumento significativo dos idosos reflectindo agravamento do índice de envelhecimento;
- Estabilização ou crescimento dos efectivos em idade activa (15-64 anos) com estabilização da relação de dependência.

Refira-se por último, que esta população residente, que representa para o Algarve uma densidade populacional baixa em termos nacionais (62% da média do continente), há que adicionar uma população flutuante que nos

meses de Verão, segundo o PDR-Algarve 1986-90, poderá atingir as 500 mil pessoas (Plano de Actividade do Centro de Saúde de Olhão 1997).

A faixa litoral do Sotavento organiza-se à volta de quatro centros urbanos em cuja área de influência imediata residem quase  $\frac{3}{4}$  dos seus habitantes.

Faro, a capital distrital e regional, com 50.761 mil habitantes, é o mais importante centro urbano e industrial do Algarve e a sede de importantes funções administrativas, comunica através do aeroporto e é servida por um porto comercial.

Olhão (36.812 mil habitantes) é um importante porto pesqueiro e centro de indústrias da pesca, metalomecânicas e construção naval. É o segundo centro urbano do Algarve e a reduzida distância a Faro (10Km) está na base de uma forte articulação com a capital do distrito.

Vila Real de Stº António, tal como Olhão, fundada no século XVIII, é um centro pesqueiro e industrial (conservas de peixes, reparação e construção naval), embora a sua actividade económica se encontre fortemente dependente do turismo e do tráfego e comércio transfronteiriço.

Tavira foi no passado a mais importante cidade algarvia, actualmente com 24.857 mil habitantes.

Alguns dos centros urbanos do Algarve, entre eles Faro e Olhão, situaram-se na última década entre os centros urbanos de maior dinamismo. Tratou-se quase sempre de um crescimento explosivo (perto de 50% em Faro e Olhão de 1970 para 1981) criando problemas de ordenamento urbano e de insuficiência de infra-estruturas e equipamentos.

Se bem que toda a economia algarvia seja no essencial uma economia urbana, a insuficiente dimensão dos principais centros pode ser um obstáculo ao desenvolvimento de novos serviços e poderá significar uma desvantagem na concorrência com áreas mais urbanizadas e hierarquizadas no quadro de uma maior integração com a vizinha região espanhola.

Tendo em conta o paralelismo demográfico entre Sotavento e a região do Algarve e tomando como base a projecção para esta de 351 mil pessoas em 1995, projecta-se um total de cerca de 160 mil indivíduos residentes no sotavento no meio da próxima década. Esta projecção significa uma ligeira desaceleração do ritmo de crescimento relativamente ao passado recente .



## **1.4 - Síntese Geral do Sotavento Algarvio**

O Sotavento Algarvio corresponde à parte oriental do Algarve. Com uma área de cerca de 2.220 Km<sup>2</sup>, é limitado a sul pelo Oceano Atlântico e a oriente faz fronteira com Espanha, em ambos os casos em extensões aproximadas de 50 Km.

A dinâmica demográfica no Sotavento caracteriza-se por um contínuo do processo de envelhecimento da população que, aliado à redução das taxas de natalidade, poderá provocar a curto prazo saldos fisiológicos negativos. Contudo, o afluxo de população migrante tem garantido elevadas taxas de crescimento populacional. Prevê-se que se mantenha o crescimento da população, embora a ritmo mais lento, e que continue o processo de concentração na faixa litoral.

Mercê da estrutura etária e, sobretudo, de uma baixa participação feminina no mundo do trabalho, a taxa de actividade do Sotavento Algarvio é significativamente inferior à do país. Não existindo, globalmente na região um problema forte de desemprego, a sazonalidade do turismo provoca na “época baixa” um número significativo de desempregados inscritos nos centros de emprego. As empresas do sector primário e secundário debatem-se com falta de mão-de-obra, sobretudo qualificada, quer por não poderem concorrer com as remunerações nas actividades terciárias quer pela inexistência de profissionais com as qualificações adequadas. O desajustamento entre a oferta e a procura de emprego parece ter vindo a acentuar-se. O funcionamento do mercado de trabalho, muito na dependência do turismo, que condiciona os níveis de remuneração, a fixação dos quadros técnicos e de mão-de-obra qualificada, e mesmo as opções de formação dos jovens, constitui um dos grandes problemas de desenvolvimento da área.

A economia do Sotavento encontra-se organizada à volta de três polos valorizadores dos recursos e vantagens naturais:

1. A agricultura, silvicultura e caça, que ocupa perto de 18% dos activos, com uma especialização na produção de hortícolas e de horto-frutícolas (com recurso crescente a técnicas de forragem ou semi-forragem) e nos frutos frescos e secos.

2. A pesca, em que a região continua a ter relevo a nível nacional e que esteve na base de uma importante indústria de conservas e de actividades de construção e reparação naval.
3. O turismo que nas últimas décadas foi o principal motor de crescimento do Algarve e que está na base da forte terciarização da economia da região, da concentração demográfica no litoral e do ritmo acelerado de urbanização responsável por profundas agressões no meio ambiente.

As artes gráficas são outra actividade com algumas tradições na área. Neste sub-sector, no das agro-indústrias e mesmo no da metalomecânica ligeira parecem existir boas potencialidades. Todavia, o desenvolvimento industrial debate-se com um ambiente económico não favorável ao investimento da indústria transformadora e com o desvio de factores (iniciativa empresarial, capital, trabalho, solo, água, etc) para a actividade turística.

O modelo actual de desenvolvimento turístico pode conter em si um elevado potencial de auto-destruição. Ao apostar apenas no clima, no solo e no mar provoca uma grande concentração espacial das actividades e populações que origina forte sazonalidade, ambas incompatíveis com os níveis de qualidade necessários para um crescimento auto-sustentado (Plano de Actividades do Centro de Saúde de Olhão 1997).

## 2 - Caracterização do Meio Envoltente

### 2.1 - Breve Caracterização da Cidade de Olhão

A área de intervenção do Centro de Saúde de Olhão sobrepõe-se aos limites geográficos do concelho de Olhão, servindo uma população de 36 812 pessoas segundo o censo de 91.

Concelho sem grande expressão turística, tem como foco de atracção nesta área as ilhas que constituem parte integrante do Parque Natural da ria Formosa. Como principal eixo viário, o concelho e a cidade de Olhão são atravessados pela EN 125, que tem nestes troços um elevado índice de sinistralidade rodoviária.

Economicamente de tradição pesqueira e agrícola, viu fechar-se na última década a maior parte das fábricas de conservas, assistindo-se a um progressivo abate e substituição de barcos de pesca costeira e de longo curso, não se tendo verificado a implantação de indústrias alternativas. Na agricultura, a horto-flori-fruticultura mantém algum relevo, embora com expressão difícil de calcular por se desconhecerem indicadores.

Muitos dos seus residentes desenvolvem a sua actividade profissional noutros concelhos, destacando-se entre eles Faro e Loulé, principalmente em áreas ligadas à indústria, comércio, serviços e turismo.

O Algarve experimenta desde há bastantes anos fluxos migratórios importantes (milhar e meio em 1993), que têm tido algum impacto no concelho, compensando os saldos fisiológicos negativos dos últimos anos (1992 com 8; 1993 com -54; 1994 com -20).

Fenómeno importante e de consequências difíceis de avaliar à data reside no desenraizamento progressivo da população que temos vindo a assistir, devido à perda progressiva da coesão familiar, ao desaparecimento ou substituição de valores e costumes por outros de importação desprovidos de contexto, as exigências e pressões sócio-económicas de importância crescente num espaço temporal que não permite uma adaptação e assimilação progressivas, à toxicoddependência e á sida.

## Dados Demográficos

Entre 1981 e 1991, o concelho de Olhão passou de 34.573 para 36.812 residentes. Esta variação de 6,5% em números absolutos corresponde em relação ao total da população algarvia a uma aumento de 10,69% para 10,78% mantendo-se assim como o 4º concelho mais populoso do Algarve.

A figura 1 mostra a pirâmide etária do concelho de Olhão (censo de 1991)

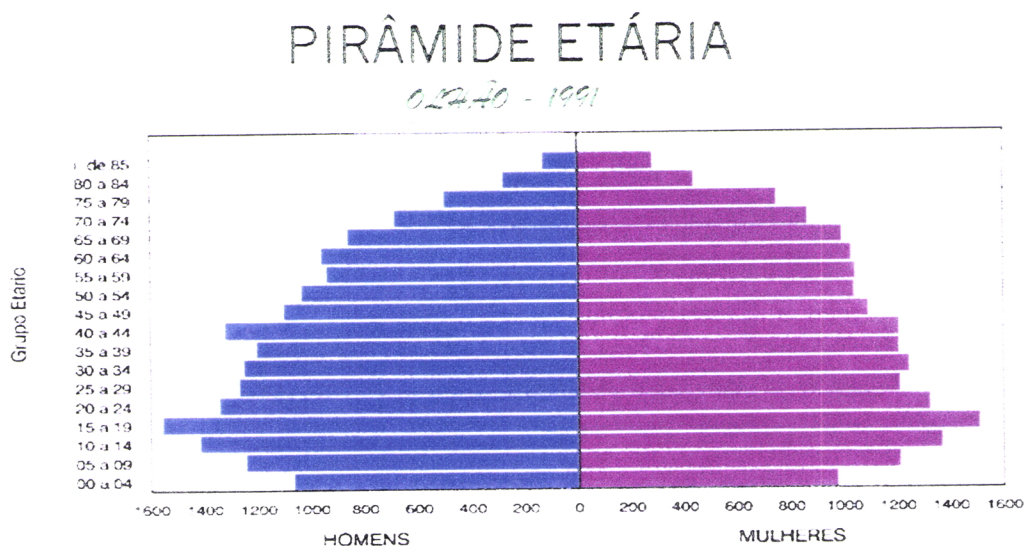


Figura 1

Conforme se pode verificar, apresenta-se em forma de barril, com uma base encurtada, estreitando progressivamente para o topo, típica de população com ausência de renovação de gerações e envelhecimento progressivo.

Na realidade, os idosos constituem um índice elevado de envelhecimento representando 74.90 da população total do concelho de Olhão, o que nos leva a classificá-la como duplamente envelhecida. Tal facto alerta-nos para a implementação futura de apoio aos idosos.

### Quadro 3 - Comparação entre Distrito de Faro e Olhão

Designação	Algarve	Olhão	Designação	Algarve	Olhão
Área (km <sup>2</sup> )	4 991	127	População Reformada	65 378	6 184
Densidade populacional	68.4	290.3	Taxa de Actividade	43.3%	41.5%
Famílias	118 031	12 181	Taxa de Desemprego	5.1%	6.7%
População Residente HM	341 404	36 812	Emp. Sector Primário	18 945	2 723
População Residente H	167 873	18 039	Emp. Sector Secundário	30 923	3 593
População Residente M	173 531	18 773	Emp. Sector Terciário	90 392	7 923
Rel. Dependência Total	54.20	54.60	Edifícios	139 694	11 879
Rel. Dependência Jovens	27.50	30.50	Alojamentos	212 090	16 287
<b>Rel. Dependência Idosos</b>	26.70	<b>24.10</b>	Com Electricidade	111 819	11 604
Relação de masculinidade	96.70	96.10	Sem Electricidade	4 287	244
<b>Índice de Envelhecimento</b>	91.70	<b>74.90</b>	Com Retrete	98 807	10 479
Rel. Substituição Gerações	1.13	1.22	Sem Retrete	15 167	927
Taxa de Analfabetismo	14.2%	11.6%	Com Água Canalizada	78 418	8 895
População Empregada	140 274	14 242	Sem Água Canalizada	17 361	1 178
População Desempregada	7 501	1 029	Com Banho/Duche	94 439	9986
População Estudante	31 832	3 591	Sem Banho/Duche	21 667	1 862

Fonte: INE (Censo de 91)

O quadro 3 permite a comparação de um largo conjunto de indicadores (censo 91) entre o Distrito de Faro e o Concelho de Olhão. Dele ressaltam:

- Uma densidade populacional própria de um concelho do litoral, com uma relação semelhante entre residentes e famílias constituídas;
- Menor Taxa de Actividade, Maior Taxa de Desemprego e um Sector Primário que, em relação aos outros Sectores, é gerador de poucos empregos. Em compensação, o Sector Terciário adquire particular destaque;
- Indicadores sanitários e de conforto sobressaindo pela positiva.

Podemos assim inferir com bastante certeza que, em relação ao concelho de Olhão e para 1998/1999:

- Permanece o estreitar progressivo da base da pirâmide e o alargamento do topo, mantendo-se assim a tendência para o envelhecimento da população, agravando a situação que, no quadro actual, já é importante;
- Apesar das correntes de emigração e fixação de famílias continuarem a ser responsáveis pelo aumento populacional residente, os saldos fisiológicos mantêm-se negativos, o que é bem revelador da pressão sócio-económica existente;
- No parque industrial não há uma fixação de novas indústrias, nem se verifica o aparecimento significativo de outras actividades geradoras de emprego, embora exista algum esforço de renovação de instalações e equipamentos. Continua-se no entanto a sentir o crescimento do parque habitacional. Daqui resulta que se manterá a tendência de Olhão continuar a crescer como cidade dormitório;
- O número elevado de nados vivos fora do casamento continua a apresentar valores muito elevados. Este facto, a que se juntam as implicações dos pontos anteriores, são factores de agravamento da desagregabilidade familiar, com todas as consequências inerentes;
- Devido ao envelhecimento populacional e dificuldade de implementar hábitos de vida saudáveis, a incidência e prevalência de patologias crónicas degenerativas terá tendência para continuar a aumentar.

### **Dados de Mortalidade**

Os dados apresentados no quadro abaixo correspondem aos óbitos de ambos os sexos, correspondentes a 1995 (Fonte: DGS-INE).

**Quadro 4 - Dados de Mortalidade**

RÚBRICA	ALGARVE		OLHÃO		RÚBRICA	ALGARVE		OLHÃO	
	H	M	H	M		H	M	H	M
Tuberculose	11	4	0	1	Doenças crónicas fígado, cirrose	44	10	5	0
Inf. meningocócicas	0	1	0	0	Nefrite, sínd. nefrótico, nefrose	43	33	4	1
Septicemia	7	1	0	0	Hiperplasia próstata	1		0	
Outras doenças infeç/parasitárias	8	5	0	0	Malformações congénitas	7	2	0	1
Tumor maligno do estômago	63	41	11	3	Traumatismo do parto	1	0	1	0
Tumor maligno do cólon	41	32	7	2	Out afecções período perinatal	5	4	2	0
T maligno recto, j. rectosig. ânus	15	13	1	0	Sint. sinais, afecções mal definida	342	350	46	38
T malig. traqueia, bronq. pulmão	101	22	10	3	Fracturas	87	41	5	2
Tumor maligno mama feminina		84		11	Trauma intra-cran torac abdomin	96	17	9	0
Tumor maligno do colo útero		9		1	Queimaduras	2	1	0	0
Leucemias	6	10	0	1	Envenenamento, efeitos tóxicos	42	15	5	1
Tumores malignos, outro local	278	147	37	21	Outros traumatismos	57	16	7	1
Diabetes mellitus	56	73	5	10	Outras causas não especificadas	192	141	15	16
Anemias	2	5	0	0	Infec virus human imunodeficiência	22	5	2	0
Meningites	0	1	0	0					
D. reumáticas crónicas coração	3	6	1	3	<b>TOTAL</b>	<b>2 514</b>	<b>2 081</b>	<b>253</b>	<b>188</b>
Doenças hipertensivas	17	19	0	2					
Infárte agudo miocárdio	158	94	14	8	Acidentes trânsito veiculo motor	130	34	11	1
Out doenças isquémicas coração	49	40	5	3	Quedas acidentais	22	18	0	1
Doenças cerebrovasculares	478	546	41	43	Outros acidentes	45	21	6	2
Aterosclerose	47	73	0	3	Suicídios	58	14	8	0
Out doenças ap. circulatório	103	119	6	6	Homicídios	8	1	0	0
Pneumonia	100	85	12	5	Outras causas não especificadas	21	2	1	0
Bronquites, enfisema e asma	18	7	2	1					
Úlcera do estômago, duodeno	12	9	0	1	<b>TOTAL</b>	<b>248</b>	<b>90</b>	<b>26</b>	<b>4</b>

É de registar o número de óbitos em ambos os sexos de tuberculose no Algarve, conseguindo de alguma forma o concelho de Olhão distanciar-se desses valores. Os tumores malignos estão dentro de valores esperados, tendo em conta que a população algarvia é relativamente idosa, mas não deixa de chamar a atenção o facto de que o cancro do estômago, cólon e recto terem, em número absolutos, valores relativamente semelhantes em ambos os sexos. Estes valores distanciam-se ligeiramente se entrarmos em linha de conta com o facto de que há mais mulheres que homens idosos. Particular destaque os dados referentes aos óbitos por acidente de viação e mortes violentas no Algarve.

## **2.2 - Breve caracterização do Centro de Saúde de Olhão**

O Centro de saúde de Olhão integra, para além do edifício sede, três extensões de saúde. Nele, são prestados cuidados de saúde na área dos cuidados de saúde primários, a nível de ambulatório, SAP e internamento por 123 funcionários distribuídos por diversas carreiras profissionais.

Está integrado na Unidade de Saúde II, conjuntamente com os Centros de Saúde de Albufeira, Faro, Loulé, e S. Brás de Alportel, tendo como hospital de referência o Hospital Distrital de Faro (HDF), a quem presta apoio no âmbito das suas competências e capacidade técnica.

### **Edifício Sede**

Arquitectonicamente um dos mais bem concebidos Centro de Saúde (CS) do Algarve tendo em vista o trabalho por Equipas de saúde, mas estruturalmente com problemas extremamente graves, que se agudizam durante os meses de frio e chuva e para os quais não tem sido possível disponibilizar o necessário financiamento.

Tem implementada uma cablagem de rede informática que permitiu o arranque do programa de cartão do utente do SNS. Por este meio, para além da identificação do utente, será possível conhecer de forma actualizada e sem duplicação os ficheiros de utentes dos médicos. Posteriormente, com a introdução do SINUS dar-se-á início a uma gestão informatizada de alguns procedimentos administrativos, o que facilitará alguma uniformização e facilidade no atendimento.

### **Sector de Ambulatório**

Composto por cinco módulos desenhados para as Equipas de Saúde, cada um deles dispendo de dois gabinetes de consulta médica, um de enfermagem, uma sala para planeamento familiar, uma de tratamentos e outra de apoio à saúde infantil. Nele, trabalham integrados na equipa dois médicos, uma enfermeira e uma administrativa que prestam cuidados de saúde a cerca de 3000 utentes agrupados por famílias.

Num sexto módulo, polivalente, funciona o Centro de Diagnóstico Pneumológico, que conta com um médico da carreira de clínica geral em tempo parcial e uma enfermeira.



## **SAP**

Por múltiplos factores, entre os quais a falta de recursos humanos, problemas de saúde agudos e subagudos e/ou sazonais com uma incidência elevada, a conciliação de horários para quem trabalha fora do concelho aliado à precaridade do trabalho e tempos de espera da consulta relativamente curtos, têm tornado os SAPs locais com procura extremamente excessiva, apesar dos utentes (re) conhecerem as vantagens de cuidados continuados de saúde.

Olhão não é excepção a esta regra, sendo previsível que o cartão de utente crie algumas condições que permitam minorar esta situação.

Recentemente foi disponibilizado pela ARS do Algarve e destinado a apoiar o SAP e a UI quando necessário, um equipamento de análises clínicas assim como alguns testes de bioquímicos e enzimáticos. A juntar a este equipamento, há a referir um electrocardiografo para o qual existe uma técnica especializada.

## **Unidade de Internamento (UI)**

A UI do CS funciona presentemente com 28 camas, seis das quais foram cedidas ao CS de Faro/HDF, funcionando assim como camas de retaguarda.

A falta de dimensionamento de espaços para os serviços de apoio ao CS, assim como, mais uma vez, a falta de recursos humanos, não permitem aproveitar, integralmente, este espaço.

Após um esforço importante por parte dos responsáveis do CS e UI, a que se juntou o apoio domiciliário integrado (que apresentaremos mais à frente), foi possível diminuir tempos de internamento e aumentar a rotatividade das camas, com altas para domicílio ou IPSS.

## **Saúde Pública**

Com a ambivalência própria do seu actual estatuto, de autoridade de saúde concelhia na dependência directa da autoridade de saúde distrital e de saúde pública, na dependência do coordenador subregional de saúde e, conseqüentemente, da direcção do CS, tem a seu cargo um conjunto de actividades diversificadas e bastante específicas que têm dificultado a sua integração real no CS.

Para além disto e, mais uma vez, no caso do CS de Olhão, a falta de recursos humanos tem agravado este problema.

### **Extensão da Fuseta**

Infelizmente instalada num primeiro andar, dispõe de instalações razoáveis que necessitam de obras de conservação e remodelações urgentes. A sua funcionalidade e acessibilidade foi recentemente melhorada com a passagem da sala de tratamentos para a antiga farmácia situada no rés do chão.

Actualmente dispõe de três médicos, uma enfermeira e dois administrativos, servindo uma população de cerca de 6 000 habitantes, uma vez que estende a sua acção para além dos limites da freguesia.

### **Extensão de Moncarapacho**

Instalada num primeiro andar na antiga Casa do Povo, tem instalações exíguas e degradadas, em nada adequadas ao serviço e tipo de população que serve, entre outras razões devido a estarem num nível etário elevado. Dispõe de dois médicos, uma enfermeira e um administrativo, para uma população de cerca de 5 500 habitantes. (Espera-se para muito breve novas instalações).

### **Extensão de Pechão**

Servindo uma população de cerca de 800 pessoas, está instalada num espaço que co-habita com a Junta de Freguesia, pelo que carece de condições de

trabalho. Tem um médico, enfermeiro e administrativo que aí se deslocam duas vezes por semana.

### **Outros Serviços:**

1. O CDP é assegurado por um médico da carreira de Clínica Geral, a tempo parcial, sendo de todo o interesse que pudesse existir um envolvimento por parte dos médicos de saúde pública, sobretudo quando se constata que em Olhão existem incidências e prevalências bastante elevadas de tuberculose;
2. A assistência ao Lar de Idosos da Stª Casa da Misericórdia de Olhão e Moncarapacho, assim como ao Centro de Dia Drº Ayres Mendonça de Olhão é assegurada através da permanência de 6 horas por semana naquelas instituições de três médicos da carreira de clínica geral;
3. Ao Centro de Dia da Fuseta é igualmente prestada assistência médica e de enfermagem no local, após pedido da instituição;
4. A Saúde Escolar é assegurada por uma equipa do CS, que regularmente se desloca às escolas;
5. Há já alguns anos que, com o apoio da Câmara Municipal de Olhão, Centro de Dia e HDF, foi implementado um serviço de apoio domiciliário integrado aos utentes que, deste modo, recebem na sua casa e ambiente familiar apoio social e cuidados de saúde;
6. Destacamento de uma médica da carreira de clínica geral para o CAT de Olhão, seis horas por semana, reforçando desta maneira o pessoal clínico daquela instituição;
7. Gabinete do Utente que funciona em paralelo com o do Serviço Social, este é um serviço destinado a receber as sugestões e reclamações dos utentes, correspondendo a uma aplicação das normas constitucionais, que conferem a todo o cidadão português o direito de tomar parte na decisão dos assuntos públicos do país e de apresentar perante os órgãos de soberania, ou quaisquer autoridades, reclamações ou sugestões para defesa dos seus direitos;
8. Unidade de Imagiologia Mamária, onde se efectuam mamografias;

9. Psicologia Clínica com consulta às segundas e sextas feiras;
10. Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional, que prestam apoio aos doentes internados na unidade de internamento do Centro de Saúde de Olhão, bem como algumas consultas de ambulatório;
11. Ginástica pré-parto;
12. Consulta de Dermatologia.

### **2.3 - Breve caracterização do SADI**

À política de porta aberta no atendimento nos serviços de urgências segue-se uma política de porta fechada na drenagem dos cuidados de saúde o que, conduz à acumulação de “idosos, sem abrigo, doentes crónicos e sós, doentes com doenças terminais ou incapacitantes ou problemas sociais” nos serviços de saúde.

Vêm-se assim os serviços de saúde inundados com situações que de facto não lhes pertencem e que mais não fazem do que agravar as possibilidades e qualidades nas respostas necessárias.

Esta situação tem reflexos evidentes nos serviços de urgências muitas vezes superlotados, indevidamente, com macas que encham os seus corredores e nos serviços de internamento onde as altas adiadas mais não fazem do que diminuir a capacidade e qualidade assistencial dos serviços.

Conscientes desta realidade, julgou-se necessário tomar medidas para, respeitando sempre a dignidade humana, devolver à Saúde o seu verdadeiro espaço funcional.

Entre estas medidas e no sentido de melhorar os cuidados e a humanização dos mesmos, evitando que o doente após a alta hospitalar ou em situação de doença prolongada, se sinta abandonado no seu domicílio e sem cuidados de enfermagem e/ou sociais, ressalta o Serviço de Apoio domiciliário Integrado (SADI), com a criação das unidades de apoio domiciliário.

O SADI é uma resposta social de prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio a pessoas e famílias que, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar, temporária ou permanentemente, as actividades de vida diária e/ou careçam de tratamento na doença.

Dependendo da natureza das situações e dos meios a utilizar, terá incidência no campo social, da saúde, psicológicos ou outros.

Assim, envolveram-se várias estruturas interessadas no social - a Saúde através da ARS Algarve (Centros de Saúde e Unidades Hospitalares), o CRSS do Algarve, o Poder Autárquico (Câmaras Municipais), e as IPSS. Todas estas instituições comungam o mesmo espírito de preocupação pela problemática do idoso, visam apenas, um objectivo comum: *Tentar melhorar a autonomia da pessoa idosa no seu meio habitual de vida.*

Definiu-se então uma equipe coordenadora pluridisciplinar envolvendo médico, enfermeiro e assistente social que tem como objectivos receber e seleccionar os utentes que já não carecendo de internamento em unidades de saúde requerem ainda assim apoio domiciliário, clínico e/ou social.

O apoio clínico é centralizado pelo centro de saúde, sem nº limite para a prestação dos cuidados, tendo em conta porém a qualidade dos mesmos.

O apoio social, centralizado também pelo CS, através da técnica de serviço social, é assegurado pela equipe da IPSS, aqui com o nº limite de 10 utentes, com o suporte financeiro do CRSS do Algarve.

As autarquias colaboram no SADI dando apoio logístico, quer na disponibilização de viatura e motorista, quer colaborando nas pequenas reparações de habitação.

O SADI em Olhão teve o seu início em 20 de Agosto de 1996.

As instituições implicadas decidiram estabelecer um acordo de cooperação que visasse a criação do SADI, acordo esse assinado em 11/11/1996.

O apoio domiciliário pretende, como principal objectivo, contribuir para que a pessoa idosa, mesmo quando se encontrasse em situação de dependência, se sinta menos carente e isolado. Pretende-se melhorar a sua imagem social, retardando, ou até evitando, o internamento em unidades de saúde e/ou lares, os quais devem ser considerados como alternativas de último recurso.

## **Objectivos do SADI:**

- a) Contribuir para melhorar e dignificar a qualidade de vida do utente;
- b) Contribuir para fomentar o auto-cuidado, autonomia e reabilitação do utente;
- c) Potencializar as capacidades do utente/família;
- d) Evitar que a doença, a deficiência ou outras situações prejudiquem o funcionamento quotidiano do lar;
- e) Permitir que o doente se mantenha no seu domicílio, enquanto for possível e conveniente, evitando todos os tipos de transtorno por ter de abandonar o seu meio familiar;
- f) Aproximar os serviços o mais possível do local de vida do utente;
- g) Contribuir para a promoção da educação para a saúde.

O SADI tende a responder e ultrapassar disfunções familiares e elaborar um plano de acção no sentido de integrar o utente na família e na comunidade.

Destina-se, como já foi referenciado, a pessoas dependentes, idosas e/ou deficientes, necessitadas de apoio e que residissem na área geográfica - cintura urbana - do centro de saúde.

## **Organização**

Baseadas na participação inter-sectorial e multidisciplinar, foram constituídas duas equipas de trabalho, a coordenadora e a executora, contando sempre com o apoio técnico da ARS-Algarve.

### A Equipa Coordenadora é constituída por:

- Director do Centro de Saúde;
- Enfermeira Chefe;
- Técnica de Serviço Social.

Tem como funções principais:

- A incrementação e dinamização do serviço, assegurando apoio técnico e material à equipa executora;
- Receber os pedidos vindos do ambulatório, do HDF ou da UI;
- Articular com a equipa executora;
- Encaminhar tendo em conta os recursos da comunidade.

A Equipa Executora, tem como principais funções, a identificação global da situação da pessoa idosa a ser apoiada pelo serviço, a avaliação e selecção de prioridades no acesso aos cuidados prestados pela equipa, a decisão participada de estratégias de actuação, a prestação directa de cuidados no domicílio, o envolvimento da família na tentativa de resolução do problema e na prestação de cuidados, a articulação, com tentativa de desenvolvimento, do médico de família e a articulação com outros serviços e instituições.

Se a pessoa idosa se encontra no domicílio, a técnica de serviço social e enfermeira, avaliam “in loco” a sua situação global, pedindo a intervenção do médico de família, quando houver necessidade de cuidados curativos.

Esta equipa reúne, quando necessário, no CS, discutindo e avaliando o trabalho realizado e planificando o trabalho a realizar.

O mesmo procedimento se verifica quando a pessoa idosa se encontra em situação de alta dos cuidados secundários, após doença aguda incapacitante e é solicitada a intervenção do SADI, sendo necessário adaptá-lo à vida no domicílio, potencializando as suas capacidades restantes.

## A Equipa Executora é constituída por:

- Médico de família, que avalia a incapacidade da pessoa idosa e efectua reavaliações;
- Enfermeiros que, após identificarem os principais problemas da sua área, prestam os cuidados curativos necessários, tentando sensibilizar e envolver a família, vizinhos, quer na prestação dos cuidados, quer na prevenção do aumento da incapacidade;
- Técnica de Serviço Social que efectua a caracterização sócio-familiar da pessoa idosa, identificando as suas principais necessidades e problemas no campo social, sensibilizando-os para a resposta possível dentro do âmbito deste apoio;
- Dado que não existia no CS de Olhão, fisioterapeuta, eram os enfermeiros e a assistente social que proponham ajudas técnicas necessárias, como obras de fundo no domicílio, alterações na disposição do mobiliário e aquisição de dispositivos de compensação e auxiliares de marcha;
- Ajudantes de Apoio Domiciliário (IPSS), que prestam um trabalho social caracterizado pela prestação de cuidados de higiene e conforto, distribuição e confecção domiciliária de refeições, tratamento de roupas, limpeza e arrumação do domicílio, verificação das instalações e equipamento doméstico, providenciando eventuais reparações ou adaptações e acompanhamento em consultas;
- Motorista da Câmara Municipal de Olhão, que efectua o transporte sete dias por semana dos enfermeiros e/ou assistente social ao domicílio dos utentes.



## 2.4 - Breve Caracterização do ADI

A alteração do equilíbrio social, os fenómenos de desertificação associados ao desenvolvimento polarizado em redor dos centros urbanos, os novos conceitos de Hospital ligados aos avanços tecnológicos, a evolução das restantes estruturas de saúde e as respostas diversificadas na vertente social, levam a que numa perspectiva de cuidados continuados o atendimento no domicílio, apareça como uma das formas mais humanizadas e globais, que se estabelece em rede com outras estruturas e em articulação de base Saúde/Ação Social.

Esta rede pressupõe a construção de uma sociedade solidária, envolvendo não só o Estado mas também os vários intervenientes nas comunidades locais, que se estabelecem em parceria, convergindo os seus esforços para o mesmo fim - a melhor qualidade de vida do indivíduo.

São estabelecidos cuidados, que ultrapassando a vertente curativa e de reabilitação, levam à promoção da saúde e prevenção da doença, promovendo a autonomia do indivíduo e o reforço das capacidades e competências das famílias.

Com a saída do Despacho Conjunto 407/98 de 18 de Junho, que a nível nacional veio estabelecer as "*Orientações reguladoras da intervenção articulada do apoio social e dos cuidados de saúde continuados dirigidos às pessoas em situação de dependência*" deu-se a consolidação deste tipo de articulação redefinindo o projecto experimental (SADI), em áreas bem compartimentadas e em movimento entre si, havendo uma continuidade de cuidados agora consubstanciados num leque mais alargado de respostas, que se articulam directamente ao apoio domiciliário, como as respostas residenciais - Unidades de Apoio Integrado (UAI), estruturas residenciais com carácter de intervenção temporário e forte componente de reabilitação, motivos pelos quais estas se distinguem dos lares tradicionais, não tendo no entanto a especificidade das Unidades de Internamento dos Centros de Saúde e Hospitais (Dossier Técnico de Implementação do ADI 1998).

As orientações que presidem à implementação, instalação e funcionamento do ADI visam criar condições que possibilitem uma intervenção articulada da saúde e da acção social dirigida às pessoas em situação de dependência de modo a responder às necessidades que apresentam em função do tipo e amplitude de dependência e dos contextos sócio-familiares em que se inserem.

Assim, caracteriza-se os destinatários da intervenção, os tipos de cuidados a prestar, o tipo de pessoal para esse efeito e identifica-se o modelo de organização e funcionamento.

### **Conceito**

O Apoio Domiciliário Integrado é um serviço que se concretiza através de um conjunto de acções e cuidados pluridisciplinares, flexíveis, abrangentes, acessíveis e articulados, de apoio social e de saúde, a prestar no domicílio.

A actual forma de organização das respostas, contempladas pelo Despacho Conjunto 407/98, é hoje um todo de articulação desde os Ministérios da tutela Saúde/Trabalho e Solidariedade Social até às equipas de base no terreno.

Na região, foi constituída uma equipa mista - Equipa Regional, que elaborou para aprovação o Plano Regional, faz o seu acompanhamento e procede à articulação com a Comissão de Acompanhamento Nacional.

Esta Equipa Regional articula-se com as Equipas de Cuidados Integrados, sediadas nos Centros de Saúde, que fazendo parte do Plano Regional, são constituídas basicamente por um médico e um enfermeiro do respectivo Centro de Saúde e por dois Técnicos de Serviço Social do Serviço Sub Regional de Segurança Social da respectiva área.

No terreno, as Equipas dos Cuidados Integrados, multiplicam-se em equipas pluridisciplinares, integrando todos os técnicos dos parceiros envolvidos neste tipo de atendimento, lado a lado com os familiares, vizinhos e amigos, a quem se pretende reforçar a capacidade e competência.

A intervenção da equipa é feita a solicitação do médico de família, do hospital, do centro regional ou dos parceiros sociais através de informação em impressos próprios com diagnósticos circunstanciados das situações e demais informação tida por conveniente.

No exercício das suas funções, compete à equipa de cuidados integrados, designadamente:

- Avaliar as necessidades das pessoas com dependência - esta centra-se nas necessidades da pessoa dependente que deve ser envolvida desde o início no processo;
- Definir o modelo de intervenção - equacionadas as necessidades e os recursos disponíveis, devem ser definidos planos de cuidados personalizados que identifiquem o modelo de intervenção adequado e ajustado à vontade das pessoas em situação de dependência, referindo os cuidados a prestar, designadamente médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, a sua periodicidade e duração;
- Implementar os planos - a equipa deve promover em tempo útil, a implementação dos planos de intervenção que estabeleceu, através de contactos rápidos e oportunos com os parceiros sociais, assegurando o envolvimento no processo dos interessados directos com indicação de informações precisas sobre necessidades concretas das pessoas, preferências, hábitos, bem como os respectivos contextos sócio-culturais;
- Acompanhar a situação e avaliar periodicamente o serviço que está a ser prestado, quer quanto à quantidade, quer quanto à qualidade dos cuidados, verificando a sua adequação ao plano delineado, e conhecendo o grau de satisfação da pessoa alvo, dos seus familiares ou de outros prestadores de cuidados.

A equipa de cuidados integrados deve ainda:

- Proceder à avaliação dos resultados globais, à elaboração de relatórios de progressos semestrais, à introdução de alterações e correcções, tendo em conta a evolução da situação de dependência bem como proceder à elaboração de um relatório anual de actividades;
- Providenciar, em tempo útil, informação de retorno aos serviços que tenham solicitado a sua intervenção, nomeadamente quanto ao modelo de resposta implementado e sua fundamentação (D.R - II série, Despacho Conjunto 407/98 de 18 de Junho).

## **Objectivo**

O ADI visa constitui a forma mais humanizada de resposta às novas necessidades de certos grupos da população, nomeadamente as pessoas mais idosas, as pessoas com deficiência e as que têm problemas de saúde mental, criando condições para a promoção da sua autonomia no domicílio e no ambiente sócio-familiar.

Esta resposta exige o estabelecimento de redes sociais de apoio integrado que garantam efectiva continuidade dos cuidados necessários, que se pretendem globais.

## **Destinatários (grupo alvo)**

São considerados como destinatários, as pessoas em situação de dependência física, mental ou social, transitória ou permanente resultante ou agravada nomeadamente por:

- Isolamento Geográfico;
- Doença crónica - doença ou sequelas que decorrem de patologias cardiovasculares, respiratórias, genito-urinárias, reumatológicas, endocrinológicas, digestivas, neurológicas e psiquiátricas, bem como de outras situações que sejam causa de invalidez precoce ou de significativa redução de vida;
- Situação de doença, ausência ou perda de familiares, amigos e vizinhos que prestavam apoio;
- Deficiência física ou mental;
- Internamento institucional indevido, por inexistência ou insuficiência de respostas alternativas mais adequadas;
- Alta hospitalar com necessidade de cuidados de saúde continuados e/ou de apoio social;
- Inexistência ou insuficiência de apoio diurno/nocturno.

## **Caracterização dos Cuidados**

O apoio domiciliário integrado assegura, sobretudo, a prestação de cuidados (de enfermagem e médicos de natureza preventiva, curativa e outros) e a prestação de apoio social indispensável à satisfação das necessidades básicas humanas.

O apoio social privilegiará a abordagem psico-social e a vertente ocupacional, envolvendo as famílias e outros prestadores de cuidados informais, e assegura a prestação de pequenos serviços no exterior, tais como, compras, marcação de consultas, ou outros de natureza indispensável.

## **Pessoal**

Os cuidados são prestados por uma equipa multidisciplinar constituída, designadamente, por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, ajudantes de saúde e ajudantes familiares.

Os elementos que constituem a equipa multidisciplinar devem ter formação nas áreas de geriatria e gerontologia, sem prejuízo de outras competências específicas para lidar com as situações de dependência.

A participação dos prestadores de cuidados informais no domicílio reveste especial interesse, devendo promover-se e facilitar-se a sua formação e treino adequados a par da integração na equipa e no contexto sócio-familiar.

À equipa prestadora de cuidados compete:

- Articular com a equipa de cuidados integrados;
- Assegurar o cumprimento do plano de cuidados, de acordo com as competências dos técnicos que a integram;
- Elaborar relatórios de execução com vista à avaliação.

A composição e dimensão da equipa está dependente do número de utentes a abranger e das respectivas situações de dependência, por forma a assegurar a qualidade dos cuidados a prestar.

## **Organização/Funcionamento**

O Apoio Domiciliário Integrado deve organizar-se como um serviço de prestação de cuidados humanizados, multidisciplinar, vocacionado para o tratamento, prevenção, ensino e treino, centrados na promoção do autocuidado, envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados informais, designadamente voluntários, vizinhos e amigos.

A organização do ADI deve ter em consideração, designadamente os seguintes aspectos:

- a) desenvolver-se de preferência a partir de estruturas ou serviços já existentes;
- b) desenvolver actividades lúdico-terapêutico-ocupacionais, qualquer que seja o grau de dependência das pessoas alvo de prestação de cuidados;
- c) assegurar o apoio aos familiares com pessoas dependentes a seu cargo, incluindo o ensino e o treino na prestação dos cuidados;
- d) promover a colaboração dos familiares e de outros prestadores de cuidados informais;
- e) providenciar nas situações que exijam recursos a ajudas técnicas a sua aquisição ou aluguer sem prejuízo da articulação com outras entidades para a sua disponibilização.

## **Encaminhamento de Utentes**

A prestação de cuidados no âmbito do ADI tem por base a situação de dependência avaliada pela equipa de cuidados integrados que analisa e determina o tipo de dependência, os cuidados a prestar e a sua periodicidade.

É de salientar que nos moldes em que se descreve o ADI, apenas se encontra em funcionamento desde Janeiro de 1999.

## **CAPÍTULO III - A METODOLOGIA**

### **1 - Tipo de Estudo**

Para o delineamento da metodologia, enquanto “dispositivo global de elucidação do real” (Quivy et al, 1992:128), seleccionou-se todo um conjunto de técnicas de investigação, tendo em conta as que mais se adequaram ao estudo que se pretendia desenvolver.

Atendendo ao âmbito desta pesquisa e aos objectivos que a definem considerou-se como método fundamental do procedimento lógico da investigação empírica, a abordagem qualitativa - estudo de caso ou análise intensiva. A esta escolha esteve subjacente o facto de possibilitar uma compreensão mais aprofundada da temática, dado que se trata de uma realidade cuja expressão concreta se traduz na dimensão intersubjectiva da relação. Precisamente porque a “satisfação das necessidades” se situa no espaço da relação humana, é por si mesmo um elemento justificativo do tipo de método escolhido.

Pretende-se com este método contribuir para um melhor conhecimento das necessidades deste grupo etário, particularmente na área da saúde/social e identificação de factores de importância para o alcance da melhor qualidade de vida.

De uma forma global procurei dar atenção à opinião que o idoso tem do seu estado de saúde, do seu próprio envelhecimento e deste problema na sociedade actual, da sua qualidade de vida e necessidades de apoio sentidas na cidade de Olhão.

Só deste modo, se poderá pensar na reactualização futura do apoio articulado, de forma personalizada e humanizada, na resolução, quer dos seus problemas de saúde, quer de integração social, de modo a manterem-se em “boa forma” e no seu meio sócio-familiar.

Esta abordagem qualitativa, “Consiste no exame intensivo, tanto em amplitude como em profundidade, utilizando todas as técnicas disponíveis, de uma amostra particular, seleccionada de acordo com determinado objectivo (...), de um fenómeno social, ordenando os dados resultantes por forma a preservar o carácter unitário da amostra, com a finalidade última de obter uma ampla compreensão do fenómeno na sua totalidade” (Lima 1995:18).

Trata-se de um método que permite investigar o maior número possível de aspectos da unidade de observação e que incide sob a análise intensiva dos casos dos idosos integrados no ADI, cujas conclusões não podem ser extrapoladas à totalidade dos utentes do centro de saúde, porque versam sobre um caso particular, nem mesmo aos idosos em geral; este tipo de estudo não possibilita a generalização dos resultados a outros casos mesmo que sejam semelhantes.

Relativamente à natureza do estudo, é de referir que se caracteriza como um estudo descritivo, em que o objectivo é descrever um facto de uma forma detalhada.

Assim e tendo por base a pergunta inicial - *A existência de uma rede de suporte formal (ADI), na cidade de Olhão, é condição suficiente para a satisfação das necessidades da pessoa idosa?* delineei os objectivos da investigação, decompondo os objectivos gerais em vários específicos.

#### Objectivos Gerais:

- a) Avaliar o contributo do A.D.I na cidade de Olhão para a satisfação das necessidades da pessoa idosa;
- b) Conhecer as orientações técnicas na organização dos serviços/apoios prestados pelo A.D.I.

#### Objectivos Específicos:

1. Conhecer as necessidades (físicas, afectivas e instrumentais) sentidas pelos idosos de Olhão, integrados no A.D.I;
2. Verificar se o A.D.I, responde às preocupações dos idosos;
3. Sugerir acções conducentes à melhoria do serviço.

As hipóteses que se pretendem validar ou não são:

- a) O apoio do A.D.I é suficiente para a satisfação das necessidades sentidas pelos idosos;
- b) Torna-se necessário diversificar as actividades do A.D.I.



## **2 - População em Estudo**

A população em estudo é constituída por dez indivíduos, com idade igual ou superior a 65 anos, residentes em Olhão e integrados no ADI.

O universo de análise foi definido tendo em conta as capacidades de resposta dos entrevistados de modo a permitir conhecer não só a situação sócio-económico-familiar e de saúde, bem como as respectivas necessidades sentidas e expectativas em relação ao apoio recebido.

## **3 - Técnicas de Recolha e Tratamento de Dados**

O processo de estudo de caso utiliza uma pluralidade de técnicas “accionadas alternada ou simultaneamente pelo investigador. A eficácia de cada uma (...) é diferente consoante o tipo de informação que se pretende obter” (Costa 1990:40).

Dada a natureza da informação que se pretendia recolher, os instrumentos de recolha de dados que se consideraram adequados utilizar na pesquisa foram:

- Análise Documental;
- Observação Directa;
- Ficha Inquérito para todos os utentes;
- Entrevistas (10 utentes, 2 enfermeiros, 2 ajudantes familiares, 1 membro da equipa regional do despacho conjunto 407/98);
- Duas histórias de vida.

### **3.1 - Análise Documental**

Para a prossecução da pesquisa foi necessário analisar determinadas obras relacionadas com o tema em estudo que servissem de base.

As informações podem provir de observações, de reflexões pessoais, de pessoas que adquiriram experiências pelo estudo ou pela participação em eventos, ou ainda de conhecimentos reunidos em bibliotecas, centros de documentação bibliográfica ou de registo que contenha dados. A utilização adequada dessas fontes de informação auxilia na delimitação clara do

próprio projecto, esclarece aspectos da pesquisa e orienta na busca da fundamentação e dos meios de resolver um problema.

### **3.2 - Observação Directa**

A determinação de um problema a ser pesquisado pode originar-se, na observação directa e na reflexão sobre factos observáveis, de leituras e de análises pessoais, tal ocorreu nas várias visitas efectuadas ao domicílio dos utentes integrados em ADI e que foram alvo de entrevista no presente estudo, para que “in loco” se observasse o apoio recebido e o perspectivado.

### **3.3 - Ficha Inquérito**

A fim de serem referenciados os utentes de ADI, quanto à situação sócio-familiar, de doença e necessidade real de apoio, criou-se esta ficha inquérito, que foi preenchida aquando da entrada de um novo utente.

### **3.4 - Entrevista**

A entrevista é uma técnica importante que possibilita um processo de recolha de informação “(...) que utiliza a forma de comunicação verbal. Parte do encontro entre duas pessoas, durante o qual uma pessoa (entrevistador), interroga o outra ou outras (entrevistados), com o objectivo de conhecer as suas opiniões sobre alguns pontos e factos que lhe interessam (...)” (Amorim 1993:83).

O tipo de entrevista mais adequado para o estudo que pretendemos fazer, pareceu-nos ser a entrevista semi-estruturada ou semi-directiva ou semi-dirigida (aos enfermeiros, ajudantes familiares e equipa regional), e estruturada (aos utentes do ADI - idosos).

Semi-estruturada, por se partir de um guião flexível que poderá ser reorientado no momento da aplicação, consoante os objectivos que querem alcançar.

As perguntas foram abertas de forma a conseguir-se atingir um certo grau de profundidade e autenticidade, deixando a resposta ao livre arbítrio do

entrevistado, de modo a permitir que este expresse o que quiser e souber acerca do tema.

Tendo em conta os objectivos e as características sobre a qual vai recair o estudo, considerámos necessário aplicar as entrevistas a dez utentes do ADI, duas ajudantes familiares, dois enfermeiros e a um membro da equipa regional do despacho conjunto 407/98.

Para a elaboração das entrevistas, tivemos como referência, os objectivos e as hipóteses que orientaram toda a investigação.

### **3.4.1 - Apresentação e Justificação das Entrevistas**

#### **Entrevista Realizada aos Dez Utentes**

Utilizei a entrevista estruturada por parecer a técnica mais adequada às características do universo, a sua demora foi, em média de cerca de trinta minutos e a grande maioria dos entrevistados acederam ao diálogo, embora alguns com certa reserva.

A cada idoso entrevistado foi esclarecido o propósito do estudo, fazendo-lhes sentir a necessidade da sua colaboração, que considerávamos imprescindível para a prossecução do trabalho. Desde o primeiro contacto procurei criar um clima informal e de abertura, desenvolvendo uma relação positiva, evitando ao máximo determinadas “barreiras” e tendo sempre presente que a quantidade e qualidade dos dados obtidos dependia desta relação de empatia.

Constituída por cinco partes, com perguntas fechadas e perguntas mistas, destinou-se ao estudo do nível sócio-demográfico e situação familiar dos idosos; nível sócio-económico, sua capacidade funcional e grau de dependência, necessidades em saúde e apoio e cuidados prestados no âmbito do ADI.

#### **Entrevista Realizada aos Enfermeiros**

A entrevista foi focalizada quanto à sua modalidade, existindo um guião de tópicos que permitia a liberdade de resposta dentro dos temas escolhidos para as questões.

Constituída apenas por oito questões, comecei por questioná-los quanto às necessidades dos idosos, seguindo-se quais os motivos que levam o idoso a integrar o ADI, quais as situações mais frequentes/cuidados prestados, como classificam o apoio prestado, que relacionamento mantém com o idoso, quando é prestado o apoio (em que dias), como classificam o idoso quanto ao nível de dependência física e funcional, por último foi perguntado o que consideram necessário para melhorar o dia a dia dos utentes.

### **Entrevista Realizada às Duas Ajudantes Familiares**

Constituída por perguntas fechadas e perguntas mistas, onde se pretendeu saber a opinião quanto às necessidades dos idosos, a quem recorrem quando precisam, quais os motivos que levam o idoso a integrar o ADI, quais os serviços mais solicitados, como classificam o apoio prestado, em que dias da semana é efectuado, quantas vezes por dia, de que forma se relacionam com o idoso, qual o nível de dependência física e funcional e por fim o que consideram necessário para melhorar o dia a dia dos utentes.

### **Entrevista Realizada a um Membro da equipa Regional do Despacho Conjunto 407/98**

À semelhança da entrevista feita aos enfermeiros, também esta foi efectuada tendo por base um guião de tópicos permitindo a liberdade de resposta dentro das questões propostas.

Apenas cinco questões constituíram este guião onde se quis saber se os recursos do ADI são suficientes e o que se pretende fazer para os aumentar, se as orientações técnicas estão adequadas ao desempenho das situações, o que pensam do futuro do ADI, e por último solicitou-se que formulassem algumas sugestões para diversificar os serviços.

### **3.5 - Duas Histórias de Vida**

A história de vida é considerada não como um produto acabado, tal como é geralmente apresentada, mas como uma matéria-prima sobre a qual e a partir da qual, se tem de trabalhar.

“Acontecimentos específicos influenciam o destino de grupos inteiros de uma população, ou reflectem-se nela. É porque os indivíduos são necessariamente membros de grupos diferentes, que experimentam o seu ciclo de vida sob condições específicas, que pensamos que os inquéritos por histórias de vida acumuladas têm a sua razão de ser (...)” (Poirier 1995:146), a história de vida é considerada como um tipo particular de documento pessoal, que leva em conta o aspecto subjectivo do social. Na história de vida, a palavra sobre o acontecimento está intimamente ligada ao discurso de si e sobre si.

A história de vida realizou-se sempre a partir de entrevistas repetidas. Foi necessário deixar o entrevistado contar-se no seu próprio ritmo, podendo alongar-se na digressão e na “anedota”. As segundas entrevistas, na maioria dos casos, é um voltar atrás relativamente à primeira narrativa recolhida. Esta repetição das entrevistas é condição necessária para o aprofundamento da informação e seu controlo.

Pedi-se a dois utentes integrados em ADI, de sexo opostos, um masculino e um feminino, que contassem, que descrevessem a sua história pessoal, tendo em conta um pequeno guião com sete pontos; origem geográfica, agregado familiar, profissão, nível de vida, porque foram integrados no ADI, grau de satisfação e quais as vantagens que tiram dessa integração.

Assim, o método intensivo de estudo de caso e as restantes técnicas utilizadas, são considerados os mais adequados para a presente pesquisa, visto que permitem analisar se o apoio domiciliário integrado na cidade de Olhão é condição necessária para a satisfação das necessidades da pessoa idosa, a partir de informações facultadas pelos próprios idosos.

A análise da informação, disponível, implica a utilização de uma técnica que se considera adequada ao tipo de informação: a análise de conteúdo, “... é, com efeito uma explicação por comentários (...); ela pretende-se compreensiva do dito” (Poirier 1995:149).

### **3.6 - Análise de Conteúdo**

Para o tratamento das entrevistas, utilizámos a análise de conteúdo como a técnica de tratamento da informação.

A análise de conteúdo é definida por Berel San (1952) como “(...) uma técnica de investigação que através de uma descrição objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo, manifesto das comunicações (...)” (Vala 1989:104), tem como finalidade efectuar inferências com base numa lógica, a partir dos dados recolhidos, para o qual é “(...) necessário recorrer a um sistema de conceitos analíticos (...)” (Vala 1989:104). São estas inferências que vão permitir a passagem da descrição á interpretação dos dados.

Para proceder á análise de conteúdo de um texto, torna-se necessário que o investigador tenha algumas linhas de orientação na sua análise, tais como: palavras chave, temas mais abordados, atitudes favoráveis ou desfavoráveis em relação aos temas, relação entre temas, etc. (Vala 1989).

A análise, pressupõe ainda três fases:

1. Constituição de um corpus;
2. Definição de categorias;
3. Quantificação.

O “Corpus”, é constituído por todo o material produzido com o intuito à pesquisa, que no caso da presente investigação é composto pelas respostas das entrevistas.

Para analisarmos o “corpus”, agrupámos as diferentes respostas.

A definição das categorias, merecem especial empenho da nossa parte, uma vez que “(...) os estudos ... serão produtivos, na medida em que as categorias sejam claramente formuladas e bem adoptadas aos problemas e ao conteúdo a analisar (...)” (Ghiglione e Matalon 1992:190).

Uma categoria é “(...) composta por um termo-chave que indica a significação central do conceito (...)” (Vala 1989:111) e servem para reduzir a complexidade, identificá-la, ordená-la e atribuir-lhe sentido, para potenciar a apreensão dos dados.

As categorias foram construídas a partir dos dados brutos que recolhemos.

Ambas as etapas referidas anteriormente, tiveram como fim, a quantificação, de maneira a que os dados pudessem ser tratados e interpretados de modo a obtermos um novo discurso, válido e significativo, do qual resultaram algumas das conclusões.

## **CAPÍTULO IV - TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS**

Após a elaboração e aplicação das entrevistas, estruturada e semi-estruturada, procedemos à análise dos dados recolhidos.

Para esta análise foi utilizado o programa SPSS que nos permitiu fazer uma análise quantitativa, nas perguntas fechadas, enquanto que as perguntas abertas foram tratadas através de análise de conteúdo, visto que era impossível antecipar todas as categorias que os entrevistados nos iriam apresentar.

### **1- Idosos Integrados em ADI - (Entrevista Estruturada)**

#### **1.1 - Caracterização Sócio-Demográfica**

Para a realização do estudo tornou-se necessário a caracterização da população entrevistada.

Tendo em conta a população alvo e os objectivos da nossa entrevista, os primeiros dados que nos surgem dizem respeito ao sexo dos entrevistados, em que 3 são homens e 7 são mulheres.

Relativamente à idade, os entrevistados apresentam uma média de 78 anos.

No que diz respeito ao estado civil temos:

**Quadro 5 - Estado Civil**

<b>Estado Civil</b>	<b>Fi</b>
Casado	4
Solteiro	2
Viúvo	4
<b>Total</b>	<b>10</b>

**Fonte:** Entrevista Estruturada - Idosos Integrados em ADI (1999)



A maioria (7) dos entrevistados residem em Olhão, apenas três residem na freguesia de Quelfes.

Quanto ao tipo de habitação a maior parte dos entrevistados tem casa própria (6) e com bom acesso (7), apresentando estas todas as infraestruturas necessárias. Nenhum entrevistado possui casa com escadas e a maioria (8) vive em casa central com vizinhos.

#### **Com quem vive habitualmente?**

A maioria dos entrevistados 5 vivem sózinhos; 3 com o seu cônjuge; 1 com o irmão e 1 com filhos casados.

**Quadro 6 - Com quem vive**

<b>Com quem vive</b>	<b>Fi</b>
Sózinho	5
Cônjuge	3
Irmão	1
Filhos Casados	1
<b>Total</b>	<b>10</b>

**Fonte:** Entrevista Estruturada - Idosos Integrados em ADI (1999)

Verifica-se que a maioria dos nossos entrevistados quando vivem sózinhos, quem os costuma visitar são os técnicos do ADI e/ou técnicos e amigos/vizinhos.

5 dos entrevistados referem poder contar com o apoio da família.

Porém quando precisam de ajuda recorrem em percentagem igual (50%) à família e a outros.

No que respeita à identificação da rede social envolvente do indivíduo, aqueles que são percebidos pela pessoa como os elementos mais

importantes para si, tendo por base o Modelo Hierárquico Compensatório (Cantor 1992), composto por “círculos” de diferentes graus de proximidade e importância, constatamos que: o círculo que se encontra socialmente mais próximo da pessoa, é a família nuclear (cônjuge e filhos casados) em 4 dos casos.

Aqui os membros da família são considerados como os elementos mais importantes, funcionando, tal como nos refere Cantor (1992), como um subsistema que presta o primeiro apoio, uma vez que são pessoas que têm um maior conhecimento das necessidades, proporcionando respostas mais adequadas (suporte informal).

No círculo seguinte a família continua a ser referenciada, no entanto com um valor inferior: 10%. É curioso constatar que os elementos da família, neste grau de proximidade, são um pouco diferentes. O principal elemento apontado foi: irmão.

Assim, encontramos aquele elemento da família que é muito importante, por não haver familiares mais próximos talvez e por viverem na mesma casa, é importante enquanto membro com o qual se estabelecem laços afectivos muito fortes.

Observa-se por último que o suporte informal (amigos, vizinhos, cônjuge, irmão) e o suporte formal (ADI), que Cantor (1992) enumera no seu modelo, é na realidade apontado pelos entrevistados quando referem poder contar com o apoio da família, mas quando necessitam recorrem igualmente a outros como os técnicos do ADI.

**Quadro 7 - Tempo de permanência em A.D.I**

<b>Tempo de ADI</b>	<b>Fi</b>
1 mês	1
1 - 6 meses	4
12 meses	1
12 - 18 meses	3
24 meses	1
<b>Total</b>	<b>10</b>

**Fonte:** Entrevista Estruturada - Idosos Integrados em ADI (1999)

O maior número de entrevistados 4 está integrado no ADI à +- 6 meses. Sendo que o motivo que os levaram a essa integração e com igual percentagem 40% é a falta de apoio familiar e assistência à saúde, como se pode verificar através de excertos das entrevistas.

“(…) Falta de disponibilidade por parte dos familiares em prestar o apoio necessário e devido”

“O meu marido sózinho não tinha condições físicas para me tratar”  
(limitações físicas dos familiares)

Como já foi referenciado, a estrutura familiar, cada vez menos consegue resolver os problemas que se colocam, hoje, aos idosos, ela já não é capaz de assegurar a cada membro as funções que tradicionalmente lhe cabiam.

A família nuclear moderna não consegue satisfazer as necessidades dos idosos, quer ao nível das necessidades físicas, quer as psíquicas, quer as sociais, recorrendo para isso às instituições privadas, como às estatais, instituições paralelas à família. (Suporte Formal - Centro de Dia e Recursos Humanos do ADI).

## **1.2 - Situação Sócio-Económica**

Quanto à profissão que exerciam ou exercem nota-se o seguinte:

Sendo a maioria mulheres idosas entrevistadas (7), cinco referem ser domésticas, uma costureira e outra a par de doméstica, quando a necessidade apertava ia à maré para ajudar.

Respeitante aos 3 entrevistados homens, um foi trabalhador rural, outro “não tinha profissão certa, fazia o que lhe aparecia para fazer, biscates e outras vezes ia à maré”, e o terceiro “Não exerce qualquer profissão, actualmente está com tuberculose e hábitos etílicos pelo que vive da caridade. Em tempos diz ter sido pedreiro”.

Quase todos os entrevistados estão reformados por doença.

Os utentes entrevistados apresentam um baixo nível de escolaridade, sendo que 4 tem a primária completa; 2 são analfabetos; 3 apenas assinam o nome e 1 tem a primária incompleta.

Dos entrevistados 9 auferem um rendimento mensal compreendido entre os 21 a 50 c/mês, e 1 não auferem quaisquer rendimentos.

A maioria dos entrevistados sentem-se satisfeitos com o valor da pensão.

E quanto à proveniência do rendimento mensal o maior número 3 referem que é proveniente da sua pensão de reforma e da de sobrevivência, 3 dos entrevistados apontam ainda outras causas da proveniência do rendimento mensal como sejam “ajudas pontuais da família”, (suporte informal primário), “Dinheiro esporádico que alguns amigos lhe dão e apoio ao nível do Centro de Dia na alimentação” (suporte informal secundário e suporte formal); “Pensão do irmão” (suporte informal primário).

### 1.3 - Nível de Dependência

Quanto ao facto de se sentarem, deitarem ou levantarem-se sózinhos, 3 fazem-no com dificuldade; 3 com o auxílio de outrem; 2 estão acamados, 1 efectua todas as operações sem dificuldade e 1 raramente se levanta, só com o auxílio de duas pessoas.

Quadro 8 - Senta-se, deita-se e levanta-se sózinho

<b>Senta-se, deita-se e levanta-se sózinho</b>	<b>Fi</b>
Sem Dificuldade	1
Com Dificuldade	3
Com o auxílio de outrem	3
Raramente se levanta, só com o auxílio de duas pessoas	1
Permanentemente Deitado	2
<b>Total</b>	<b>10</b>

Fonte: Entrevista estruturada - Idosos Integrados em ADI (1999)

Cinco dos entrevistados alimentam-se pela sua mão sem dificuldade, 2 com o mínimo de supervisão, 1 não consegue, 1 come desde que a comida seja cortada e 1 não come sem ajuda.

Quadro 9 - Alimenta-se pela sua mão

<b>Alimenta-se pela sua mão</b>	<b>Fi</b>
Sem dificuldade	5
Com o mínimo de supervisão	2
Desde que a comida seja cortada	1
Não come sem ajuda	1
Não consegue	1
<b>Total</b>	<b>10</b>

**Fonte:** Entrevista Estruturada - Idosos Integrados em ADI (1999)

Quanto ao facto de tomar banho sózinho, 4 não conseguem, 3 fazem-no sózinho com dificuldade, 2 necessitam de ajuda permanentemente e 1 toma banho sózinho sem dificuldade.

Relativamente a vestirem-se ou não sózinhos, 2 fazem-no sem dificuldade, 2 fazem-no sózinhos mas com dificuldade, 3 necessitam de ajuda de outra pessoa e 3 não conseguem.

Para caminhar mais ou menos 1 Km em superfícies planas, 1 caminha sem dificuldade, 3 com dificuldade e apoio mecânico, 1 só apoiado por duas pessoas e o maior número (5) não conseguem.

A maioria dos entrevistados (6) não consegue subir escadas sózinho, 1 fá-lo sem dificuldade, 2 fazem-no com dificuldade e ajuda mecânica e 1 necessita de ajuda de outra pessoa.

Para ir à rua sózinho, 1 entrevistado vai, sem dificuldade, 3 vão com dificuldade, 1 vai com a ajuda de outra pessoa e a maioria não vai (5).

## Quadro 10 - Continência

<b>Continência</b>	<b>Fi</b>
Controlo Total	4
Acidentes Pessoais	2
Incontinente	1
Não Respondeu	3
<b>Total</b>	<b>10</b>

**Fonte:** Entrevista Estruturada - Idosos Integrados em ADI (1999)

Relativamente à continência nota-se que o maior número (4) tem controlo total.

Contudo 6 não conseguem utilizar os sanitários, 1 necessita de atenção ocasional e 3 utilizam-nos sem auxílio.

A maioria dos entrevistados (6), perde urina ou fezes sem querer, encontrando-se também 3 algaliados.

### **1.4 - Percepção do Estado de Saúde**

Para algumas pessoas ter saúde significa sentir-se bem, em forma e sentir-se feliz. A saúde é um estado dinâmico e um processo que se desenrola ao longo da vida. As noções mais comumente veiculadas sobre o conceito de saúde são ainda a ausência de doença e de incapacidade, possibilidade para assegurar a sobrevivência, bem como paz e segurança conjugadas, para o desenvolvimento do indivíduo.

Nesta etapa da velhice é mais correcto falar-se em bem estar. Enquanto saúde é uma noção estática e limitada, o bem estar representa uma atitude quanto à saúde, e implica uma relação estreita entre todas as componentes individuais. Este bem estar representa efectivamente o equilíbrio entre o ambiente onde se insere o idoso, o seu meio interno e todos os outros fenómenos pessoais, presentes a vários níveis.

O bem estar psicológico ou a satisfação da vida, manifestam-se no decorrer da velhice, por um comportamento adaptado ao ambiente.

Paralelamente à lenta evolução dos processos fisiológicos, produzem-se após os 65 anos, uma série de mudanças em torno do idoso. Essas modificações são sentidas quase sempre como perdas.

Nos homens, a reforma constitui a principal transformação, após os 65 anos. Ela acarreta a falta de ocupação, isolamento social, decadência física, insuficiência económica, a perda do poder e influencia.

Na mulher, a viuvez impõe uma “pesada” modificação no quadro de vida, agravada, por vezes, pelo realojamento dos filhos, onde a inversão de papéis gera frequentemente graves conflitos pelo poder doméstico.

O conceito de saúde é pois de natureza essencialmente dinâmico, resultando do processo de adaptação do indivíduo ao seu meio ambiente. Embora o bem estar perfeito não esteja totalmente ao nosso alcance, podemos aceitá-lo combatendo a doença, a invalidez e promovendo um estado de vida saudável a cada indivíduo, independentemente da sua idade.

A satisfação de vida e o bem estar manifestam-se no decorrer da velhice por um comportamento adaptado ao ambiente. A pessoa idosa deverá ser capaz de fazer face às modificações com que se depara e adaptar-se às situações, adoptando comportamentos adequados.

Assim para avaliarmos e falarmos em estado de saúde real dos idosos, temos de ter em conta, dois aspectos, que lhe são inerentes: o objectivo, que trata de problemas reais de saúde, da frequência do seu aparecimento nas pessoas idosas; o subjectivo, a percepção que a pessoa idosa tem do seu estado de saúde, e que é determinante dos seus hábitos de vida.

À luz do aspecto objectivo, os problemas de saúde dos idosos são fundamentalmente de natureza crónica e estão relacionados com processos de senescência e tantos outros, entre os quais a diminuição de reservas fisiológicas.

Com o aumento da esperança de vida, as causas de morte têm vindo a alterar-se. Dados de mortalidade revelam-nos que as doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, bem como os tumores constituem as principais causas de mortalidade nos idosos.

No aspecto subjectivo, a maioria dos idosos apesar de sofrerem de doenças crónicas, consideram-se geralmente saudáveis. Esta percepção do estado de

saúde é influenciada por factores como: idade; sexo; nível sócio-económico e cultural. Dufresn sublinha, mesmo, que as pessoas idosas evitam mencionar patologias claramente identificáveis, pois consideram-nas como sinais de envelhecimento (Dinis 1997).

Neste contexto, o conceito de saúde não está centrado na doença ou na ausência da doença, mas sim numa noção de autonomia e de capacidade individual, componente fundamental para o bem estar do idoso.

Há que intervir sobre os factores que mantêm a autonomia, o que ultrapassa, por vezes o âmbito da saúde, havendo necessidade de uma intervenção multisectorial e multidisciplinar (ADI).

Mais do que diagnosticar patologias no idoso, o importante é determinar a capacidade funcional, ou seja, como é que o idoso está a conseguir lidar com factores ambientais internos e externos.

As doenças crónicas associadas ao envelhecimento, tais como as doenças do aparelho circulatório, reumatismos, tumores, afecções do sistema digestivo e perturbações mentais afectam quer a duração de vida, quer a sua qualidade ou ambas simultaneamente, neste sentido deve falar-se em incapacidade de levar a cabo as actividades habituais ou ainda de limitações temporárias e/ou permanentes.

Embora se envelheça cada vez mais tarde, e os idosos consigam manter durante mais anos um razoável estado de saúde e vitalidade, este grupo etário é, pela sua diminuição física, psíquica e social muito mais vulnerável à doença e à morte. A maior morbidade e mortalidade por causas fisiológicas, é determinante de um padrão próprio da doença no idoso - que se caracteriza por patologia múltipla, em estreita relação com componentes sociais, cronicidade, incurabilidade, elevada mortalidade.

Esta viragem em termos de morbidade e mortalidade, reflecte a melhoria dos conceitos de saúde, quer a nível técnico e científico quer a nível organizacional.

Segundo Béland, “não é a doença, mas as suas consequências sobre os limites funcionais que alteram o isolamento, a alegria de viver e a capacidade de adaptação” (Dinis 1997:85).

Para os idosos a saúde está associada a uma boa moral e também a diversas outras variáveis, que se observa também pela vontade expressa de



transmitirem em especial aos netos e crianças em geral “valores morais tradicionais”, gostando de ser respeitados e acarinhados.

Segundo alguns investigadores, três variáveis influenciam a satisfação de viver: a saúde, a criatividade e um rendimento adequado. Às pessoas que se dizem satisfeitas, corresponde uma boa saúde, maior actividade social, maior instrução e rendimento mais elevado (Viana et al 1993).

Em suma, sabemos que as limitações de actividade e a perda de autonomia diminuem de forma acentuada a qualidade de vida nos idosos.

Assim ao perguntarmos qual a doença que mais o aflige?; uns não sabem, outros dizem que são todas e outros “Uma doença grave e o facto de ir perdendo lentamente as forças dos músculos o que me vai debilitando”; “O alcoolismo que não consegue controlar mesmo após várias tentativas”; “Trombose - AVC - ficando sem movimentos à mercê nem eu sei de quem”. (doença que faça perder as capacidades)

Ao questionarmos sobre o estado de saúde, verificámos que 4 dos entrevistados definem-no como mau (4) enquanto 3 dizem que é regular e 3 como fraco.

Referem que o estado de saúde os limita muito (6), e que comparativamente com outras pessoas que conhecem da mesma idade tem menos energia que essas (7).

Isto poderá ser explicado pelas alterações que o estado de saúde (doença) poderá causar na vida diária, devido à debilidade física e psicológica com que as pessoas se confrontam e também pela forma como cada pessoa vivencia a sua doença, vivência esta que depende do tipo de personalidade e educação da pessoa em causa.

As pessoas idosas afectadas permanentemente por problemas de saúde vêm as suas limitações funcionais aumentarem, necessitando de ajuda para viverem o máximo de tempo no seu meio natural, evitando-se assim o desenraizamento e institucionalização. A rede natural de ajuda (família, parentes, amigos, vizinhos e grupos de entre ajuda) tem importância principal no apoio ao idoso.

## 1.5 - Apoio e Cuidados Prestados no Âmbito do ADI

Quadro 11 - Serviços Prestados

<b>Serviços Prestados Cuidados de Saúde no Domicílio</b>	<b>Fi</b>
Enfermagem	9
Médicos e Enfermagem	1
Apoio Psicossocial	10
Higiene Pessoal	9
Higiene Habitacional	8
Fornecimento de Refeições	9
Tratamento de Roupa	8
Acompanhamento ao Exterior	3
<b>Total</b>	<b>57</b>

**Fonte:** Entrevista Estruturada - Idosos Integrados em ADI (1999)

Os valores (total) ultrapassam 10 porque a pergunta foi de resposta múltipla.

Após a leitura a este quadro nota-se que todos os idosos entrevistados têm apoio psicossocial, a totalidade recebe apoio de enfermagem, sendo um também a receber apoio médico no domicílio.

Apenas um utente não tem necessidade de receber ajuda ao nível da higiene pessoal, visto ter capacidade funcional para a efectuar.

Dois entrevistados referem não lhes ser feita higiene habitacional por terem ajuda de 3ª pessoa.

Sómente um entrevistado não recebe a alimentação no domicílio, tendo presente que o mesmo efectua as refeições no Centro de Dia - Drº Ayres Mendonça, outra das valências da instituição (IPSS) que presta os cuidados de Acção Social aos entrevistados, salienta-se porém o facto de o mesmo entrevistado levar para o domicílio a refeição referente ao jantar.

Quanto ao tratamento de roupa dois entrevistados não tem este serviço devido a receberem apoio de 3ª pessoa.

A maioria dos entrevistados (7) não recebe ou não tem recebido no âmbito do ADI acompanhamento ao exterior, uns porque não tem capacidades funcionais que o permitam, outros por não sentirem necessidade de acompanhamento.

É ainda de referir que até à elaboração do presente estudo nenhum dos entrevistados/apoiados pelo ADI necessitou de pequenas reparações no domicílio.

A grande maioria dos entrevistados 7, classificam o apoio recebido como Bom, os restantes 3 consideram-no de Muito Bom.

Quanto ao relacionamento com os prestadores dos cuidados a maioria 6 acha que o relacionamento é Bom e 4 consideram-no Muito Bom.

Pode-se considerar de relacionamento positivo pelas respostas dos entrevistados:

“Porque são atentos às necessidades e pedidos feitos por nós”;

“Porque quase que existe uma relação de família e uma família que se dá muito bem por sinal, nunca houve um mal entendido”.

A maioria dos entrevistados (8) recebem apoio todos os dias, enquanto (2) referem receber todos e alternados conforme o serviço. Isto tem haver com o facto de apoio a nível da IPSS efectuar-se efectivamente todos os dias, enquanto a nível de cuidados de enfermagem depender da necessidade.

Ao perguntar o que considera necessário para melhorar o dia a dia, aparece-nos a integração do aspecto lúdico, os idosos sentem que os técnicos passam pouco tempo com eles, referindo:

“O meu dia a dia melhorou muito desde que fui integrado no apoio domiciliário integrado, actualmente melhoraria se este apoio tivesse actividades lúdicas que ajudassem a passar o tempo”;

“Gostava que as sr<sup>as</sup> estivessem mais tempo comigo, pois assim os dias pareciam mais pequenos”;

“Gostava de ter algo que me distrai-se pois tenho a televisão e por vezes aborrece-me olhar para lá”.

Estas respostas vêm confirmar a hipótese 2, sendo visível a necessidade de diversificar as actividades do ADI.



É notória a necessidade do “Sistema de Suporte” que tem como objectivos, proporcionar ao indivíduo um apoio psicológico, a partilha de actividades, a ajuda material, orientação e aconselhamento para a resolução de problemas. Este suporte social (ADI) funciona como facilitador da confrontação e adaptação em situações de crise como é a situação destes idosos que vêm neste apoio a sua “segurança”.

Este suporte tem objectivos vários que irão desde a melhoria do bem-estar psicológico até à manutenção das suas capacidades cognitivas, evitando-se situações de apatia e desânimo, a que tantas vezes se sujeitam.

Esta ligação com a rede de suporte formal (ADI), torna-se positiva, pois aumenta em geral, a dignidade e a qualidade de vida dos idosos, por vezes, ajuda mesmo a manter ou a restabelecer os elos familiares, às vezes quase “apagados”.

Ao perguntarmos como encara a possibilidade de uma doença grave em igual número (4) referem o medo de sofrer e incomodar os outros.

#### **Quadro 12 - Como encara a possibilidade de uma doença grave**

<b>Doença Grave</b>	<b>Fi</b>
Medo de sofrer e incomodar os outros	4
Incomodar os outros	4
Revolta	1
Medo de sofrer, incomodar os outros e revolta	1
<b>Total</b>	<b>10</b>

**Fonte:** Entrevista Estruturada - Idosos Integrados em ADI (1999)

A maioria dos entrevistados não sente solidão (7), porque referem saberem contar com o apoio dos técnicos do ADI, entre outros.

Quando questionámos como devem ser tratadas as pessoas idosas na opinião dos nossos entrevistados obtivemos respostas como:

“Com dedicação e que estes programas cada vez mais vão para a frente e se alarguem para terem mais tempo disponível para passarem com a gente”;

“Penso que as pessoas idosas deveriam ser tratadas com mais dignidade, mais respeito”;

“Com carinho, amizade, sem interesses”;

“Com muito carinho, deveria de haver pessoas com mais disponibilidade para estarem com os velhinhos e assim ocuparem-lhe o tempo”.

Todos com ênfase nos aspectos afectivos.

Os idosos integrados em ADI referem que em Olhão e nomeadamente ao nível do ADI deveriam ser feitas algumas modificações para melhorar as suas condições de vida, tais como: Criação de Actividades Ocupacionais; Aumentar o Tempo de Permanência com os Idosos;

“Irem até mais longe apoiar os velhos que estão sózinhos e arranjam maneira também de os distrair”;

“Estarem mais tempo connosco pois vamos conversando e o tempo passa mais rápido, mas eu sei que as senhoras têm muitos doentes para visitarem e que não podem estar mais tempo connosco”.

Quanto à maior necessidade sentida pelo idoso é o suporte familiar/social apontado por 6 entrevistados, como se pode confirmar pela leitura do quadro 13.

Quadro 13 - Maiores Necessidades Sentidas pelo Idoso

<b>Maiores Necessidades</b>	<b>Fi</b>
Suporte Fam/Social	6
Dinheiro e lares c/ internamento	2
Suporte Fam/Social e Dinheiro	1
Outro	1
<b>Total</b>	<b>10</b>

**Fonte:** Entrevista Estruturada - Idosos Integrados em ADI (1999)

Respeitante ao que mais o preocupa/medos, aparecem-nos respostas como:

\* Incapacidade física, problemas de ordem material - “ O facto de estar a envelhecer, a perder capacidades físicas e funcionais e saber que um dia mais tarde irei (eu e as assistentes sociais) ter dificuldades em entrar para um lar pois a reforma é baixinha, não dá para pagar a estadia”;

\* Incapacidade física do suporte informal primário; maior dependência - “É a minha mulher adoecer também, aí depois é que vão ser elas, o que seria feito de nós”;

\* Falta de confiança em si próprio/medo da solidão - “O facto de não ter coragem e vontade suficiente para parar de beber e pensar que se um dia me deixarem de dar de comer e os tratamentos o que vai ser de mim”;

\* Medo associado aos problemas mundiais - “As guerras que se iniciam a toda a hora e em todo o lado”.

Confrontados com a questão - O que mais lhe agrada na vida, surgem-nos atitudes face à vida como:

\* Optimismo - “O facto de viver”;

\* Tristeza - “Na situação em que me encontro já nada me agrada, ou melhor o facto de estar viva já é motivo para me alegrar”.

Todos os entrevistados referem que a acessibilidade aos serviços melhorou, quer ao nível dos serviços de saúde, quer ao nível dos serviços de acção social, agora quando necessitam de algo dos serviços, solicitam-no aos técnicos do ADI e dentro dos condicionalismos existentes, serão atendidos.

Quanto ao grau de satisfação, 9 entrevistados estão satisfeitos e um está muito satisfeito.

Como aspectos positivos do ADI, aparece-nos: Apoio Afectivo/Combate a Solidão/Suporte Instrumental - “Não me sinto só, sei que tenho algum serviço em quem posso confiar caso haja necessidade”.

## 2 - Ajudantes Familiares - (Entrevista Semi-Estruturada)

Foram entrevistadas duas ajudantes familiares, integradas na equipa. A entrevista semi-estruturada era constituída por perguntas fechadas e perguntas mistas.

Quisemos saber na opinião dos entrevistados quais as maiores necessidades dos idosos, assim aparecem-nos duas categorias, são elas - necessidade de apoio ao nível psico-social - “Suporte familiar e social”; e necessidade de apoio institucional - “(...) e lares oficiais com internamento”.

O papel das redes familiares constitui o apoio também necessário aos indivíduos na última fase da sua vida, quando as capacidades funcionais diminuem e a autonomia não é mais possível. Porém com a evolução da sociedade, este papel de cuidar por parte da família tem vindo a reduzir-se e a tornar-se difícil e/ou quase impossível de sustentar em alguns casos. Independentemente destas dificuldades, a família tem ainda um papel importantíssimo no apoio instrumental ao idoso, bem como ao seu bem estar psicológico, na opinião das entrevistadas, que escutam diariamente os lamentos dos idosos, pois a existência de relações sociais, é benéfica porque contribui para um sentido de integração social ou mesmo evita o isolamento.

Quanto ao apoio institucional as entrevistadas referem o facto de se constituírem lares oficiais acessíveis ou compatíveis com as pensões dos nossos idosos, tendo em conta que actualmente existe uma enorme desfaçatez com o recebido e com o exigido como pagamento de mensalidade.

Ao perguntarmos a quem recorrem os idosos quando necessitam, ambas as entrevistadas apontam o Centro de Dia e Lares, talvez porque muitos deles não tem familiares ou tendo-os não os querem “maçar”.

Quisemos saber também quais os motivos que levam o idoso a integrarem o ADI, ao que nos surgem duas categorias, motivos familiares - “Falta de apoio familiar/outro” e motivos económicos - “... falta de recursos económicos”, isto é curioso pois se não têm recursos económicos à partida não poderiam integrar este apoio, é que não tendo de pagar nada de inacessível, tem que pagar algo que justifique a sua permanência no apoio, isto ao nível da acção social, pois o apoio clínico é totalmente gratuito, porém também o Centro de Dia nunca deixou de prestar apoio aquando da entrada do idoso se este por algum motivo não tem meios económicos para pagamento, com o tempo arranjar-se-ão maneiras de solucionar esta questão



(por exemplo se um idoso ainda não é pensionista trata-se de efectuar esse pedido).

Ao perguntarmos quais os serviços mais solicitados, aparecem-nos como não poderia deixar de ser uma categoria apenas, que é - apoio às actividades de rotina diária - “Higiene pessoal, higiene habitacional, fornecimento de refeições e tratamento de roupas”.

Quanto à classificação do apoio prestado, surge-nos uma categoria, que é avaliação positiva do tipo de apoio prestado, tendo em conta as respostas das inquiridas, “Razoável. Haveria necessidade de maior apoio familiar que completasse o trabalho/apoio prestado pelo centro de dia”.

“Bom. Porque sente-se que ficam satisfeitos com o apoio prestado, pois se não fosse esse apoio estariam muitos deles completamente sózinhos”.

Mais uma vez é notória a necessidade de complementaridade do trabalho por parte da família.

Assim aparece-nos uma avaliação positiva do relacionamento com o idoso, em que as entrevistadas o classificam de bom.

Em relação à frequência da prestação de serviços, ambas respondem que é diária (todos) e três vezes por dia - “Depende de cada caso, mas são mais ou menos três vezes dia de acordo com a necessidade. De manhã, ao almoço e à tarde”.

“Depende de cada caso, mas a maioria são três vezes por dia”.

Quanto ao nível de dependência física e funcional aparece-nos a categoria dependentes resultado das respostas das entrevistadas, “Dependentes”; “Semi-dependentes e dependentes”.

Por fim perguntou-se o que consideram necessário para melhorar o dia a dia dos utentes, duas categorias também foram apontadas, combater o isolamento através de apoio familiar: “Maior apoio familiar, ouvimos diariamente queixas dos idosos em que se sentem abandonados pelos familiares ...”; “Mais e melhor apoio familiar”, e melhoria dos recursos institucionais: “... ao nível do centro de dia contratação de mais funcionários para que o apoio não seja tão a correr pois temos muitos idosos, não podendo estar com eles o tempo que eles gostariam e que talvez fosse necessário.”

“... mais centros de dia e mais disponibilidade de tempo para estar com os utentes integrados em ADI”.

### 3 - Enfermeiros - (Entrevista Semi-Estruturada)

Entrevistaram-se dois enfermeiros, tendo por base um guião de tópicos (entrevista semi-estruturada) que permitia a liberdade de resposta dentro dos temas escolhidos para as questões.

À semelhança da entrevista às ajudantes familiares comecei por perguntar quais as necessidades dos idosos na opinião dos enfermeiros, surgem-nos três categorias:

- Necessidade de apoio ao nível psicossocial; “Companhia, actividades ocupacionais, lúdicas e recreativas, actividades físicas de manutenção...”; “Companhia, apoio de 3ª pessoa, actividades ocupacionais...”;
- Necessidade de apoio institucional; “... falta de lares oficiais que recebam os idosos independentemente dos recursos e estado de dependência.”;
- Necessidades de apoio às actividades de rotina diária; “... alimentação equilibrada, apoio de terceiros para actividades domésticas e de manutenção do auto-cuidado”.

À segunda questão, quais os motivos que levam o idoso a integrar o ADI, destacam-se três categorias, são elas: Motivos familiares; “Comodismo dos familiares...” “Falta de apoio familiar”.

Motivos económicos; “...dificuldades económicas.”; “Poucos recursos económicos”, e Motivos funcionais; “... dificuldade de se fazer transportar ao centro de saúde, dificuldades para o auto-cuidado”.

Em relação às situações de saúde mais frequentes/cuidados prestados, apenas uma categoria se destaca é ela administração de injectáveis, úlceras de decúbito e periféricas.

Também os enfermeiros fazem uma avaliação positiva do tipo de apoio prestado, classificando-o ambos de bom. Justificam-no com duas categorias: Empatia no relacionamento utente-enfermeiro - “Há empatia entre o pessoal do centro de saúde e a família e utente a quem se prestam cuidados”; Eficácia e eficiência dos profissionais apesar da insuficiência de recursos: “Verifica-se a melhoria da situação num espaço de tempo determinado, apesar das condições em que trabalhamos, por falta de camas articuladas, consegue-se prestar bons cuidados”; “Apesar de por vezes as condições em que se trabalha não ser a melhor por falta de meios consegue-se prestar bons cuidados, verificando-se melhoria da situação”.

Quanto ao relacionamento com o idoso, surge-nos uma avaliação positiva deste relacionamento, visto que ambos os entrevistados o consideram de bom.

Respeitante à frequência da prestação de serviços o apoio é efectuado todos os dias, incluindo fins de semana e feriados, se bem que nem todos os utentes têm necessidade de apoio diário ao nível de cuidados de enfermagem.

Em relação ao nível da dependência física e funcional, os enfermeiros classificam os idosos integrados em ADI como dependentes, necessitando de ajuda para a maioria das actividades de vida diária.

Em último pediu-se a opinião dos entrevistados em relação à melhoria do dia a dia dos utentes, numa categoria deixaram essa opinião; combater o isolamento através de apoio psicossocial; “Estrutura de apoio ao nível da companhia, actividades ocupacionais quebrando o isolamento que alguns sentem”; “Mais de 50% dos utentes com ADI, necessitam duma estrutura de apoio...”.

#### 4 - Equipe Regional do Despacho Conjunto 407/98 - (Entrevista Semi-Estruturada)

No tempo previsto para a execução da entrevista semi-estruturada à equipa regional do despacho conjunto 407/98, apenas foi possível entrevistar um elemento. Elemento esse pertencente à acção social (CRSSA).

Esta entrevista foi efectuada tendo por base um guião de tópicos permitindo a liberdade de respostas dentro dos temas escolhidos para as questões.

Apenas cinco questões constituíram este guião, cujo resultado é o seguinte:

Ao questionarmos se o ADI tem ou não recursos suficientes, aparece-nos como categorias- suficiência dos recursos materiais e insuficiência dos recursos humanos, isto é a entrevistada refere que “Neste momento o ADI quer a nível de meios técnicos quer a nível de meios humanos e materiais encontra-se minimamente equipado...” “... no entanto é necessário reforço ao nível do pessoal de enfermagem e das equipas das IPSS’s para que o serviço que está a ser prestado tenha mais qualidade”.

Depreende-se desta resposta uma certa consciencialização de que o serviço prestado não é o mais adequado, ou que o mesmo terá necessidade de sofrer algumas alterações de funcionamento para ir de encontro às necessidades dos idosos.

À questão - Que meios preconiza para aumentar os recursos financeiros, humanos e técnicos, surge-nos como categoria, o aumentar as parcerias, ou seja “Um alargamento das redes de parceria bem como um maior envolvimento, empenho e disponibilidade de alguns parceiros já intrusados nesta filosofia de intervenção”.

Isto faz sentido tendo em conta que muitos dos idosos que pedem apoio encontram-se localizados em zonas que não estão actualmente abrangidas por este apoio. Em relação ao empenho e disponibilidade de alguns parceiros envolvidos talvez se note a falta de formação na área de gerontologia/geriatria, é que cuidar pode significar um sentimento de interesse, um envolvimento emocional ou um estado mental. Identidade pessoal e contacto pessoal - principalmente contacto cara-a-cara - são elementos fundamentais dos serviços de apoio social, envolvendo um sentimento de ligação entre os que dão e os que recebem. Aquele que presta cuidados pode ser motivado pela afeição, altruísmo ou normas sociais de obrigação. Aquele que recebe os cuidados tem o sentimento de estar a ser atendido. O empenho em cuidar dos outros é visto usualmente como

altruísta - envolvendo amor e reciprocidade emocional. Mas é também, uma obrigação socialmente construída e imposta por normas sociais e recompensas. A palavra cuidar refere-se frequentemente a tomar conta das pessoas que não o podem fazer por si mesmas: idosos, dependentes. Mas isto omite o facto de que mesmo o mais saudável e feliz dos adultos requer uma certa quantidade de cuidados (Relatório do Desenvolvimento Humano 1999).

A terceira questão - Acha que as orientações técnicas estão adequadas ao desempenho das situações? Porquê? Ressalta a categoria - Adequação teórica desadequada na prática, isto porque “Embora existam orientações e reuniões restritas a alargadas face ao desempenho das situações, por vezes encontram-se dificuldades de organização do trabalho de equipa”. “Sente-se uma grande necessidade de maior articulação entre os técnicos que trabalham os casos”.

Talvez porque ainda não existe muito o espírito de trabalho de equipa, todos estão a trabalhar no caso, contudo cada qual para seu lado.

Como sugestões para aumentar/diversificar os serviços, temos a categoria - contratação de pessoal técnico - assistentes sociais e enfermeiros, talvez porque os que existem são em número insuficiente para as solicitações, tendo presente que estes recebem, avaliam e seleccionam os pedidos dos utentes ou outros parceiros envolvidos, que já não carecendo de internamento em unidades de saúde requerem ainda assim apoio domiciliário, clínico e/ou social ou ainda os pedidos que chegam por via do ambulatório.

Como futuro do ADI, a categoria melhoramento da globalidade dos projectos está presente na resposta da entrevistada “ O ADI é uma resposta que surgiu de uma grande necessidade sentida quer pelas IPSS’s, quer pela população e até pelos técnicos que trabalham nas áreas do social e da saúde, logo julgo que é uma medida política acertada a continuar e com uma perspectiva de alargamento às freguesias do interior, que se encontram muito desprovidas de respostas/apoio, quer na área do social, quer da saúde”.

## 5 - Contributos para Histórias de Vida - (análise integrada)

Pediu-se a dois utentes integrados em ADI, de sexos opostos, um masculino e um feminino, que se mostraram mais dialogantes e com disposição para se contarem, ou seja que descrevessem a sua história pessoal, tendo em conta um pequeno guião com sete pontos, são eles: origem geográfica, agregado familiar, profissão, nível de vida, motivo pelo qual foram integrados no ADI, qual o grau de satisfação e por fim quais as vantagens que advém dessa integração.

Assim e aproveitando alguns excertos do que foram essas entrevistas, vamos tentar ir ao encontro do nosso guião. Relativamente à origem geográfica, ambos os entrevistados são da região algarvia - sotavento algarvio, tendo um nascido em Faro e outro em Albufeira, "... nasci em Faro, mas vim logo para Olhão..."; "Eu não sou de Olhão, nasci em Albufeira...".

Quanto ao agregado familiar, os entrevistados ambos viúvos, referem apenas ter um filho, no caso da D. Cândida os laços afectivos mantêm-se com o seu filho, que a visita de 15 em 15 dias, já o Srº Dário mostra algum rancor pois a filha afastou-se dele aquando da morte da esposa e logo numa altura em que este necessitava de mais apoio, carinho e compreensão,

"... tive um filho que hoje vive em Lisboa com a sua família".

Este foi atraído para a cidade, ao encontro de novas oportunidades de carreira profissional, aí casou e fixou residência, pondo fim à família alargada.

"A minha única filha vive em Albufeira e desde que a mãe... morreu não quis mais saber do pai...".

O viúvo fica mais desamparado, mas muitas vezes é mais ajudado pelos que o rodeiam. Seja qual for a sua idade, ser-lhe-á mais fácil encontrar a pessoa ou serviços que lhe facilitarão praticamente a vida.

Tudo depende da idade em que se enviúva, da profissão exercida, dos meios financeiros e dos recursos que o homem encontra em si próprios. Alguns deixam-se absorver pelas suas recordações, outros rejeitam-nas para sofrer menos. Em suma, cada um reage como pode, segundo a sua natureza e as suas crenças. O essencial é encontrar um equilíbrio suficiente, para continuar a viver e a organizar o seu próprio destino (Viana et al 1993).

Ambos os entrevistados são reformados por invalidez e vivem apenas dessa pensão de invalidez, embora a D. Cândida refira que quando o filho vê que esta tem necessidade de algo compra sem lhe pedir opinião pois se pedir já sabe que a mesma dirá não necessitar.

O motivo que os levaram a integrar o ADI, tem haver com o facto, de as redes de apoio informal (família, amigos, vizinhos) serem incapazes de preencher as necessidades existentes, para estes, os serviços de apoio domiciliário formal são a possibilidade de se manterem a viver na comunidade, satisfazendo essas necessidades.

“... a saúde está mais fraca, sózinha já não consigo fazer o essencial, daí a minha entrada para o apoio domiciliário integrado”.

Os dois mostraram-se bastante contentes com o apoio recebido pois “Só de pensar que todos os dias passam por cá pessoas para saberem das minhas necessidades e prestarem-me a ajuda que preciso estou tão aliviada...”.

“... vão fazer-me o penso e onde tenho a comidinha a tempos e a horas, e muitas festas e passeios, olhe pareço uma outra pessoa, e acima de tudo ganhei gosto por viver...”.

As vantagens que advém desta integração, geralmente para os idosos os “parceiros sociais” funcionam no sentido de conservar os recursos emocionais, face a oportunidades futuras limitadas e têm um forte efeito no bem estar subjectivo (percepção que a pessoa idosa tem do seu estado de saúde, determinante dos seus hábitos de vida).

Os aspectos mais valorizados desta amizade, situam-se ao nível da prestação de cuidados, partilha de interesses e confiança. Ela é uma óptima fonte de auto-afirmação, valorização do eu, auto-percepção, intimidade, aceitação e protecção face ao mundo exterior.

Assim, apostando nas vantagens das redes sociais de apoio, em termos de satisfação de vida e manutenção da saúde mental, a perspectiva de intervenção deverá canalizar-se para o fomento das relações sociais entre idosos, com objectivos vários que irão desde a melhoria do bem estar psicológico dos indivíduos até à manutenção das suas capacidades cognitivas, evitando-se, então situações de apatia e desânimo, a que tantas vezes se sujeitam.



## **6 - Um dia de vida de um utente integrado em ADI**

A realidade descrita dos tempos da vida em integração em ADI, oferece-nos uma visão estruturada e rotinizada da organização da vida, quer da própria instituição (ADI), quer dos idosos.

Na verdade, a vida com ADI não é gerida de igual forma pelos idosos. Da leitura do corpus das entrevistas, constatei a presença de formas de investimentos distintas, valorizando uns as suas necessidades básicas, outros as relações de convivialidade e outros as actividades em ADI.

Investimentos como a mobilidade, o contacto com o exterior e a convivialidade são características da vida do Srº Dário, que nos relata como passa o seu quotidiano.

Como o nome indica ADI - Apoio Domiciliário Integrado, seria apoio prestado ou recebido em casa do idoso, na verdade na maioria assim é, contudo o Srº Dário devido à sua forma física e porque não gosta de estar sózinho, prefere receber o apoio no Centro de Dia. Assim todas as manhãs por volta das 9h 30m - 10 h lá passa a carrinha que o irá transportar aquele que será o seu domicílio diurno.



Fotografia 1- O transporte para o Centro de Dia

Uma vez aí chegado e depois de cumprimentar funcionários e demais idosos é hora do pequeno almoço, tabuleiros, copos e colheres começam a circular da cozinha para o refeitório.

Terminado o pequeno almoço, alguns idosos permanecem nas salas a conversar. Outros, preparam-se para a sua “voltinha disgestiva”. São normalmente os homens. Estes gostam de “dar o seu passeio pela cidade”. Os que não ficam para almoçar avisam o pessoal. Para o srº Dário é hora da leitura enquanto aguarda a chegada dos enfermeiros para o penso diário.



Fotografia 2 – O Sr. Dário a aguardar a chegada dos enfermeiros para o penso diário.

Entretanto chega-se à hora do almoço. É uma azáfama nos corredores, no refeitório. O tempo do almoço é prolongado no refeitório. Não só porque a maioria dos idosos se alimentam devagar, bem como, gostam de acompanhar as refeições com “cavaqueiras” entre eles.

Terminado o período do almoço, segue-se uma pequena pausa. O Srº Dário sai do centro para a sua voltinha. Vai dar uma volta para beber a bica, onde fica algum tempo a jogar às cartas e/ou ao dominó com o seu grupo de café.



Fotografia 3 – Convívio – Pausa entre o almoço e o lanche

“O meu dia a dia (...) é estar aqui. Depois das refeições dou uma voltinha, vou até ao café beber a bica, depois regressa-se novamente aqui ao Centro e está-se aqui mais um bocado (...)”

A tarde passa-se depressa. Chegada a hora do lanche, é outra corrida, apesar da preparação ser mais ligeira. Medicamentação para os doentes, uns sumos, leite, café, chá, bolachas e algumas sandes compõem a ementa do lanche.

Depois do lanche, entregues os idosos em suas casas, termina-se mais um dia no centro de dia, contudo como o Srº Dário não é utente do centro de dia mas sim do ADI, este leva o seu jantar em marmitta para o seu domicílio, onde aguarda pacientemente pela manhã do dia seguinte.

## CONCLUSÃO

A população idosa está a aumentar em todo o mundo e Portugal não foge a esta regra. Isto deve-se, entre outras causas, a uma diminuição da natalidade e uma melhoria dos cuidados de saúde, ao nível da prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças. Assim, os utilizadores dos serviços de saúde e social são, cada vez mais, idosos portadores de doenças crónicas e, algumas vezes, incapacitantes. Uma vez que apresentam, muitos deles, uma multiplicidade de problemas, também é necessária uma abordagem multidisciplinar e uma estreita colaboração entre vários profissionais de saúde, dos serviços sociais e da família.

A região algarvia, acompanhando as grandes transformações sociais e familiares da sociedade portuguesa, apresenta hoje um índice de envelhecimento da sua população, que a coloca como o 5º distrito mais idoso do país.

Este factor, aliado às mudanças produzidas pelos fluxos migratórios, que têm condicionado o seu desenvolvimento, determinam novas necessidades para uma completa assistência a certos grupos populacionais, nomeadamente às pessoas mais idosas e àquelas que apresentam situações de dependência e isolamento.

A alteração do equilíbrio social, os fenómenos de desertificação associados ao desenvolvimento polarizado em redor dos centros urbanos, os novos conceitos de Hospital ligados aos avanços tecnológicos, a evolução das restantes estruturas de saúde e as respostas diversificadas na vertente social, levam a que numa perspectiva de cuidados continuados o atendimento no domicílio, apareça como uma das formas mais humanizadas e globais, que se estabelece em rede com outras estruturas e em articulação de base Saúde/Ação Social.

Esta rede pressupõe a construção de uma sociedade solidária, envolvendo não só o Estado mas também os vários intervenientes nas comunidades locais, que se estabelecem em parceria, convergindo os seus esforços para o mesmo fim - a melhor qualidade de vida do indivíduo.

São estabelecidos cuidados, que ultrapassando a vertente curativa e de reabilitação, levam à promoção da saúde e prevenção da doença, promovendo a autonomia do indivíduo e o reforço das capacidades e competências das famílias.

O grupo alvo desta intervenção situa-se nas pessoas, que se encontram em situação de:

- Isolamento Geográfico;
- Sequelas e processos evolutivos de doenças crónicas;
- Situações de doença com ausência ou perda de familiares, amigos e vizinhos que prestavam apoio;
- Deficiência física ou mental;
- Internamento institucional desadequado por inexistência ou insuficiência de respostas alternativas;
- Alta hospitalar com necessidade de cuidados de saúde continuados ou de apoio social.

A Saúde e a Acção Social constituem uma realidade em todas as parcerias, de que resultam medidas, que promovem a dignidade da pessoa humana - o bem estar físico e mental, a promoção da saúde e a prevenção da doença, o reconhecimento dos direitos sociais condignos, a habitação, o direito à privacidade, à livre escolha e tomada de decisões e o apoio às famílias daqueles, que se encontrem em situação de dependência.

A Administração Regional de Saúde do Algarve (ARSA) em parceria com o Centro Regional de Segurança Social do Algarve (CRSSA), vem desde 1996 trabalhando um conjunto de resoluções, que proporcionam melhores cuidados, designadamente às populações mais idosas e em situação de dependência, assumindo um papel activo no desenvolvimento de todas as respostas, que levem à melhoria e bem estar dos cidadãos.

Na região, têm sido discutidas e postas no terreno soluções em rede, que passam obrigatoriamente pelo estabelecimento de parcerias lado a lado com o Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP), as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS's) e as Autarquias.

Com a saída do Despacho Conjunto 407/98 de 18 de Junho, que a nível nacional veio estabelecer as *“Orientações reguladoras da intervenção articulada do apoio social e dos cuidados de saúde continuados dirigidos às pessoas em situação de dependência”* deu-se a consolidação deste tipo de articulações redefinindo o projecto experimental (SADI), em áreas bem compartimentadas e em movimento entre si, havendo uma continuidade de cuidados agora consubstanciados num leque mais alargado de respostas, que se articulam directamente ao apoio domiciliário, como as respostas residenciais - Unidades de Apoio Integrado (UAI), estruturas residenciais,

com carácter de intervenção temporário e forte componente de reabilitação, motivo pelos quais estas se distinguem dos lares tradicionais, não tendo no entanto a especificidade das Unidades de Internamento dos centros de Saúde e Hospitais.

A actual forma de organização das respostas, contempladas pelo Despacho Conjunto 407/98, é hoje um todo de articulação desde os ministérios da tutela Saúde/Trabalho e Solidariedade Social até às equipas de base no terreno.

Na região, foi constituída uma equipa mista - Equipa Regional, que elaborou para aprovação o Plano Regional, faz o seu acompanhamento e procede à articulação com a Comissão de Acompanhamento Nacional.

A Equipa Regional articula com as Equipas de Cuidados Integrados, sediadas nos Centros de Saúde, que fazendo parte do Plano Regional, *“são constituídas basicamente por um médico e um enfermeiro do respectivo Centro de Saúde e por dois Técnicos de Serviço Social do Serviço Sub-Regional de Segurança Social da respectiva área”*.

No terreno, as Equipas de Cuidados Integrados, multiplicam-se em equipas pluridisciplinares, integrando todos os técnicos dos parceiros envolvidos neste tipo de atendimento, lado a lado com os familiares, vizinhos e amigos, quem se pretende reforçar a capacidade e competência.

O apoio domiciliário integrado foi promovido com objectivo de: inserir o idoso na sua família e comunidade; valorizar a sua auto-estima e auto-cuidado; incrementar actividades preventivas; evitar ou retardar a institucionalização, não só pelos seus custos elevados que ela implica, mas também por constituir uma situação de ruptura com o meio ambiente natural do idoso.

A saúde e o bem-estar dos idosos são afectados por numerosos aspectos do meio social e físico, desde o modo de vida e estrutura familiar à organização e prestação de cuidados de saúde, passando pelos sistemas de ajuda social e económica.

A medida de incapacidade física e funcional no idoso, assim como o suporte social utilizado, são essenciais para avaliar o bem-estar físico e social dos indivíduos, para determinar as suas necessidades na comunidade e para planear os serviços.

Nesta perspectiva, abordar de uma forma multidimensional os problemas dos idosos impõe-se na medida em que a sua saúde e bem-estar, é vista como função não só da sua situação física e funcional, mental e sócio-económica, como também da disponibilidade dos serviços.

Pode-se deduzir que a avaliação que o idoso faz do seu estado de saúde condiciona a procura de cuidados e a utilização de serviços. Sabe-se que ao envelhecer as pessoas modificam a percepção do seu estado de saúde e regra geral limitam-se a referir as suas doenças de acordo com aquelas a que os médicos dão mais importância.

O estatuto social e o estado mental dos idosos, tem muita influência sobre a capacidade de fazer uma vida independente.

Neste contexto a população idosa ressalta como um grupo etário pleno de queixas e problemas, nomeadamente nos centros urbanos (como o é neste caso a cidade de Olhão). O primeiro problema é a limitação das suas capacidades (sensoriais, mentais, motoras, etc.), o segundo são as doenças crónicas, por fim, mas não menos importante, a marginalização e exclusão social, com o isolamento e a depressão que as acompanham.

Assim, a prestação de cuidados de saúde individualizados deverá basear-se numa identificação dos problemas de saúde da população idosa e dos seus factores condicionantes, permitindo um apropriado planeamento de cuidados a prestar e a consequente abertura das estruturas de saúde ao exterior com a colaboração interdisciplinar e intersectorial que se lhe impõe.

Este estudo não pretende uma avaliação exaustiva da qualidade de vida do idoso, difícil de definir e estudar. É antes uma tentativa de avaliar algumas características referentes às necessidades sentidas e satisfação com a integração em A.D.I, que poderão ser aceites como reflexo da qualidade de vida dos indivíduos idosos, no contexto social da cidade de Olhão e uma sugestão/contributo para que o mesmo seja alargado a outras populações de outras cidades, permitindo assim comparar e avaliar os resultados obtidos e esclarecer algumas dúvidas que ainda possam persistir, aprofundando melhor temáticas que aqui não foram abordadas.

Este trabalho permitiu testar, embora de uma forma simplificada, a utilidade dos métodos escolhidos para identificação das necessidades dos idosos e satisfação do serviço recebido.

Mediante diagnóstico multidimensional (sócio-económico, familiar e saúde) da população estudada, poder-se-á repensar estratégias de intervenção, visando uma actuação adequada, não só para melhorar a capacidade de resposta do ADI às necessidades dos idosos, mas fundamentalmente para promover o seu “bem-estar” e integração na comunidade onde se inserem.

À luz destes resultados, pretende-se também avaliar/alertar para a morbilidade neste grupo etário e acima de tudo, verificar alguns aspectos prioritários em outras áreas de intervenção, que poderão ser solucionados no sentido de proporcionar aos idosos integrados em ADI uma melhoria do grau de satisfação face à sua qualidade de vida e ao apoio prestado pelo mesmo.

A população geriátrica tem necessidades que a tornam mais carente de meios técnicos e humanos, quando comparada com a generalidade dos indivíduos. A nível nacional não existem estruturas que no seu âmbito (gerontopsiquiatria) permitam a garantia de uma assistência digna à “terceira idade”. A modificação das características da população tem repercussões importantes na estrutura económica, social e política do país.

O problema da integração social dos idosos na sociedade moderna, não pode depender só de bons sentimentos e princípios de solidariedade, mas fundamentalmente de uma consciencialização do seu valor humano e da sua dignidade como cidadão.

Neste contexto, a denominada “terceira idade” deverá fazer parte de uma sociedade sã: um grupo a quem deve ser atribuído suficiente poder económico que lhe permita, entre outras coisas, gozar o usufruto do seu trabalho e uma vida mais prolongada com melhor saúde, consciente de que se adoecer será tratado com a dignidade que merece e lhe é devida.

A melhoria da qualidade de vida dos idosos depende, principalmente, das organizações governamentais, dos diplomas legislativos e do seu cumprimento, em especial nos sectores da saúde, segurança social e da educação.

Do estudo efectuado conclui-se que:

- A maioria (7) dos idosos apoiados pelo ADI é do sexo feminino;
- A média de idade destes idosos é de 78 anos;
- Os idosos entrevistados apresentam um baixo nível de escolaridade;



- Cinco vivem sozinhos, pelo que quem os costuma visitar são os técnicos do ADI e/ou técnicos e amigos - vizinhos;
- Mesmo os que têm família, recorrem tanto à família como aos técnicos do ADI, quando têm alguma necessidade;
- Os que não apresentam familiares, apenas contam com o apoio dos técnicos do ADI;

Observa-se assim que o suporte informal (amigos, vizinhos, cônjuge, irmão) e o suporte formal (ADI) é apontado pelos entrevistados, quando referem poder contar com o apoio da família, mas quando necessitam recorrem igualmente a outros como os técnicos do ADI;

- O maior número de entrevistados (4) está integrado no ADI há cerca de 6 meses;
- O motivo que os levou a esta integração é a falta de apoio familiar e assistência à saúde;

A estrutura familiar, cada vez menos consegue resolver os problemas que se colocam, hoje aos idosos, pelo que é o recurso para as instituições privadas e estatais - paralelas à família neste caso concreto para o ADI;

- Os idosos entrevistados são dependentes para as actividades de vida diária, com excepção de um que apenas necessita de pequena ajuda a nível da higiene;
- A maioria recebe todo o tipo de serviços, cuidados de saúde no domicílio como sendo, enfermagem; apoio psicossocial; higiene pessoal e habitacional; fornecimento de refeições e tratamento de roupa;
- Sete idosos classificam o apoio recebido de Bom e três consideram-no de Muito Bom;
- Existe um bom relacionamento entre os prestadores de cuidados e os idosos;
- Contudo os idosos consideram que para melhorar o dia a dia é necessário integrar o aspecto lúdico, ou seja sentem que os técnicos passam pouco tempo com eles, o que vêm confirmar as hipóteses a) e b), isto é, o apoio é suficiente no entanto é notória a necessidade de diversificar as actividades do ADI, talvez com integração de outros técnicos, recursos humanos existentes actualmente no Centro de Saúde de Olhão, como é o caso do Terapeuta Ocupacional e da Fisioterapeuta que trabalhassem com o idoso no seu domicílio a par dos actuais que integram já a equipa de cuidados integrados, isto criaria actividades ocupacionais, lúdicas, recreativas, actividade física de manutenção, e aumentaria o tempo de permanência com os idosos, quebrando o isolamento sentido por alguns.

Devemos apostar em modelos actuais e imaginativos que superem o da “caridade”. O voluntariado poderá ter um contributo importante neste

sentido, dada a sua crescente importância na actual sociedade, caracterizada pela crise do Estado Providência, podendo constituir-se como uma forma de inserção profissional de pessoas, na criação de novos cargos e empregos, e aproveitando recursos e competências pessoais e sociais na ocupação de tempos livres de pessoas reformadas e desempregadas. Trata-se de uma via de modernização do serviço público.

Talvez assim fosse útil criar um grupo de voluntariado que, como já referenciado, faria a ponte entre os serviços centrais (Centro de Saúde, Seg. Social e outros) e o idoso na comunidade, mediador entre o idoso, família, centro de saúde e comunidade, com vista à resolução dos problemas, necessidades dos idosos e à sua reintegração contribuindo fortemente para a satisfação do idoso pela via da humanização, pois devido à fragilidade própria da dependência, o idoso necessita de alguém que o ajude a enfrentar tal situação.

Outra medida seria a implementação da visita semanal ao Centro de Dia, aos que se deslocam e quisessem, em que o objectivo é fomentar convívio entre pessoas do mesmo grupo etário, principalmente aos idosos do ADI que se encontram e sentem muito isolados, proporcionando a redescoberta da arte de comunicar, da auto-expressão, de voltar a rir e a viver.

A intervenção integral junto do idoso implica: um pensar e actuar mais em termos de saúde do que em termos de doença; um pensar e actuar em função do idoso, da família e da comunidade e não apenas ao nível do indivíduo dependente; a existência de profissionais que pensem e actuem como membros de uma equipa multidisciplinar e um pensar e actuar em função de uma utilização óptima dos recursos económicos e humanos disponíveis.

Os benefícios de uma intervenção integral podem ser proporcionados pela melhoria ao nível da qualidade de assistência sentida pelos idosos e ao nível da atitude dos profissionais.

Cada vez mais é necessário em Portugal e no Algarve em particular, dar uma maior credibilidade à participação e ao papel activo das pessoas da terceira idade, privilegiando a sua integração social, a sua manutenção no domicílio, em vez da sua colocação em instituições.

Ao terminar este trabalho gostaria de citar Richard Bach: “(...) Navegar é preciso, reconhecer o valor das coisas e das pessoas, é mais preciso ainda (...)” (Bach 1997).

## **BIBLIOGRAFIA**

ANTONUCCI, T.C

1985 "Personal Characteristic and Social Behaviour", **Manualbook of Aging and Social Sciences**, 94-128

ALMEIDA, J. Ferreira, et al

1994 **Introdução à Sociologia**, Lisboa: U.A

BACH, Richard

1997 **Fernão Capelo Gaivota**, Nem Martins: Publicações Europa América

BARDIN, Laurence

1979 **Análise de Conteúdo**, Lisboa: Edições 70

BERGER, Louise et al

1995 **Pessoas Idosas - Uma Abordagem Global**, Lisboa: Lusodidacta

BRYMAN, Alan et al

1992 **Análise de Dados em Ciências Sociais - Introdução às Técnicas Utilizando o SPSS**, Oeiras: Celta Editora

CABRILLO, Francisco et al

1990 **A Revolução Grisalha**, Lisboa: Planeta Editora, Lda

CADIMA, Álvaro Ferreira

1997 **Voluntariado Hospitalar dos HUC - Caracterização da População de Voluntários**, Relatório de Estágio, Coimbra: ISSS

CANTOR, Marjorie et al

1992 "Aging and Social care", **Manualbook of Aging and Social Sciences**, 745-781

CARRILHO, Maria José

1981 **Perspectivas de Evolução da População Portuguesa entre 1980, 1985, 1990, 1995 e 2000**, Lisboa: INE

1993 **Alterações Demográficas nas regiões Portuguesas entre 1981-1991**  
Lisboa:INE

CHIAVENATO, Idalberto  
1992 **Recursos Humanos**, São Paulo: Atlas

CHIZZOTTI, António  
1991 **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**, São Paulo: Cortez Editora

COELHO, Isabel et al  
1999 **Com quem se pode contar - Contrato versus Solidariedade**, Tese de Licenciatura em Serviço Social - ISSS-Beja

COSTA, António Firmino da  
1990 “A Pesquisa de Terreno em Sociologia”, in **Metodologia das Ciências Sociais**, Augusto Santos Silva e José M. Pinto (org.), Porto: Afrontamento

DINIS, Carla M<sup>a</sup> Rodrigues  
1997 **Envelhecimento e Qualidade de Vida no Concelho de Faro**, Tese de Mestrado da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

FALCÃO, Maria do Carmo  
1979 **Serviço Social uma Nova Visão Teórica**, São Paulo: Cortez e Moraes

FORNÉS, Santiago Martínez  
1991 **Envejecer en el Año dos mil**, Madrid: Editorial Popular

FORTIN, Marie - Fabienne  
1999 **O Processo de Investigação: Da Concepção à Realização**, Loures: Lusociência

GHIGLIONE, Rodolphe et al  
1992 **O Inquérito**, Oeiras: Celta Editora

GIL, António Carlos  
1991 **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**, São Paulo: Editora Atlas, S.A

GODBOUT, Jacques T.  
1992 **O Espírito da Dádiva**, Lisboa: Instituto Peaget

HADDAD, Eneida Gonçalves de Macedo  
1986 **A Ideologia da Velhice**, São Paulo: Cortez Editora

HAGUETTE, Teresa Maria Frota  
1995 **Metodologias Qualitativas na Sociologia**, Petrópolis, RJ: Vozes

HAMPTON, David, R  
1990 **Administração - Comportamento Organizacional**, São Paulo: Mc. Graw-Hill

IMPERATORI, Emílio  
1998 “Voluntariado, Humanização e Qualidade”, in **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, Vol. XVI, 2:51 - 58

LEWIS, Oscar  
1979 **Os Filhos de Sánchez**, Lisboa: Moraes Editores

LIMA, Antónia Pedrosa et al  
1988 “A Diversidade Cultural do Envelhecimento: a construção social da categoria da velhice” **Psicologia 2**: 47-59

LIMA, Marinús Pires de  
1995 **Inquérito Sociológico, Problemas de Metodologia**, Lisboa: Ed. Presença

MACHADO, Lino  
1997 “A Relação do Voluntariado com as Estruturas Hospitalares”, **Boletim do Hospital de S. Marcos 1**:41-59

MOREIRA, Carlos D.  
1994 **Planeamento e Estratégias da Investigação Social**, Lisboa: I.S.C.S.P

M. S  
1997 **A Saúde dos Portugueses**, Lisboa: Direcção Geral da Saúde

NAZARETH, J. Manuel  
1993 “O Envelhecimento Demográfico da População Portuguesa no Início dos Anos Noventa, **Economia e Sociologia 56**

ORNELAS, José  
1994 “Suporte Social: Origens, Conceitos e Áreas de Investigação”, **Análise Psicológica 2/3**: 333-339

PAÚL, Maria Constança  
1997 **Lá para o Fim da Vida - Idosos, Família e Meio Ambiente**,  
Coimbra: Livraria Almedina

POIRIER, Jean et al  
1995 **Teoria e Prática**, Oeiras: Celta Editora

QUIVY, Raymond  
1992 **Manual de Investigação em Ciências Sociais**, Lisboa: Publicações  
Gradiva

RIBEIRO, José  
1998 **Psicologia e Saúde**, Lisboa: ISPA

RIEMANN, Fritz  
1981 **A Arte de Envelhecer**, São Paulo: Livraria Veredas, Editora Ltda

SANTOS, Figueiredo et al  
1998 **Modernidade e Gestão da Velhice**, Faro: CRSSA

STANHOPE, Marcia et al  
1999 **Enfermagem Comunitária - Promoção da Saúde de Grupos,  
Famílias e Indivíduos**, Lisboa: Lusociência

VALA, Jorge  
1989 “A Análise de Conteúdo”, in **Metodologia das Ciências Sociais**,  
Augusto Santos Silva e José M. Pinto (org.), Porto: Editora Afrontamento

VÉZINA, Aline et al  
1994 “ Recension des ecrits sur le soutien à domicili: la persone âgée et les  
ressources communautaires des acteurs omblés, **Serviço Social**, vol. 43, 1

VIANA, Anabela et al  
1993 “A Adaptação Social da Terceira Idade”, Trabalho policopiado -ISSS  
- Beja

VIRTON, Paul  
1979 **Os Dinamismos Sociais - Iniciação à Sociologia**, Lisboa: Moraes  
Editores

## **OUTRAS PUBLICAÇÕES**

**Diário da República - II Série - Despacho Conjunto 407/98 de 18 de Junho**

**Dossier Técnico de Implementação do ADI - 1998**

**Plano de Actividades do Centro de Saúde de Olhão - 1997**

**Relatório do Desenvolvimento Humano 1999 - Trinova Editora, Lisboa 1999 - PNUD - Publicado para o programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento**

**“Ser Idoso Hoje”, Revista do Serviço Social 2/3, APSS, Lisboa, 1992**

# ANEXOS



## **ÍNDICE DE ANEXOS**

**Anexo nº 1 - Brochura Informativa do SADI**

**Anexo nº 2 - Dossier Técnico de Implementação do ADI**

**Anexo nº 3 - Ficha Inquérito da Situação de Dependência**

**Anexo nº 4 - Guião para Entrevista Estruturada - Idosos Integrados em ADI**

**Anexo nº 5 - Guião para Entrevista Semi-Estruturada - Enfermeiros**

**Anexo nº 6 - Guião para Entrevista Semi-Estruturada - Ajudantes Familiares**

**Anexo nº 7 - Guião para Entrevista Semi-Estruturada - Equipe Regional do Despacho Conjunto 407/98**

**Anexo nº 8 - Guião para História de Vida**

**Anexo nº 9 - Histórias de Vida**

**Anexo nº 10 - Transcrição e Categorização das Perguntas da várias entrevistas**

# **Anexo nº 1**

**Brochura Informativa do SADI**

# SERVIÇOS PRESTADOS PELO S.A.D.I.



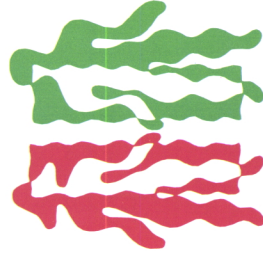
## ESTES SÃO OS SERVIÇOS QUE PRESTAMOS

- MÉDICOS
- ENFERMAGEM
- APOIO SOCIAL
- FISIOTERAPIA
- ADAPTAÇÕES ARQUITECTÓNICAS
- HIGIENE PESSOAL
- REFEIÇÕES
- TRATAMENTO DE ROUPA
- LIMPEZA DAS HABITAÇÕES
- APOIO BUROCRÁTICO

## CENTROS DE SAÚDE DE:

- Albufeira ☎ 089-587550
- Alcoutim ☎ 081-546268
- Aljezur ☎ 082-998113
- Castro Marim ☎ 081-531027
- Faro ☎ 089-823680
- Lagoa ☎ 082-342374
- Lagos ☎ 082-7701000
- Loulé ☎ 089-4101000
- Monchique ☎ 082-9101000
- Olhão ☎ 089-7001260
- Portimão ☎ 082-416272
- São Brás de Alportel ☎ 089-842360
- Silves ☎ 082-440020
- Tavira ☎ 081-3201000
- Vila do Bispo ☎ 082-639179
- Vila Real de Sto. António ☎ 081-511371

Administração Regional de Saúde  
do Algarve  
Sub-Região de Saúde de Faro



Ministério da Saúde

**ELABORADO PELO SERVIÇO SOCIAL**  
Largo do Carmo, n.º 3 - 8000 Faro  
Tel: 089-803716

1997

GRÁFICA COMERCIAL - Loulé - 089-415068

# SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO INTEGRADO S.A.D.I.



# ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO ALGARVE 1997

## **Anexo nº 2**

**Dossier Técnico de Implementação do ADI**

MINISTÉRIOS DA SAÚDE E DO TRABALHO E DA SOLIDARIEDADE

Direcções-Gerais da Saúde e da Acção Social

**INTERVENÇÃO ARTICULADA DO APOIO SOCIAL E DOS  
CUIDADOS DE SAÚDE CONTINUADOS DIRIGIDOS ÀS  
PESSOAS EM SITUAÇÃO DE DEPENDÊNCIA**

Despacho conjunto nº 407/98 - D. R. II Série, nº 138 de 18 de Junho

**DOSSIER TÉCNICO DE  
IMPLEMENTAÇÃO**

**1998**

## MINISTÉRIOS DA SAÚDE E DO TRABALHO E DA SOLIDARIEDADE

Despacho conjunto n.º 407/98. — As transformações demográficas, sociais e familiares que vêm operando-se na sociedade portuguesa determinam novas necessidades para certos grupos da população, nomeadamente as pessoas mais idosas, as pessoas com deficiência e as que têm problemas de saúde mental.

A crescente necessidade de prestação de cuidados continuados àquelas pessoas decorre, em particular, quer do envelhecimento da população, quer da alteração dos equilíbrios sociais, designadamente da estrutura familiar e de fenómenos de desertificação.

O conhecimento e desenvolvimento tecnológico têm vindo, por sua vez, a revolucionar os conceitos de hospital e os de outras respostas de saúde, de solidariedade e de segurança social.

A prestação de cuidados no domicílio e no ambulatório aparece como a forma mais humanizada de resposta, mas exige o estabelecimento de redes sociais de apoio integrado que garantam a efectiva continuidade dos cuidados necessários, que se pretendem globais.

Tais mecanismos, que estão na base da construção de uma sociedade solidária, envolvem a participação e colaboração de diversos parceiros sociais e exigem o envolvimento do Estado, como principal incentivador da acção, fazendo convergir esforços no apoio aos diversos agentes interessados.

Porque a prossecução desse objectivo implica a devida ponderação das soluções mais ajustadas à actual realidade foi, por despacho conjunto da Ministra da Saúde e do Ministro da Solidariedade e da Segurança Social de 5 de Junho de 1996, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, n.º 143, de 23 de Junho de 1996, criado um grupo de trabalho constituído por representantes das Direcções-Gerais da Saúde e da Acção Social, com a incumbência de proceder ao diagnóstico e análise das situações cujas respostas passam pela intervenção conjunta destas áreas, de definir o nível da respectiva intervenção, e, por outro lado, de apresentar propostas e projectos com vista à concretização, de forma gradual, das medidas adequadas.

Nestes termos, tendo sido cumpridos os objectivos fixados àquele grupo, aprovam-se as orientações reguladoras da intervenção articulada de apoio social e dos cuidados de saúde continuados dirigidos às pessoas em situação de dependência, bem como as coordenadas para a elaboração do plano regional de articulação saúde/acção social, constantes do anexo ao presente despacho e que dele faz parte integrante.

15 de Maio de 1998. — A Ministra da Saúde, *Maria de Belém Roseira Martins Coelho Henriques de Pinho*. — O Ministro do Trabalho e da Solidariedade, *Eduardo Luís Barreto Ferro Rodrigues*.

### Orientações reguladoras da intervenção articulada do apoio social e dos cuidados de saúde continuados dirigidos às pessoas em situação de dependência

1 — Objectivos. — As presentes orientações visam criar condições que possibilitem uma intervenção articulada da saúde e da acção social dirigida às pessoas em situação de dependência de modo a responder às necessidades que apresentam em função do tipo e amplitude de dependência e dos contextos sócio-familiares em que se inserem.

Preende-se instituir um modelo de intervenção articulada de completa *interface* saúde/acção social com o envolvimento de vários parceiros e o aproveitamento e racionalização dos recursos existentes, no respeito das competências institucionais regionais e locais, procurando que as acções a desenvolver sejam graduais e flexíveis.

O modelo de intervenção articulada tem como objectivo, fundamentalmente, promover a autonomia das pessoas em situação de dependência e o reforço das capacidades e competências das famílias para lidar com essas situações e, como lógica de intervenção, privilegiar a prestação de cuidados no domicílio, sem prejuízo da possibilidade do recurso ao internamento em unidades residenciais sempre que este se mostre necessário ao processo de reabilitação com a promoção de condições de autonomia que habilitem as pessoas a regressar ao seu domicílio.

Assim caracterizam-se os grupos alvo da intervenção, tipificam-se as respostas já existentes e definem-se as respostas a implementar mais adequadas às necessidades. Identificam-se as entidades mais vocacionadas para intervir na execução das correspondentes respostas e definem-se as estratégias para a sua implementação, gestão e financiamento.

2 — Grupos alvo. — São considerados como grupos alvo as pessoas em situações de dependência física, mental ou social, transitória ou permanente, resultante ou agravada nomeadamente por:

Isolamento geográfico — decorrente de fenómenos de desertificação rural e desenquadramento urbano, migratórios, de envelhecimento populacional, de inacessibilidade e ausência de recursos;

Doença crónica — doença ou sequelas que decorrem de patologias cardiovasculares, respiratórias, genito-urinárias, reumatológicas, endocrinológicas, digestivas, neurológicas e psiquiátricas, bem como de outras situações que sejam causa de invalidez precoce ou de significativa redução da esperança de vida;

Situação de doença, ausência ou perda de familiares, amigos e vizinhos que prestavam apoio;

Deficiência física ou mental;

Internamento institucional indevido, por inexistência ou insuficiência de respostas alternativas mais adequadas;

Alta hospitalar com necessidade de cuidados de saúde continuados e ou de apoio social;

Inexistência ou insuficiência de apoio diurno e ou nocturno.

3 — Identificação de respostas. — As respostas às necessidades dos grupos alvo considerados podem revestir as seguintes formas de intervenção:

- a) Apoio social;
- b) Cuidados de saúde continuados;
- c) Respostas integradas.

#### 3.1 — Respostas no âmbito do apoio social:

3.1.1 — O apoio social é desenvolvido em equipamentos ou mediante a prestação de serviços através de um sistema de cooperação do Ministério do Trabalho e da Solidariedade com as instituições particulares de solidariedade social, misericórdias e mutualidades, com as seguintes respostas:

- a) Serviço de apoio domiciliário — 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 e ou as actividades da vida diária;
- b) Centro de dia — prestação de um conjunto de serviços desenvolvidos em equipamento que contribuem para a manutenção dos idosos no seu meio sócio-familiar;
- c) Acolhimento familiar — medida de política social que consiste em integrar em famílias consideradas idóneas, temporária ou permanentemente, pessoas idosas, ou pessoas com deficiência ou doença mental;
- d) Lar — equipamento que consiste no alojamento colectivo, de utilização temporária ou permanente, para idosos em situação de maior risco de perda de independência e ou de autonomia;
- e) Centro de actividades ocupacionais — equipamento de pequena dimensão inserido na comunidade que visa a valorização pessoal e a integração social de pessoas com deficiência grave, permitindo o desenvolvimento possível das suas capacidades sem vinculação a exigências de rendimento profissional ou de enquadramento normativo de natureza jurídico-laboral;
- f) Lar de apoio — resposta social desenvolvida em equipamento, destinada a acolher crianças e jovens entre os 6 e os 16 anos que necessitem de frequentar estruturas de apoio específico e que careçam temporariamente de resposta substitutiva da família;
- g) Lar residencial — equipamento destinado a alojar jovens e adultos com deficiência de idade não inferior a 16 anos que se encontrem impedidos, temporária ou definitivamente, de residir no seu meio familiar normal.

3.1.2 — Para além das respostas referidas no n.º 3.1.1 já em desenvolvimento, passam também a ser consideradas, no âmbito do apoio social, as seguintes respostas dirigidas às pessoas com doença do foro mental ou psiquiátrico:

- a) Unidade de vida apoiada — resposta habitacional, com capacidade média para 20 utentes, destinada a pessoas que, por limitação mental crónica e factores sociais graves, alcançaram um grau de desvantagem que não lhes permite organizar, sem apoio, as actividades de vida diária, mas que não necessitam de intervenção médica frequente;
- b) Unidade de vida protegida — estrutura habitacional com capacidade para cinco a sete utentes destinada sobretudo ao treino de autonomia de pessoas adultas com problemática psiquiátrica grave e de evolução crónica, clinicamente estável desde que se verifiquem:

Potencialidades passíveis de desenvolvimento, pela integração em programa de reabilitação psicossocial;

Ausência de alternativa residencial ou, tendo-a, são rejeitados ou rejeitam os conviventes (mesmo familiares directos);

- c) Unidade de vida autónoma — estrutura habitacional, de dimensão e localização na comunidade com capacidade para cinco a sete utentes destinada a pessoas adultas com problemática psiquiátrica grave estabilizada e de evolução crónica, com boa capacidade autoeconómica, permitindo a sua integração em programa de formação profissional ou em emprego normal ou protegido e sem alternativa residencial satisfatória;
- d) Fórum sócio-ocupacional. — equipamento de pequena dimensão destinado a pessoas com desvantagem, transitória ou permanente, de origem psíquica, visando a sua reinserção sócio-familiar e ou profissional ou a sua eventual integração em programas de formação ou de emprego protegido.

3.1.3 — As respostas referidas no n.º 3.1.2 são desenvolvidas de forma articulada, assegurando o Ministério do Trabalho e da Solidariedade a comparticipação financeira para o investimento e funcionamento e o Ministério da Saúde, através das suas estruturas locais, os cuidados de saúde, designadamente médicos e de enfermagem.

3.1.4 — A comparticipação financeira para o funcionamento das atividades de apoio social e os termos e condições da prestação dos cuidados de saúde são definidos, localmente, mediante a celebração de acordos de cooperação entre os serviços competentes dos centros regionais de segurança social e das administrações regionais de saúde e as instituições envolvidas.

3.2 — Respostas no âmbito dos cuidados de saúde continuados:

3.2.1 — Os serviços de saúde produzem e distribuem tecnologia de saúde, no âmbito dos cuidados continuados, quer nos equipamentos

de saúde, quer nos espaços sociais dirigidos particularmente às pessoas em situação de dependência.

3.2.2 — Sobre tudo a partir dos centros de saúde e dentro do seu normal funcionamento, destaca-se a tecnologia médica, os cuidados de enfermagem e outras prestações de cuidados, em particular as desenvolvidas pelos ajudantes de saúde.

Pelas características inovadoras dos ajudantes de saúde consideram-se como funções inerentes ao respectivo perfil de actuação, designadamente, a colaboração na promoção da saúde, na prevenção da doença e da dependência e no acompanhamento prioritário das pessoas idosas, doentes ou convalescentes, no domicílio.

Na sua actividade complementam ou substituem os prestadores de cuidados de saúde informais, designadamente «família, vizinhos e voluntários», sob coordenação e supervisão do pessoal de enfermagem.

3.2.3 — No âmbito dos cuidados de saúde continuados, a reabilitação deve também desempenhar um papel importante, quer na prevenção da dependência, quer na promoção da autonomia e do desenvolvimento do potencial de recuperação das pessoas.

3.2.4 — Os cuidados de nutrição, com particular destaque para a vertente ensino, devem ocupar um espaço importante na prestação dos cuidados globais.

3.2.5 — No quadro junto resumem-se os cuidados que mais frequentemente são prestados aos diferentes grupos alvo, tendo em conta: o regime da respectiva prestação, isto é, domiciliário, ambulatório, internamento ou outro; as respostas que melhor podem satisfazer as necessidades dos grupos alvo; as entidades que podem responder pela prestação dos serviços.

Quadro de referência para prestação de cuidados a pessoas em situação de dependência

Grupo alvo	Necessidades cuidadas	Respostas	Entidades
Pessoas em situação de dependência por:  Ausência de prestadores informais (família, vizinho).  Ausência de apoio dia e noite (inexistência de recursos).  Internamento indevido (inexistência de outras respostas).  Doença crónica (AVC DPCO insuf. cardíaca).	1) Domiciliários: AVD.	Apoio domiciliário.	SS ONG, família e outras.
	Cuidados clínicos: Médicos, enfermagem, reabilitação, outros.	Centros de saúde, hospitais.	Saúde.
	AVD e cuidados clínicos.	Apoio dom. integrado (ADI).	SS saúde, parceiros, família e outras.
	2) Ambulatórios: Cuidados clínicos: médicos, enfermagem, reabilitação, outros.	Centros de saúde, hospitais.	Saúde, ONG e outras.
	AVD.	Centros de dia, outros.	SS ONG, autarquias, famílias e outras.
	AVD e cuidados clínicos.	Centros de dia, centros de saúde, hospitais.	SS saúde ONG, autarquias, famílias e outras.
	3) Residenciais: AVD.	Lares.	SS ONG e outras.
Alta hospitalar (necessidade de continuidade de cuidados).  Deficiência física ou mental.  Isolamento geográfico (fenómenos de desertificação rural e urbana).	AVD e cuidados clínicos.	Unidade de apoio integrado (UAI).	SS saúde ONG, famílias e outras.
	4) Outras: Serviços exteriores.	Apoio domiciliário.	SS ONG, famílias, autarquias e outras.
	Alojamento.	Alojamento temporário de recurso — ATR.	Saúde.
	Ajudas técnicas.	Centros de saúde, hospitais, serviços de acção social.	—

## 3.3 — Respostas integradas:

3.3.1 — As respostas integradas assumem uma natureza preventiva, reabilitadora e de apoio das pessoas em situação de dependência e visam fundamentalmente os seguintes objectivos:

- Melhorar a qualidade de vida e promover a sua inserção social e comunitária, bem como o desenvolvimento de processos de valorização pessoal;
- Favorecer e privilegiar a permanência no domicílio e no meio familiar e social;
- Colaborar com as famílias, reforçando as suas capacidades e competências, concedendo-lhes o apoio necessário e o acesso a ajudas técnicas adequadas;
- Criar e promover condições propiciadoras de autonomia e bem-estar, estimulando a participação dos próprios na resolução dos seus problemas.

3.3.2 — As respostas integradas compreendem o apoio domiciliário integrado e a unidade de apoio integrado.

## 3.3.3 — Apoio domiciliário integrado:

3.3.3.1 — Conceito. — O apoio domiciliário integrado é um serviço que se concretiza através de um conjunto de acções e cuidados pluridisciplinares, flexíveis, abrangentes, acessíveis e articulados, de apoio social e de saúde, a prestar no domicílio.

O apoio domiciliário integrado perspectiva-se como a resposta chave e prioritária cujo planeamento e avaliação cabe a uma equipa de cuidados integrados, nos termos estabelecidos no n.º 4.1 das presentes orientações.

3.3.3.2 — Caracterização dos cuidados. — O apoio domiciliário integrado assegura, sobretudo, a prestação de cuidados (de enfermagem e médicos de natureza preventiva, curativa e outros) e a prestação de apoio social indispensável à satisfação das necessidades básicas humanas.

O apoio social privilegiará a abordagem psicossocial e a vertente ocupacional, envolvendo as famílias e outros prestadores de cuidados informais, e assegura a prestação de pequenos serviços no exterior, tais como compras, marcação de consultas, ou outros de natureza indispensável.

3.3.3.3 — Pessoal. — Os cuidados são prestados por uma equipa multidisciplinar constituída, designadamente, por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, ajudantes de saúde e ajudantes familiares.

Os elementos que constituem a equipa multidisciplinar devem ter formação nas áreas de geriatria e gerontologia, sem prejuízo de outras competências específicas para lidar com as situações de dependência. A participação dos prestadores de cuidados informais no domicílio neste especial interesse, devendo promover-se e facilitar-se a sua formação e treino adequados a par da integração na equipa e no contexto sócio-familiar.

3.3.3.4 — Organização. — O apoio domiciliário integrado deve organizar-se como um serviço de prestação de cuidados humanizados, multidisciplinar, vocacionado para o tratamento, prevenção, ensino e treino, centrados na promoção do autocuidado, envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados informais, designadamente filhos, vizinhos e amigos.

A organização do apoio domiciliário integrado deve ter em consideração, designadamente, os seguintes aspectos:

- Integrar-se de preferência em estruturas ou serviços já existentes;
- Desenvolver actividades lúdico-terapêutico-ocupacionais, qualquer que seja o grau de dependência das pessoas alvo de prestação de cuidados;
- Assegurar o apoio aos familiares com pessoas dependentes a seu cargo, incluindo o ensino e o treino na prestação dos cuidados;
- Promover a colaboração dos familiares.

3.3.3.5 — Encaminhamento de utentes. — A prestação de cuidados no âmbito do apoio domiciliário integrado tem por base a situação de dependência avaliada pela equipa de cuidados integrados que analisa e determina o tipo de dependência, os cuidados a prestar e a periodicidade.

## 3.3.4 — Unidade de apoio integrado:

3.3.4.1 — Conceito. — A unidade de apoio integrado é uma unidade com capacidade máxima de 30 utentes, que visa prestar cuidados temporários, globais e integrados a pessoas que, por motivo de dependência, não podem, de acordo com a avaliação da equipa de cuidados integrados, manter-se apoiados no seu domicílio, mas que não carecem de cuidados clínicos em internamento hospitalar.

A unidade de apoio integrado, pelos objectivos e cuidados que presta, é uma estrutura diferenciada dos equipamentos designados por lar, mesmo quando estes dispõem de cuidados de enfermagem e de assistência médica, inclusive nos casos em que a mesma é prestada no âmbito geral indigitado pelo centro de saúde.

3.3.4.2 — Destinatários. — A unidade de apoio integrado tem como destinatários um grupo heterogéneo de pessoas com necessidade de

prestação de cuidados de saúde continuados e de apoio social, qualquer que seja a sua idade e origem (domicílio ou instituição — lar, centro de saúde, hospital).

3.3.4.3 — Objectivo. — O objectivo prioritário da unidade de apoio integrado é o de criar condições de autonomia às pessoas por forma a habilitá-las a regressar ao seu domicílio ou ambiente sócio-familiar, ainda que necessitando do apoio domiciliário integrado.

3.3.4.4 — Caracterização dos cuidados. — Os cuidados assegurados pela unidade de apoio integrado, pela sua intensidade e pela diferenciação técnica a que fazem apelo, não podem ser prestados no domicílio, mas não justificam, ou já não justificam, internamento em hospital.

A prestação dos cuidados é assegurada ao longo das vinte e quatro horas e compreende, designadamente, cuidados de convalescença e a doentes crónicos, de reabilitação, treino e ensino, centrados na promoção do autocuidado e da satisfação das necessidades básicas humanas.

Serão ainda asseguradas actividades relacionadas com a animação sócio-cultural, ocupacional e de actividades de vida diária, envolvendo as famílias e outros prestadores de cuidados informais.

3.3.4.5 — Pessoal. — A prestação de cuidados é assegurada por uma equipa multidisciplinar da área da saúde e da acção social, devendo os seus elementos ter formação nas áreas de geriatria e gerontologia, e pode envolver a consultadoria e a intervenção de especialistas, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde.

O pessoal auxiliar deve ter formação adequada à prestação dos cuidados, sendo a execução das respectivas tarefas orientada por outros profissionais.

3.3.4.6 — Organização. — A unidade de apoio integrado deve organizar-se de modo a constituir um centro de referência exemplar, de prestação de cuidados humanizados, com base em serviços flexíveis, multidisciplinares e abertos à comunidade, envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados informais.

A organização da unidade de apoio integrado deve ter em consideração, designadamente, os seguintes aspectos:

- Integrar-se, sempre que possível, em estruturas ou serviços já existentes, ou na sua proximidade, e que disponham de articulação com o apoio domiciliário integrado;
- Ser, de preferência, de pequena dimensão com possibilidade de existência de quartos de uma ou duas camas;
- Funcionar em articulação com os serviços de saúde e de acção social, bem como com outros serviços necessários à adequada prestação de cuidados;
- Assegurar o apoio aos familiares com pessoas dependentes a seu cargo, possibilitando-lhes o ensino e o treino de cuidados;
- Promover a colaboração dos familiares e de outros prestadores informais de cuidados.

3.3.4.7 — Encaminhamento e admissão dos utentes. — A admissão de pessoas na unidade de apoio integrado tem por base a situação de dependência, avaliada pela equipa de cuidados integrados, que analisa e determina o tipo de dependência, os cuidados a prestar e a duração provável da permanência.

A permanência na unidade de apoio integrado deverá reduzir-se ao tempo estritamente necessário para habilitar as pessoas a regressarem à sua residência, em condições de autonomia, ainda que necessitando da prestação de cuidados em regime de apoio domiciliário integrado.

## 4 — Gestão — equipas de cuidados integrados:

4.1 — A prestação de cuidados, no âmbito das respostas integradas, apoio domiciliário integrado e unidade de apoio integrado, é objecto de planeamento e avaliação locais a efectuar por uma equipa multidisciplinar, designada por equipa de cuidados integrados.

4.1.1 — A equipa de cuidados integrados está sediada no centro de saúde e é constituída basicamente por um médico e um enfermeiro do respectivo centro e por dois técnicos do serviço sub-regional de segurança social da respectiva área.

Podem ainda ser chamados a participar no processo de avaliação das necessidades e implementação das respostas mais adequadas profissionais de outras áreas adstritas aos serviços envolvidos na prestação de cuidados, bem como familiares, voluntários, outros prestadores informais e elementos da comunidade.

4.1.2 — A intervenção da equipa é feita a solicitação do médico de família, do hospital, do centro regional ou dos parceiros sociais através de informação em impressos próprios com diagnósticos circunstanciados das situações e demais informação tida por conveniente.

4.2 — No exercício das suas funções, compete à equipa de cuidados integrados, designadamente:

- Avaliar as necessidades das pessoas com dependência — a avaliação centra-se nas necessidades da pessoa dependente que deve ser envolvida desde o início no processo;
- Definir o modelo de intervenção — equacionadas as necessidades e os recursos disponíveis, devem ser definidos planos



de cuidados personalizados que identifiquem o modelo de intervenção adequado e ajustado à vontade das pessoas em situação de dependência, referindo os cuidados a prestar, designadamente médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, a sua periodicidade e duração;

- c) Implementar os planos — a equipa deve promover, em tempo útil, a implementação dos planos de intervenção que estabeleceu, através de contactos rápidos e oportunos com os parceiros sociais, assegurando o envolvimento no processo, dos interessados directos com indicação de informações precisas sobre necessidades concretas das pessoas, preferências, hábitos, bem como os respectivos contextos sócio-culturais;
- d) Acompanhar a situação e avaliar a prestação — a equipa deve acompanhar o utente e avaliar periodicamente o serviço que está a ser prestado, quer quanto à quantidade, quer quanto à qualidade dos cuidados, verificando a sua adequação ao plano delineado, e conhecendo o grau de satisfação da pessoa alvo, dos seus familiares ou de outros prestadores de cuidados.

4.3 — A equipa de cuidados integrados deve ainda:

- a) Proceder à avaliação dos resultados globais, à elaboração de relatórios de progressos semestrais, à introdução de alterações e correcções, tendo em conta a evolução de situação de dependência, bem como proceder à elaboração de um relatório anual de actividades;
- b) Providenciar, em tempo útil, informação de retorno aos serviços que tenham solicitado a sua intervenção, começadamente quanto ao modelo de resposta implementado e sua fundamentação.

5 — Entidades interventoras — cooperação:

5.1 — Sob a tutela dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade, o desenvolvimento e o apoio aos cuidados a prestar no âmbito das respostas integradas envolvem prioritariamente:

- a) Serviços de saúde, através dos centros de saúde e hospitais;
- b) Serviços de acção social, através dos centros regionais de segurança social;
- c) Instituições particulares de solidariedade social e outras organizações não governamentais;
- d) Misericórdias;
- e) Mutualidades.

5.2 — O desenvolvimento e o apoio à manutenção dos cuidados prestados nas respostas integradas são objecto de acordos de cooperação a celebrar, nos termos da legislação aplicável, entre os serviços competentes dos centros regionais de segurança social e das administrações regionais de saúde e as instituições e outros parceiros sociais com base no modelo a seguir pela comissão de acompanhamento.

5.3 — Os acordos de cooperação devem especificar o apoio técnico e a comparticipação financeira dos centros regionais de segurança social para o funcionamento das actividades de apoio social e os termos e condições em que são prestados os cuidados de saúde.

5.4 — Os acordos de cooperação deverão ainda envolver as autarquias e outras entidades sempre que, no âmbito das respectivas competências, possam contribuir para o apoio ao desenvolvimento das respostas integradas, designadamente o apoio domiciliário integrado, e em particular no que respeita a:

- a) Beneficiações no domicílio ou adaptações necessárias face à situação específica de dependência, bem como à criação de alternativas habitacionais;
- b) Transportes para deslocações indispensáveis, bem como o acompanhamento no exterior, sempre que necessário.

6 — Apoio ao desenvolvimento das respostas integradas. — A comparticipação financeira, bem como outros apoios a conceder às instituições para o desenvolvimento das respostas integradas, designadamente das unidades de apoio integrado, é efectuada pelos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade nos seguintes termos:

a) Ministério da Saúde:

Comparticipação para a aquisição de equipamentos de reabilitação, de acordo com a diferenciação de cuidados a prestar;

Comparticipação nas despesas de funcionamento, no que se refere aos cuidados de saúde, médicos e de enfermagem;

Disponibilização de pessoal de intervenção clínica das unidades de saúde da área de influência, em particular quanto a consultas externas, intervenções domiciliárias e eventual recurso a serviços hospitalares de internamento ou de urgência;

Comparticipações em exames complementares de diagnóstico e de meios terapêuticos prescritos;

b) Ministério do Trabalho e da Solidariedade:

Comparticipação nas despesas de funcionamento no que refere a actividades de apoio social;

Comparticipação na realização de obras de remodelação e construção das unidades de apoio integrado, sem prejuízo do que possa ser assegurado pelas autarquias e pela intervenção de outros ministérios, nomeadamente da Secretaria de Estado da Habitação e Comunicações, conforme está consignado no pacto de cooperação para a solidariedade social.

7 — Apoio a outras situações:

7.1 — No que em particular diz respeito às pessoas em situação de maior dependência, que se encontrem em equipamentos sociais, os cuidados de saúde, médicos e de enfermagem, como para qualquer outro cidadão nacional, fazem parte das atribuições das estruturas do Serviço Nacional de Saúde, sendo os cuidados de apoio social à dependência prestados pelas instituições.

7.2 — Para efeitos de aplicação das presentes orientações, a avaliação das pessoas em situação de dependência nos casos referidos no número anterior é da responsabilidade da equipa de cuidados integrados, nos termos estabelecidos no n.º 4.1 e de harmonia com os parâmetros de avaliação dos níveis de autonomia, tipos de dependência e correspondentes necessidades de cuidados.

7.3 — A comparticipação financeira para o funcionamento das actividades de apoio social e os termos e condições da prestação dos cuidados de saúde continuados serão definidos localmente, mediante a formalização de acordos de cooperação a celebrar entre os serviços competentes dos centros regionais de segurança social, das administrações regionais de saúde e as instituições e outros parceiros envolvidos.

8 — Estratégias de implementação:

8.1 — As respostas integradas, bem como as que para o seu desenvolvimento exijam a articulação activa dos serviços de acção social e de saúde, ficam sujeitas a um período experimental de dois anos, de modo a permitir a sua avaliação.

8.2 — Durante o período experimental, a implementação das referidas respostas é faseada em função dos recursos existentes e da possibilidade efectiva de cooperação das entidades envolvidas.

8.3 — Para efeito do disposto nos números anteriores, os centros regionais de segurança social e as administrações regionais de saúde elaboram, para a respectiva área geográfica, um plano regional de articulação saúde/acção social que contemple o diagnóstico das necessidades e dos recursos existentes e as propostas de cooperação, bem como outras medidas a efectuar num referencial de prioridades.

8.4 — O plano referido no número anterior obedece às coordenadas definidas no modelo anexo e na sua elaboração deve tomar-se em consideração:

- a) Estruturas sociais de apoio já vocacionadas para o presente modelo de intervenção, que deverão ser devidamente adequadas para darem respostas exemplares de acordo com os princípios e objectivos da articulação saúde e acção social;
- b) Serviços de saúde já envolvidos na prestação de cuidados domiciliários ou com potencialidades para o efeito;
- c) Programa de apoio integrado a idosos, PAII — considerando a experiência e a similitude de objectivos comuns, poderiam ser equacionadas candidaturas do ADI aos projectos que integram o PAII, nomeadamente ao serviço de apoio domiciliário, à formação de recursos humanos e ao serviço de telealarne;
- d) Recurso a ajudantes de saúde, no âmbito do protocolo celebrado entre a Direcção-Geral da Saúde e o Instituto do Emprego e Formação Profissional, no que respeita à implementação dos cuidados de saúde continuados, em particular no âmbito do apoio domiciliário integrado e das unidades de apoio integrado.

8.5 — O plano regional de articulação saúde/acção social é apresentado, no prazo de 90 dias a contar da data da publicação do presente despacho, à comissão de acompanhamento para parecer.

9 — Acompanhamento e avaliação:

9.1 — O acompanhamento e a avaliação da implementação das respostas no âmbito do disposto no n.º 8.1 são efectuados, a nível regional, por equipas regionais, devendo para o efeito articular-se com as equipas de cuidados integrados da respectiva área geográfica:

9.1.1 — Nos termos do número anterior, as equipas regionais elaboram um relatório semestral a apresentar às administrações regionais de saúde e aos centros regionais de segurança social, bem como à comissão de acompanhamento prevista no n.º 9.2.

9.1.2 — As equipas regionais são constituídas por elementos designados pelas administrações regionais de saúde e pelos centros regionais de segurança social.

## MINISTÉRIO DO TRABALHO E DA SOLIDARIEDADE

## Gabinete do Ministro

2.2 — O acompanhamento global do processo de desenvolvimento modelo de intervenção articulada é efectuado, a nível nacional, por uma comissão de acompanhamento, que, com base em critérios e indicadores de execução, fará a monitorização e a avaliação da implementação e eficácia, propondo as alterações que tiver por quadas.

2.1 — Para o efeito, a comissão de acompanhamento reúne periodicamente com as equipas regionais e elabora relatórios regulares apresentar superiormente.

2.2 — A comissão de acompanhamento será estabelecida por decreto conjunto dos Ministros da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade e integrará representantes das Direcções-Gerais da Saúde e Acção Social.

### Coordenadas para a elaboração do plano regional de articulação saúde/acção social

— O plano regional de articulação saúde/acção social, conforme previsto nas normas orientadoras para a articulação saúde/acção social, deve constituir um programa de intervenção para apoio a pessoas em situação de dependência que tenha em consideração:

A articulação efectiva dos dois sectores em respostas dirigidas aos diversos grupos alvo;

A colaboração de outros sectores e entidades, nomeadamente autarquias, na sua implementação;

A constituição de parcerias a nível local que rentabilizem os recursos locais já existentes ou apoiem a criação de novos recursos para a sua concretização, bem como reforcem as redes familiares e sociais de apoio.

— O plano regional terá de partir de um diagnóstico:

Das necessidades existentes ao nível dos grupos alvo em situação de dependência;

Dos recursos/respostas existentes, quer ao nível das entidades públicas envolvidas, quer das instituições e outros parceiros sociais disponíveis para colaborar na sua implementação.

— O plano regional deverá conter:

Os objectivos a alcançar;

A caracterização das respostas a desenvolver;

A descrição e quantificação dos recursos a afectar;

A composição da equipa regional que irá acompanhar e avaliar a sua execução e que elaborará os relatórios semestrais de evolução;

A composição das equipas de cuidados integrados por referência ao respectivo centro de saúde.

— A implementação das respostas deve ter em conta as seguintes condições:

1.ª prioridade — desenvolvimento de respostas a partir da optimização e racionalização dos recursos (humanos, materiais e ou financeiros) existentes na região;

2.ª prioridade — desenvolvimento de respostas cujos recursos (humanos, materiais e ou financeiros) envolvam um reforço ao nível nacional.

— O plano será construído a partir de planos sub-regionais devidamente fundamentados, em função dos diagnósticos locais e do dinamismo e envolvimento dos parceiros, tendo em conta a capacidade de desenvolver, quer respostas que exijam a articulação activa da saúde e da acção social (n.ºs 3.1.2 e 7 das orientações), quer as respostas previstas (ADI e UAI, n.º 3.3 das orientações). Os planos sub-regionais que integram o plano regional terão ainda de ficar, de forma precisa e clara:

Objectivos específicos, as respostas a implementar, o local, o número de pessoas a abranger, os parceiros envolvidos, os recursos disponibilizados pela saúde, acção social e parceiros; Número e identificação das equipas de cuidados integrados a criar;

Estratégia de implementação do plano:

Prioridades;

Calendarização;

Acordos a celebrar;

Identificação e quantificação dos recursos a reforçar.

— O plano regional deverá seguir a estrutura adoptada para os planos sub-regionais que constituirão seus anexos.

Despacho n.º 10 194/98 (2.ª série). — Nos termos do despacho n.º 30/MITS/98, de 9 de Março, foi ordenada uma sindicância aos Serviços Sociais do Ministério do Trabalho e da Solidariedade, tendo sido designado sindicante o procurador-geral-adjunto Dr. Jorge Manuel F. Cruz Leal.

A natureza, finalidades e a desejada eficácia do referido processo implicam a disponibilização de meios humanos adequados às diversificadas tarefas a desenvolver.

Assim, ao abrigo do disposto no artigo 51.º, n.º 5, do Decreto-Lei n.º 24/84, de 16 de Janeiro, a solicitação do sindicante e ouvidos a Inspeção-Geral do Ministério do Trabalho e da Solidariedade e o Centro Regional de Segurança Social de Lisboa e Vale do Tejo, procedo às seguintes nomeações:

1 — Técnicos investigadores auxiliares do sindicante:

- Dr. Porfírio Ramos, inspector do quadro de pessoal da Inspeção-Geral do Ministério do Trabalho e da Solidariedade;
- Dr.ª Maria Irene Costa Teixeira Neves Pinheiro, auditora do quadro de pessoal do Centro Regional de Segurança Social de Lisboa e Vale do Tejo;
- Dr.ª Maria Manuela Henriques de Carvalho, auditora do quadro de pessoal do Centro Regional de Segurança Social de Lisboa e Vale do Tejo.

2 — Secretária da sindicância — Maria da Conceição Fonseca de Almeida Simões Dionísio, segundo-oficial do quadro de pessoal do Departamento para os Assuntos Europeus e Relações Internacionais do Ministério do Trabalho e da Solidariedade, a exercer actualmente funções de secretária do auditor jurídico deste Ministério em regime de requisição.

2 de Maio de 1998. — O Ministro do Trabalho e da Solidariedade, *Eduardo Luís Barreto Ferro Rodrigues*.

Despacho n.º 10 195/98 (2.ª série). — Nos termos e para os efeitos estabelecidos na alínea b) do n.º 1 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 83/98, de 3 de Abril, designo para representante do Governo no Conselho de Saúde e Segurança no Trabalho as seguintes individualidades:

- Membro efectivo — engenheiro António Guerreiro Fonseca.
- Membro suplente — engenheira Maria Leonor Figueira.

22 de Maio de 1998. — O Ministro do Trabalho e da Solidariedade, *Eduardo Luís Barreto Ferro Rodrigues*.

### Secretaria-Geral

Despacho n.º 10 196/98 (2.ª série). — Por despachos de 13 de Fevereiro e de 27 de Março de 1998, respectivamente da comissão administrativa da Caixa de Previdência do Pessoal dos Telefones de Lisboa e Porto e da secretária-geral do ex-Ministério da Solidariedade e Segurança Social:

Vitor dos Santos Marçal, primeiro-oficial da Caixa de Previdência do Pessoal dos Telefones de Lisboa e Porto — transferido, com idêntica categoria, para o quadro de pessoal da extinta Direcção-Geral de Apoio Técnico à Gestão, com efeitos a partir de 1 de Março de 1998, considerando-se etonerado do lugar anterior a partir dessa data. (Visto do Tribunal de Contas de 20 de Maio de 1998. São devidos emolumentos)

1 de Junho de 1998. — O Secretário-Geral, *António Luís Alves Ladeira*.

Despacho n.º 10 197/98 (2.ª série). — Por despachos de 4 e de 27 de Março de 1998 respectivamente da comissão administrativa da Caixa de Previdência do Pessoal dos Telefones de Lisboa e Porto e da secretária-geral do ex-Ministério da Solidariedade e Segurança Social:

Francisco José Mendes das Neves, oficial administrativo principal da Caixa de Previdência do Pessoal dos Telefones de Lisboa e Porto — transferido, com idêntica categoria, para o quadro de pessoal da extinta Direcção-Geral de Apoio Técnico à Gestão, com

**Apoio Social e Cuidados de Saúde Continuados Dirigidos a  
Pessoas em Situação de Dependência**

*Despacho Conjunto nº 407/98*

**Documento Orientador para a Intervenção das Equipas de  
Cuidados Integrados**

**1. Introdução**

Nos termos das orientações reguladoras da intervenção articulada do apoio social e dos cuidados de saúde continuados, dirigidos às pessoas em situação de dependência, as Equipas de Cuidados Integrados têm um papel fundamental no desenvolvimento dos planos locais de intervenção.

Compete-lhe, designadamente, avaliar as necessidades das pessoas com dependência, definir o modelo de intervenção, promover a implementação dos planos individuais, acompanhar as situações e avaliar os resultados obtidos.

Estas competências só poderão ser concretizadas no contexto de uma rede de suporte, constituída pelos parceiros institucionais, públicos e privados, pelas próprias pessoas e respectivas famílias e pelas redes de relação primárias.

Tendo em conta que o modelo de intervenção articulada, do apoio social e dos cuidados de saúde continuados, se encontra em fase experimental, entendeu-se oportuno definir algumas orientações para a intervenção das Equipas de Cuidados Integrados.

Estas orientações assentam nos princípios subjacentes ao próprio modelo e pretendem constituir um instrumento inicial, facilitador da avaliação das situações de dependência, visando assegurar uma certa uniformização de critérios, mas que permita a flexibilidade necessária para os adaptar às

realidades em presença.

Neste contexto e tendo em conta a dinâmica das situações de dependência, esta é entendida como um estado cuja duração e reversibilidade podem ser variáveis, incluindo as situações nas quais se encontram as pessoas que, por razões ligadas à falta e/ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, têm necessidade de cuidados de saúde e de assistência e/ou ajudas importantes, a fim de realizar os actos correntes da vida diária e de manter ou melhorar a sua qualidade de vida.<sup>1</sup>

## 2. Constituição da Equipa de Cuidados Integrados

Conforme decorre das Orientações Reguladoras a equipa é uma equipa técnica multidisciplinar, constituída, basicamente, por um médico e um enfermeiro do Centro de Saúde e dois técnicos do Serviço Sub-Regional do Centro Regional de Segurança Social, podendo incluir outros profissionais, e que intervém de forma articulada com os parceiros sociais, incluindo a própria pessoa e a família, no âmbito da implementação do plano de cuidados.

## 3. Intervenção da Equipa de Cuidados Integrados

A intervenção da equipa ocorre a solicitação do médico de família, do hospital, do centro regional e dos outros parceiros responsáveis pelo desenvolvimento do plano local, bem como de outras entidades ou pessoas, tendo estas últimas de encaminhar as situações sinalizadas para os serviços da saúde ou da acção social.

---

<sup>1</sup> Versão adaptada da proposta do Grupo Multidisciplinar da Dependência, criado pelo Conselho Europa em 1996

A intervenção da equipa é solicitada através de informação devidamente fundamentada da necessidade de apoio integrado. O suporte desta informação será criado a nível nacional, com carácter experimental, tendo como base a grelha de necessidades de cuidados.

A actuação das equipas de cuidados integrados deve respeitar a filosofia subjacente ao modelo de intervenção preconizado nas Orientações Reguladoras, destacando-se o seguinte:

- A intervenção parte de uma análise técnica individualizada das situações de dependência e é concretizada pelas redes de cooperação estabelecidas ou a estabelecer localmente, nomeadamente com a família, com as instituições públicas, privadas e com as redes de apoio informal.
- A diversidade das situações não pode prejudicar uma intervenção personalizada, devendo a pessoa dependente e a respectiva família participar sempre e na medida das suas possibilidades, nas várias fases do plano de cuidados.
- A intervenção em situação de dependência visa, sobretudo, a promoção da autonomia das pessoas:
- A lógica da intervenção é privilegiar a prestação de cuidados no domicílio.
- A precocidade da intervenção é fundamental para prevenir situações de maior dependência.
- O recurso ao internamento aplica-se apenas em situações de fundamentada necessidade e tendo em vista, sempre que possível, a reabilitação e a criação de condições que habilitem as pessoas a regressar ao domicílio.

- A equipa intervém em todas as situações de dependência que exijam cuidados integrados ou articulados, à excepção das problemáticas

relacionadas com a SIDA e Toxicodependência, cujas estratégias de intervenção são definidas em sedes próprias.

#### 4. Avaliação das situações de dependência

A avaliação da dependência tem como objectivo determinar as necessidades de cuidados para, a partir daí, com a pessoa e a família, definir um modelo de intervenção adequado, nomeadamente quanto aos cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, à sua periodicidade e duração.

A análise das situações deve ser, pois, desenvolvida em função da necessidade de cuidados resultante da situação de dependência e não apenas da doença que a originou.

4.1. Na avaliação da globalidade da situação devem ser caracterizados, designadamente, os seguintes aspectos:

- Actividades da vida diária;
- Problemas de saúde subjacentes com importância na avaliação das - necessidades de cuidados;
- Situação familiar;
- Rede social de suporte - equipamentos e serviços, instituições,

organizações de voluntários, incluindo novas tecnologias (ex: Telealarme);

- Acessibilidades na habitação e no meio.

4.2 – A avaliação da situação deve permitir determinar os tipos de autonomia e de dependência, bem como as necessidades de cuidados.

Para este efeito foi elaborada uma grelha<sup>2</sup> (em anexo) que permite avaliar essas situações e encaminhar para as respostas mais adequadas.

4.3. – A aplicação da grelha poderá suscitar a necessidade de introduzir eventuais ajustamentos a serem avaliados após o período experimental, pela Comissão de Acompanhamento.

---

<sup>2</sup> Adaptada da Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens – OMS - 1976

ORIENTAÇÕES REGULADORAS DA INTERVENÇÃO ARTICULADA  
DO APOIO SOCIAL E DOS CUIDADOS DE SAÚDE CONTINUADOS  
DIRIGIDOS ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE DEPENDÊNCIA

*Despacho conjunto n.º 407/98 – D.R. - II Série, N.º.138, de 18 de Junho*

APOIO DOMICILIÁRIO INTEGRADO - ADI

DOCUMENTO TÉCNICO DE APOIO À SUA IMPLEMENTAÇÃO, INSTALAÇÃO E  
FUNCIONAMENTO



## Introdução

As orientações que presidem à implementação, instalação e funcionamento do ADI visam criar condições que possibilitem uma intervenção articulada da saúde e da acção social dirigida às pessoas em situação de dependência de modo a responder às necessidades que apresentam em função do tipo e amplitude de dependência e dos contextos sócio-familiares em que se inserem.

Pretende-se instituir um modelo de intervenção articulada de completa interface saúde/acção social com o envolvimento de vários parceiros e o aproveitamento e racionalização dos recursos existentes, no respeito das competências institucionais regionais e locais, procurando que as acções a desenvolver sejam graduais e flexíveis.

O modelo de intervenção articulada tem como objectivo, fundamentalmente, promover a autonomia das pessoas em situação de dependência e o reforço das capacidades e competências das famílias para lidar com essas situações e, como lógica de intervenção, privilegiar a prestação de cuidados no domicílio sem prejuízo da possibilidade do recurso ao internamento em unidades residenciais sempre que este se mostra necessário ao processo de reabilitação com a promoção de condições de autonomia que habilitem as pessoas a regressar ao seu domicílio.

Assim, caracteriza-se os destinatários da intervenção, os tipos de cuidados a prestar, o tipo de pessoal necessário para esse efeito e identifica-se o modelo de organização e funcionamento.

## **1- Conceito**

O Apoio Domiciliário Integrado é um serviço que se concretiza através de um conjunto de acções e cuidados pluridisciplinares, flexíveis, abrangentes, acessíveis e articulados, de apoio social e de saúde, a prestar no domicílio.

O Apoio Domiciliário Integrado, perspectiva-se como a resposta charneira e prioritária cujo planeamento e avaliação cabe a uma Equipa de Cuidados Integrados, nos termos estabelecidos no ponto 4.1 do despacho conjunto.

## **2- Objectivo**

O apoio domiciliário integrado visa constituir a forma mais humanizada de resposta às novas necessidades de certos grupos da população, nomeadamente as pessoas mais idosas, as pessoas com deficiência e as que têm problemas de saúde mental, criando condições para a promoção da sua autonomia no domicílio e no ambiente socio-familiar.

Esta resposta exige o estabelecimento de redes sociais de apoio integrado que garantam efectiva continuidade dos cuidados necessários, que se pretendem globais.

## **3 - Destinatários**

São considerados como destinatários, as pessoas em situação de dependência física, mental ou social, transitória ou permanente resultante ou agravada nomeadamente por:

- isolamento geográfico – decorrente de fenómenos de desertificação rural e desenquadramento urbano, migratórios, de envelhecimento populacional, de inacessibilidade e ausência de recursos;

- doença crónica - doença ou sequelas que decorrem de patologias cardiovasculares, respiratórias, genito-urinárias, reumatológicas, endocrinológicas, digestivas, neurológicas e psiquiátricas, bem como de outras situações que sejam causa de invalidez precoce ou de significativa redução da esperança de vida;
- situação de doença, ausência ou perda de familiares, amigos e vizinhos que prestavam apoio;
- deficiência física ou mental;
- internamento institucional indevido, por inexistência ou insuficiência de respostas alternativas mais adequadas;
- alta hospitalar com necessidade de cuidados de saúde continuados e/ou de apoio social
- inexistência ou insuficiência de apoio diurno e/ou nocturno.

#### **4 – Caracterização dos Cuidados**

O Apoio Domiciliário Integrado assegura, sobretudo, a prestação de cuidados (de enfermagem e médicos de natureza preventiva, curativa e outros) e a prestação de apoio social indispensável à satisfação das necessidades básicas humanas.

O apoio social privilegiará a abordagem psico-social e a vertente ocupacional, envolvendo as famílias e outros prestadores de cuidados informais, e assegura a prestação de pequenos serviços no exterior, tais como, compras, marcação de consultas, ou outros de natureza indispensável.

## 5- Pessoal

Os cuidados são prestados por uma equipa multidisciplinar constituída, designadamente, por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, ajudantes de saúde e ajudantes familiares.

Os elementos que constituem a equipa multidisciplinar devem ter formação nas áreas da geriatria e gerontologia, sem prejuízo de outras competências específicas para lidar com as situações de dependência

A participação dos prestadores de cuidados informais no domicílio reveste especial interesse, devendo promover-se e facilitar-se a sua formação e treino adequados a par da integração na equipa e no contexto sócio-familiar.

5.1 – À equipa prestadora de cuidados compete:

- articular com a Equipa de Cuidados Continuados;
- assegurar o cumprimento do plano de cuidados, de acordo com as competências dos técnicos que a integram;
- elaborar relatórios de execução com vista à avaliação.

5.2 – A composição e dimensão da equipa está dependente do número de utentes a abranger e das respectivas situações de dependência, por forma a assegurar a qualidade dos cuidados a prestar.

A composição e dimensão da equipa, bem como outros dados referentes à articulação devem constar no acordo de cooperação.

## 6 – Organização / Funcionamento

O Apoio Domiciliário Integrado deve organizar-se como um serviço de prestação de cuidados humanizados, multidisciplinar, vocacionado para o tratamento, prevenção, ensino e treino, centrados na promoção do autocuidado, envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados informais, designadamente voluntários, vizinhos e amigos.

A organização do Apoio Domiciliário Integrado deve ter em consideração, designadamente os seguintes aspectos:

- a) desenvolver-se de preferência a partir de estruturas ou serviços já existentes;
- b) desenvolver actividades lúdico-terapêutico-ocupacionais, qualquer que seja o grau de dependência das pessoas alvo de prestação de cuidados;
- c) assegurar o apoio aos familiares com pessoas dependentes a seu cargo, incluindo o ensino e o treino na prestação dos cuidados;
- d) promover a colaboração dos familiares e de outros prestadores de cuidados informais;
- e) providenciar nas situações que exijam recursos a ajudas técnicas a sua aquisição ou aluguer sem prejuízo da articulação com outras entidades para a sua disponibilização.

## 7 - - Encaminhamento de Utentes

A prestação de cuidados no âmbito do Apoio Domiciliário Integrado tem por base a situação de dependência avaliada pela Equipa de Cuidados Integrados que analisa e determina o tipo de dependência, os cuidados a prestar e a sua periodicidade.

**Apoio Social e Cuidados de Saúde Continuados Dirigidos a  
Pessoas em Situação de Dependência**

*Despacho Conjunto n.º 407/98*

**AUTONOMIA E TIPOS DE DEPENDÊNCIA  
NECESSIDADE DE CUIDADOS**

AUTONOMIA/DEPENDÊNCIA	NECESSIDADE DE CUIDADOS
<b>A AUTONOMIA</b>	
A1. Autonomia total	Sem ajuda
A2. Autonomia com ajuda técnica	Com ajuda técnica
A3. Autonomia com adaptação ambiental	Com adaptação ambiental
<b>D DEPENDÊNCIA</b>	
D1. Dependência ocasional	Acompanhamento esporádico, por pessoal não técnico (com formação): - ajuda técnica ou adaptação ambiental impossível, inacessível ou recusada; acompanhamento fora ou dentro do domicílio.
D2. Dependência periódica até 2x dia	Acompanhamento periódico (1x dia ou menos; 2x dia – manhã e noite), não técnico (com formação): - actividades domésticas: alimentação, aquecimento, limpeza e segurança; necessidade de habitação protegida e/ou vigiada.
D3. Dependência periódica frequente	Acompanhamento periódico frequente, (diversas vezes ao dia) técnico e não técnico (com formação): - higiene pessoal, alimentação, medicação, mobilidade, utilização das instalações sanitárias, mudanças de roupa pessoal e da cama (alteração no controlo de esfíncteres); necessidade de vigilância no domicílio.

AUTONOMIA/DEPENDÊNCIA	NECESSIDADE DE CUIDADOS
D4. Dependência permanente com acompanhamento episódico	<p>Acompanhamento permanente episódico (intervalos curtos ou imprevisíveis, durante o dia e/ou noite) por pessoal técnico - plano de cuidados e supervisão - e não técnico (com formação):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- utilização das instalações sanitárias e higiene pessoal, despir e vestir, levantar-se, sentar-se e, deitar-se; prevenção de situações de risco por problemas de natureza física ou mental.</li> </ul>
D5. Dependência permanente com acompanhamento e vigilância constantes	<p>Acompanhamento e vigilância permanentes, por pessoal técnico, presencial ou de chamada e não técnico (com formação) presencial, complementar do apoio familiar permanente ou de outra rede de suporte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- apoio a todas as tarefas de cuidados pessoais; alterações graves de saúde mental e funções cognitivas; alterações graves da eliminação vesical e instestinal; ajuda nomeadamente nocturna e presença permanente; necessidade de cuidados institucionais por completa impossibilidade de apoio no domicílio.</li> </ul>
D6. Dependência permanente com acompanhamento técnico, presencial	<p>Acompanhamento e vigilância permanentes, por pessoal técnico, presencial (sem interrupção) e não técnico (com formação), presencial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- apoio a todas as tarefas de cuidados pessoais; alterações graves de saúde mental e funções cognitivas; alterações graves da eliminação vesical e instestinal; ajuda nomeadamente nocturna e presença permanente; necessidade de cuidados institucionais especializados, permanentes, por doença grave.</li> </ul>

## IV EQUIPA REGIONAL

Nome	Formação	Entidade a que pertencem	Contacto
Graça Soares	Médica	ARS Algarve	089-8904080 089-804404
Maria Gabriela Santos	Médica	ARS Algarve	
Ana Sofia Pina	Técnica Superior de Serviço Social	CRSS Algarve	089-823276
Rosa Carvalho	Técnica Superior de Serviço Social	CRSS Algarve	

Local em que se encontra sediada: ARS Algarve

Morada: Largo do Carmo, 3 – 8000 Faro

Telefone: 089-8904080

Fax: 089-807405



V. Equipas de Cuidados Integrados

Identificação das Equipas de Cuidados Integrados – Sistema de Saúde do Sotavento				
Local	Centro de Saúde (onde está sediada)	Nome	Composição da Equipa	
			Formação profis.	Entidade origem
ALCOUTIM	Alcoutim	Lúcio Pereira	Médico	ARS Algarve Idem C.R.S.S.Algarve Idem
		Joaquim Seabra	Enfermeiro	
		Rosa Loureiro	Téc. Serviço Social	
		Paula Melo	Téc. Serviço Social	
CASTRO MARIM	Castro Marim	Maria Susana Valsassina	Médica	ARS Algarve Idem C.R.S.S.Algarve Idem
		António Carvalho	Enfermeiro	
		Rosa Loureiro	Téc. Serviço Social	
		Paula Melo	Téc. Serviço Social	
TAVIRA	Tavira	Elsa Maria Santos	Médica	ARS Algarve Idem C.R.S.S.Algarve Idem
		Cidália Custódio	Enfermeira	
		Maria João Anjos	Téc. Serviço Social	
		Ana Celina Dias	Téc. Serviço Social	
V.R.STº ANTÓNIO	V.R.Stº António	Carlos Alberto Pinto	Médico	ARS Algarve Idem C.R.S.S.Algarve Idem
		Maria Judite Sousa	Enfermeira	
		Noélia Branco	Téc. Serviço Social	
		Maria João Anjos	Téc. Serviço Social	

## Identificação das Equipas de Cuidados Integrados – Sistema de Saúde do Barlavento

Centro de Saúde (onde está sediada)		Composição da Equipa		
Local	Centro de Saúde (onde está sediada)			
ALJEZUR	Aljezur	João F. Silva Ana Dias Santos Ana Pinela Júlia Silva	Médico Enfermeira Téc. Serviço Social Téc. Serviço Social	ARS Algarve Idem C.R.S.S.Algarve Idem
LAGOA	Lagoa	Maria Angélica Aleixo Maria Helena Cabrita Ana Almeida Aldina Pacheco	Médica Enfermeira Téc. Serviço Social Téc. Serviço Social	ARS Algarve Idem C.R.S.S.Algarve Idem
LAGOS	Lagos	Maria Manuela Carvalho Maria Clara Rosado Cristina Galvão Francisca Raminhos	Médica Enfermeira Téc. Serviço Social Téc. Serviço Social	ARS Algarve Idem C.R.S.S.Algarve Idem
MONCHIQUE	Monchique	Rosa Gonçalves Maria Encarnação Catarino Lélia Santos Josefina Porto	Médica Enfermeira Téc. Serviço Social Téc. Serviço Social	ARS Algarve Idem C.R.S.S.Algarve Idem

## Identificação das Equipas de Cuidados Integrados – Sistema de Saúde do Barlavento (cont)

Composição da Equipa	
Local	Centro de Saúde (onde está sediada)
PORTIMÃO	Portimão
SILVES	Silves
VILA BISPO	Vila do Bispo

Ana Luisa Stijl Well Francisca Garcia Maria João Marques Aldina Pacheco	Médica Enfermeira Téc. Serviço Social Téc. Serviço Social	ARS Algarve Idem C.R.S.S.Algarve Idem
Varela Pires Adélia Estremores Lurdes Dinél Lúcia Amaral	Médico Enfermeira Téc. Serviço Social Téc. Serviço Social	ARS Algarve Idem C.R.S.S.Algarve Idem
Paulo José Morgado Senhorinha Ana Batista Ana Pinela Júlia Silva	Médico Enfermeira Téc. Serviço Social Téc. Serviço Social	ARS Algarve Idem C.R.S.S.Algarve Idem

## Identificação das Equipas de Cuidados Integrados – Unidade de Saúde II

Centro de Saúde (onde está sediada)		Composição da Equipa		
Local	Centro de Saúde (onde está sediada)			
ALBUFEIRA	Albufeira	Maria José Simões Felisbela Rascão Cristina Afonso Lúcia Amaral	Médica Enfermeira Téc. Serviço Social Téc. Serviço Social	ARS Algarve Idem C.R.S.S.Algarve Idem
FARO	Faro	Valério Rodrigues Alice Candeias Isabel Carvalho Marina Raposo Arminda Valério Ana Balbina Rosa Carvalho	Médico Enfermeira Fisioterapeuta Téc. Serviço Social Administrativa Téc. Serviço Social Téc. Serviço Social	ARS Algarve Idem Idem Idem Idem C.R.S.S.Algarve Idem
LOULÉ	Loulé	Eduarda Luzia Júlia Candeias Mónica Gonçalves Manuela Marques	Médica Enfermeira Téc. Serviço Social Téc. Serviço Social	ARS Algarve Idem C.R.S.S.Algarve Idem

## Identificação das Equipas de Cuidados Integrados – Unidade de Saúde II

Local	Centro de Saúde (onde está sediada)	Composição da Equipa		
S. BRÁS ALPORTEL	Olhão	Filomena Neto Eugénia Freitas Paula Caeiro Cristina Valente Andreia Antunes	Médica Enfermeira Téc. Serviço Social Téc. Serviço Social Téc. Serviço Social	ARS Algarve Idem Idem CRSSA Idem
		José Cabral Clotilde Ramos Ana Paula Pinto Cidália Tomé	Médico Enfermeira Téc. Serviço Social Téc. Serviço Social	ARS Algarve Idem C.R.S.S.Algarve Idem

## **Anexo nº 3**

### **Ficha Inquérito da Situação de Dependência**

# Apoio Domiciliário Integrado

## Ficha Inquérito da Situação de Dependência

### 1 - IDENTIFICAÇÃO DO DESTINATÁRIO DOS CUIDADOS

NOME: .....

MORADA: ..... TEL: .....

FREGUESIA: ..... CONCELHO: .....

LOCAL ONDE SE ENCONTRA ACTUALMENTE (PREENCHER CASO NÃO ESTEJA NA MORADA PRÓPRIA)

INSTITUIÇÃO  NOME: .....

MORADA: .....

TEL: .....

OUTRA RESIDÊNCIA  MORADA: .....

TEL: .....

IDADE: ..... N° B. I.: .....

NATURALIDADE: ..... NACIONALIDADE: .....

PROFISSÃO: ..... SITUAÇÃO PROFISSIONAL: .....

SISTEMA DE PROTECÇÃO SOCIAL: ..... N° DE BENEFICIÁRIO: .....

SERVIÇO DE SAÚDE A QUE RECORRE HABITUALMENTE: .....

MÉDICO DE FAMÍLIA: .....

OUTRO MÉDICO ASSISTENTE: .....

OUTRA PESSOA DE CONTACTO

NOME: .....

MORADA: .....

TEL: .....

## 2 - SITUAÇÃO SOCIO-FAMILIAR

TEM FAMÍLIA

NÃO TEM FAMÍLIA

ACOMPANHAMENTO FAMILIAR SIM

NÃO

SE SIM, NOME: .....

MORADA: .....

..... TEL: .....

PARENTESCO: .....

PRESTADORES DE CUIDADOS INFORMAIS SIM

NÃO

SE SIM, NOMES: .....

.....

.....

MORADAS: .....

.....

.....

COMO VIVE:

FAMÍLIA: PRÓPRIA

OUTRA

ISOLADO

EM INSTITUIÇÃO

SEM ABRIGO

CONDIÇÕES DE HABITABILIDADE (DESCREVER SUMARIAMENTE):

CASA: PRÓPRIA

ARRENDADA

OUTRA

COM VIZINHOS

SEM VIZINHOS

ACESSO: BOM

RAZOÁVEL

MAU

LUZ: SIM

NÃO

ÁGUA: SIM

NÃO

ESGOTOS: SIM

NÃO

COZINHA: SIM

NÃO

CASA DE BANHO: SIM

NÃO

IMPRESSÃO GLOBAL: BOA

RAZOÁVEL

MÁ



### 3 - ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA

INDEPENDENTE: HIGIENE  UTILIZAÇÃO W.C.  VESTIR-SE   
MEDICAÇÃO  ALIMENTAÇÃO  MOBILIDADE   
CUIDADOS HABITAÇÃO

COM AJUDA: HIGIENE  UTILIZAÇÃO W.C.  VESTIR-SE   
MEDICAÇÃO  ALIMENTAÇÃO  MOBILIDADE   
CUIDADOS HABITAÇÃO

DEPENDENTE: HIGIENE  UTILIZAÇÃO W.C.  VESTIR-SE   
MEDICAÇÃO  ALIMENTAÇÃO  MOBILIDADE

### 4 - PROBLEMAS DE SAÚDE COM IMPORTÂNCIA NA AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES DE CUIDADOS:

DOENÇA: FÍSICA  MENTAL   
AGUDA  CRÔNICA

DIAGNÓSTICO: .....

NECESSIDADE DE AJUDAS TÉCNICAS:

SIM  NÃO

QUAIS: .....

NECESSIDADE DE EQUIPAMENTO NO DOMICÍLIO:

SIM  NÃO

QUAL: .....

### 5- AUTONOMIA E TIPO DE DEPENDÊNCIA

AUTONOMIA: TOTAL   
COM AJUDA TÉCNICA   
COM ADAPTAÇÃO AMBIENTAL

DEPENDÊNCIA: OCASIONAL   
PERIÓDICA ATÉ 2 X DIA   
PERIÓDICA FREQUENTE   
PERMANENTE C/ ACOMPANHAMENTO EPISÓDICO   
PERMANENTE C/ ACOMPANHAMENTO E VIGILÂNCIAS CONSTANTES   
PERMANENTE C/ ACOMPANHAMENTO TÉCNICO PRESENCIAL

**6 - OUTRAS INFORMAÇÕES PERTINENTES PARA O ESTUDO DA SITUAÇÃO**

O TÉCNICO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO DA FICHA

NOME

ASSINATURA

DATA

## **Anexo nº 4**

**Guião para Entrevista Estruturada – Idosos  
Integrados em ADI**

# **GUIÃO PARA ENTREVISTA ESTRUTURADA**

## **O PAPEL DA INTERVENÇÃO DA REDE DE SUPORTE FORMAL NO APOIO Á PESSOA IDOSA**

### **APOIO DOMICILIÁRIO INTEGRADO EM OLHÃO**

#### **IDOSOS INTEGRADOS EM A.D.I**

##### **I - CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA**

1 - Sexo : M   
F

2 - Idade: \_\_\_\_\_

3 - Estado Civil: Casado   
Solteiro   
Viúvo   
Divorciado   
Outro

4 - Residência habitual : Freguesia \_\_\_\_\_

**5 - Tipo de habitação:** Própria   
Arrendada   
Outra

**a) Acesso:** Bom   
Razoável   
Mau

**b) A casa possui:** Luz   
Água   
W.C.   
Cozinha   
Esgotos

**c) Tem escadas?** Sim  Não

**d) casa isolada**   
casa central   
com vizinhos   
sem vizinhos

**6 - Com quem vive habitualmente?**

Cônjuge/companheiro	<input type="checkbox"/>	Outros familiares	<input type="checkbox"/>
Filhos solteiros	<input type="checkbox"/>	Amigos	<input type="checkbox"/>
Filhos casados	<input type="checkbox"/>	Sozinho	<input type="checkbox"/>
Parente próximo	<input type="checkbox"/>	Outros idosos	<input type="checkbox"/>

**7 - Se vive só, quem o costuma visitar?**

- Filhos
- Irmão/parente próximo
- Amigos/Vizinhos
- Técnicos do A.D.I
- Ninguém

**8 - Acha que pode contar com o apoio da sua família, quando necessário?**

Sim  Não

**9 - E, quando precisa de ajuda a quem recorre?**

Família  Outros  Quais? \_\_\_\_\_

**10 - Há quanto tempo está integrado no A.D.I?** \_\_\_\_\_

**11 - Que motivo o levou a integrá-lo:**

- Falta de apoio familiar/outro
- Assistência à saúde
- Falta de recursos habitacionais
- Falta de recursos económicos
- Outros  \_\_\_\_\_

## II - SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÓMICA

**1 - Qual a profissão que exercia ou exerce?**

---

---

---

**2 - Se está reformada:**

- reforma no limite de idade
- reforma por doença
- outra situação

**3 - Nível de instrução:**

- analfabeto
- assina o nome
- primária completa/incompleta
- preparatória
- secundária
- ensino médio
- ensino superior

**4 - Que rendimento aufere?**

- até 20 contos/mês
- 21 a 50 c/mês
- 51 a 100 c/mês
- > 100

**5- Sente-se satisfeito com o valor da sua reforma?**

Sim

Não

**6 - Proveniência do rendimento mensal:**

Trabalho diário do cônjuge

Pensão de reforma/semelhante

Pensão Social

Pensão de sobrevivência

Rendimentos próprios

Pensão do cônjuge

Outra

Qual? \_\_\_\_\_



### III - NÍVEL DE DEPENDÊNCIA

#### ( A - Situação Física e Funcional)

##### 1 - Senta-se, deita-se e levanta-se sozinho?

Sem dificuldade

Com dificuldade

Consegue com auxílio de outrem

Raramente se levanta, só com auxílio de duas pessoas

Permanentemente deitado

##### 2 - Alimenta-se pela sua mão:

Sem dificuldade

Come com o mínimo de supervisão

Consegue comer desde que a comida seja cortada

Não come se não for ajudado

Não consegue

##### 3 - Toma banho sozinho?

Sem dificuldade

Sozinho, com dificuldade

Necessita supervisão constante

Só com ajuda permanente de outra pessoa

Não consegue

**4 - Veste-se sozinho?**

- Sem dificuldade
- Sozinho, com dificuldade
- Com ajuda de outra pessoa
- Necessita o mínimo de supervisão
- Não consegue

**5 - Para caminhar mais ou menos 1 km em superfícies planas fá-lo:**

- Sem dificuldade
- Com dificuldade/auxílio mecânico
- Só apoiado por uma pessoa
- Só apoiado por duas pessoas
- Não consegue

**6 - Sobe escadas sozinho?**

- Sem dificuldade
- Sobe sozinho, com dificuldade e ajuda mecânica
- Necessita de ajuda de outra pessoa
- Não consegue

**7 - Vai à rua sozinho?**

- Sem dificuldade
- Com dificuldade
- Necessita de ajuda de outra pessoa
- Não vai

## 8 - Continência

- Controlo total
- Acidentes pessoais
- Continente de dia, mas só se for levado ocasionalmente ao w.c.

## 9 - Utilização de sanitários:

- Serve-se sem qualquer auxílio
- Serve-se, necessitando de atenção ocasional
- Necessita de ser regularmente lembrado para ir ao sanitário
- Necessita de assistência regular constante
- Não consegue utilizar o sanitário

## 10 - Controlo de urina:

Perde urina ou fezes sem querer? Sim  Não

### Se sim:

- Às vezes (acidentes ocasionais)
- Tem de ser lembrado para que não aconteça? (todas as semanas)
- Todos os dias (regular ou frequentemente ou algaliado)
- Não consegue chegar a tempo

## IV - PERCEPÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE

**1 - Percepção que tem do seu estado de saúde:**

Qual a doença que mais o aflige? \_\_\_\_\_

Como define o seu estado de saúde?

Regular

Fraco

Mau

**2 - Em que medida sente que para o que realiza ou gostaria de realizar, a sua doença o limita:**

Muito

Moderadamente

Nada

**3 - Comparando-se com as outras pessoas com quem convive e conhece, considera-se com menos ou mais energia?**

Mais

Menos

Igual

## V - APOIO E CUIDADOS PRESTADOS NO ÂMBITO DO A.D.I

### 1 - Serviços prestados

#### \* Cuidados de saúde no domicílio

Médicos

Enfermagem

Reabilitação

\* Apoio psicossocial

\* Higiene pessoal

\* Higiene Habitacional

#### \* Fornecimento de refeições

Refeições confeccionadas no domicílio

Refeições distribuídas no domicílio

#### \* Tratamento de roupas

No domicílio

Em instituição

\* Acompanhamento no exterior

\* Pequenas reparações no domicílio

\* Outros (indique quais?): \_\_\_\_\_

**2 - Como classifica o apoio prestado?**

Muito Bom  Bom  Razoável   
Insuficiente  Mau

**3 - Quanto ao relacionamento com os prestadores dos cuidados considera-o:**

Muito Bom  Bom  Razoável   
Insuficiente  Mau

Porquê? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**4 - Em que dias da semana lhe é prestado o apoio?**

Todos   
Alternados   
1 vez por semana   
Feriados   
Fins de semana

**5 - Quantas vezes por dia?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**6 - Que considera necessário para melhorar o seu dia a dia?**

---

---

---

---

---

---

---

---

**7 - Como encara a possibilidade de uma doença grave (e/ou da morte)?**

- Medo por receio de sofrer
- Incomodar os outros
- Revolta
- Tranquilidade
- Outra

**8 - Sente solidão?**

- Sim
- Não

**9 - Como acha que devem ser tratadas as pessoas idosas?**

---

---

---

---

---

---

---

---

**10 - Quais os maiores problemas que, na sua opinião, enfrenta hoje o idoso?**

- Solidão
- Exclusão Social
- Reformas baixas
- Inexistência de protecção social
- Rejeição/mau relacionamento familiar
- Acompanhamento médico
- Outros \_\_\_\_\_

**11 - Que deveria ser feito nesta cidade e no ADI para melhorar as suas condições de vida?**

---

---

---

---

---

---

---

**12- Qual pensa ser a sua maior necessidade?**

- Suporte familiar/social
- Melhoria no acesso a consultas/cuidados de saúde
- Mais dinheiro
- Melhor sistema de protecção na doença
- Melhor sistema de protecção social
- Centro de Dia/Convívios
- Lares oficiais, com internamento
- Outro, qual \_\_\_\_\_



**13 - O que mais o preocupa nesta ocasião?**

---

---

---

---

**14 - O que mais lhe agrada na vida?**

---

---

Não sabe precisar  Nada

**15 - Em sua opinião a acessibilidade aos serviços melhorou?**

Sim  Não

Serviços de Saúde: Sim   
Não

Serviços de Acção Social: Sim  Não

**20 - Quanto ao grau de satisfação sente-se:**

Muito Satisfeito   
Satisfeito   
Pouco satisfeito

Porquê? 

---

---

---

Entrevista N° 

---

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## **Anexo nº 5**

### **Guião para Entrevista Semi-Estruturada- Enfermeiros**

# **GUIÃO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA**

## **O PAPEL DA INTERVENÇÃO DA REDE FORMAL NO APOIO À PESSOA IDOSA**

### **APOIO DOMICILIÁRIO INTEGRADO EM OLHÃO**

#### **ENFERMEIROS**

**1 - Em sua opinião quais são as maiores necessidades dos idosos?**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**2 - Quais os motivos que levam o idoso a integrar o A.D.I?**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**3 - Quais as situações de saúde mais frequentes/cuidados prestados?**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**4 - Como classifica o apoio prestado?**

Bom       Razoável       Insuficiente

Porquê? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

**5 - Quanto ao relacionamento com o idoso considera-o:**

Bom       Razoável       Insuficiente

**6 - Em que dias é prestado o apoio?**

---

---

---

---

---

**7 - Ao nível da dependência física e funcional como classifica os idosos integrados em A.D.I?**

Autónomos       Semi-dependentes       Dependentes

**8 - Que considera necessário para melhorar o dia a dia dos utentes?**

---

---

---

---

---

---

---

---

**ENTREVISTA Nº** \_\_\_\_\_

**DATA** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## **Anexo nº 6**

**Guião para Entrevista Semi-Estruturada - Ajudantes  
Familiars**

# GUIÃO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

## O PAPEL DA INTERVENÇÃO DA REDE FORMAL DE APOIO À PESSOA IDOSA

### APOIO DOMICILIÁRIO INTEGRADO EM OLHÃO

#### AJUDANTES FAMILIARES

1 - Em sua opinião quais são as maiores necessidades dos idosos?

Suporte familiar/social

Melhoria no acesso a consultas/cuidados de saúde

Mais dinheiro - pensões mais elevadas

Melhor sistema de protecção na doença

Melhor sistema de protecção social

Centro de Dia/Convívios

Lares oficiais, com internamento

Outro, qual \_\_\_\_\_

2 - Quando precisam de ajuda a quem recorrem os idosos?

Família

Outros  Quais? \_\_\_\_\_

**3 - Quais os motivos que levam o idoso a integrar o A.D.I?**

Falta de apoio familiar/outro

Assistência à saúde

Falta de recursos habitacionais

Falta de recursos económicos

Outros  \_\_\_\_\_

**4 - Quais os serviços mais solicitados?**

Higiene pessoal

Higiene habitacional

Fornecimento de refeições

Tratamento de roupas

Acompanhamento no exterior

Pequenas reparações no domicílio

**5 - Como classifica o apoio prestado?**

Bom  Razoável  Insuficiente

Porquê? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**6 - Quanto ao relacionamento com o utente idoso considera-o:**

Bom  Razoável  Insuficiente



**7 - Em que dias da semana é prestado o apoio?**

- Todos
- Alternados
- 1 vez por semana
- Feriados
- Fins de semana

**8 - Quantas vezes por dia?**

---

---

---

---

**9 - Quanto ao nível de dependência física e funcional como classifica os idosos integrados no A.D.I.?**

Autónomos       Semi-dependentes       Dependentes

**10 - Que considera necessário para melhorar o dia a dia dos utentes?**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

ENTREVISTA Nº \_\_\_\_\_  
DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## **Anexo nº 7**

**Guião para Entrevista Semi-Estruturada – Equipa  
Regional do Despacho Conjunto 407/98**

**GUIÃO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA**

**O PAPEL DA INTERVENÇÃO DA REDE FORMAL NO APOIO À  
PESSOA IDOSA**

**APOIO DOMICILIÁRIO INTEGRADO EM OLHÃO**

**EQUIPE REGIONAL DO DESPACHO CONJUNTO  
Nº 407/98**

**1 - Em seu entender o A.D.I tem recursos suficientes?**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**2 - Que meios preconiza para aumentar os recursos financeiros; humanos; técnicos?**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**3 - Acha que as orientações técnicas estão adequadas ao desempenho das situações? E porquê?**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**4 - Deixe-me algumas sugestões para aumentar/diversificar os serviços**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**5 - O que pensa do futuro do A.D.I?**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Entrevista N° \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



## **Anexo nº 8**

### **Guião para História de Vida**

## **GUIÃO PARA HISTÓRIA DE VIDA**

- **Origem Geográfica**
- **Agregado Familiar**
- **Profissão**
- **Nível de Vida**
- **Porque foram integrados em ADI**
- **Grau de Satisfação**
- **Quais as vantagens**

## **Anexo nº 9**

### **Histórias de Vida**

## HISTÓRIAS DE VIDA

### História de Vida nº 1

Eu ..., falar de mim, não sei se vou dizer coisas que pense serem apropriadas, mas já que me pergunta e eu disse contar, começo por lhe contar que nasci em Faro, mas vim logo para Olhão, pois os meus pais cá moravam, a minha família eram pessoas muito humildes e honestas, não se pode dizer que vivíamos nem muito mal, nem muito bem, enfim eramos remediados aliás como hoje.

Sempre vivi em Olhão, cá casei e tive um filho que hoje vive em Lisboa com a sua família.

Sou viúva e estou reformada, foi reformada por invalidez, pois à cerca de dez anos tive um acidente de carro que me deixou nesta cadeira de rodas e incapaz de fazer muitas coisas que outrora fazia num abrir e fechar de olhos, enfim é a vida e temos que a aceitar como nosso Srº Jesus Cristo nos dá.

Como já disse vivo cá sózinha, o meu filho, nora e neto vem visitar-me de quinze em quinze dias, mas como a idade já é outra (75 A) e a saúde está mais fraca, sózinha já não consigo fazer o essencial, daí a minha entrada para o apoio domiciliário integrado.

Só de pensar que todos os dias passam por cá pessoas para saberem das minhas necessidades e prestarem-me a ajuda que preciso estou tão aliviada e sempre que preciso de alguma coisa, agarro no telefone e ligo para o centro de saúde de Olhão a contar o que se passa, e dentro da normalidade, ou dos possíveis o que preciso é resolvido, com este apoio continuo em minha casa, o meu filho está mais descansado pois sabe que se eu precisar haverá alguém que chegue ao pé de mim antes deles pois está muito longe, mas a vida é assim e só peço a Deus que me vá mantendo assim por muito tempo, sabe é que apesar de tudo o que me tem acontecido eu gosto muito de viver...



## História de Vida nº 2

Bom, falar um pouco de mim, é recordar tempos (pausa) ... tempos menos bons e tempos melhores ... enfim é a minha vida, a minha história de vida, pois todos tem uma, a sua.

Eu não sou de Olhão, nasci em Albufeira onde morei até me casar, como eu trabalhava no mar, não sendo marítimo, fazia uns biscates, vim parar ao porto de Olhão e cá arranjei uma casita, onde mais tarde viria a nascer a minha filha.

A minha única filha vive em Albufeira e desde que a mãe a minha descansada esposa morreu não quiz mais saber do pai, até à pouco tempo também não me preocupava pois ia dando conta do meu recado.

Mas as pernas foram-me atraçoando, pois estas úlceras (varicosas) vão aos poucos tirando o andar, deixei de trabalhar e nada tinha para comer, estive assim durante algum tempo, sabe como vivo sózinho não tinha nenhuma vizinha que me ajudasse e a minha situação de saúde foi piorando, até que me levaram para o centro de saúde a uma consulta com o médico de família.

Lá no centro de saúde, o médico disse-me que aquelas úlceras que apareceram por eu ter má circulação, levariam muito tempo a curar e que por vezes nem curavam, pois quando uma estava ou parecia curada, rebentava outra.

Tinha que fazer muito repouso e vir diariamente ao centro de saúde para fazer penso, foi quando eu comecei a chorar ... o que despertou a atenção do Srº Doutor, que me perguntou o que se passava. Depois de limpar a cara lá lhe contei que não tinha como vir ao centro, não trabalhava já á algum tempo, não tinha dinheiro para pagar nem a táxis, nem a ambulância para me trazerem ao centro, e que não tinha família que me ajudasse.

Ele o Srº Doutor mandou-me falar com a assistente social, talvez ela tivesse alguma solução, para o que eu via muito mau.

Então lá falei com a Drª que se interessou pelo meu problema e rápidamente comecei a ter assistência em casa, primeiramente só apoio de enfermagem, mais tarde e depois da assistente social ir a minha casa e ter visto que a casa estava imprópria para alguém lá morar, comecei a ter o apoio do centro de dia, limpam-me a casa e levavam-me a comida, digo levavam-me porque

hoje em dia tal não se verifica assim, a situação aos poucos parecia querer ir ao lugar, mas eu não podia estar assim a receber ajuda sem poder pagar alguma coisa ao centro de dia, falei novamente com a assistente social que me encaminhou para um pedido de pensão por invalidez, o que veio a ocorrer tempos mais tarde.

... Agora já posso pagar as minhas contas pelo que estou mais contente. Depois foi-me proposto passar o dia no centro de dia, onde poderia estar mais distraído, mas eu não conseguia andar sem apoio, mais uma vez fui falar com a assistente social que me arranjou umas canadeanas.

Assim, agora tenho todos estes apoios no centro de dia, onde os enfermeiros vão fazer-me o penso e onde tenho a comidinha a tempos e a horas, e muitas festas e passeios, olhe pareço uma outra pessoa, e acima de tudo ganhei gosto por viver...

## **ANEXO N° 10**

Transcrição e Categorização das perguntas das  
várias entrevistas

**CATEGORIZAÇÃO DAS PERGUNTAS ABERTAS DA ENTREVISTA ESTRUTURADA - IDOSOS INDICADORES**

Quest. Nº	9 - Ajuda a quem recorre? Suportes de Apoio ao idoso		11- Motivo da integração – Outros		II - 5 – Rendimento mensal – Outra	
	Suporte Formal - Centro de Dia	Centro de Dia	Factores que desencadearam a necessidade	II - 1- Profissão que exercia ou exerce	Tipo de profissão	
1	Suporte Formal - Centro de Dia	Centro de Dia			Trabalhador não qualificado - Não tinha profissão certa, fazia o que lhe aparecia para fazer, biscoites e outras vezes ia à maré.	
2	Suporte Formal - Centro de Dia, enfermeiros e técnicos do A. D.I	Centro de Dia e recursos humanos do ADI	Limitações físicas dos familiares - O facto da minha mulher sozinha não ter condições para me tratar		Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas - Trabalhador rural	
3	Suporte Formal - Centro de Dia e A. D.I	Centro de dia e ADI	Limitações físicas dos familiares - O meu marido sozinho não tinha condições físicas para me tratar		Doméstica - Doméstica	
4	Suporte Formal - Centro de Dia e A. D.I	Centro de dia e ADI	Falta de disponibilidade dos familiares - Falta de disponibilidade por parte dos familiares em prestar o apoio necessário e devido.		Doméstica	
5	Suporte Formal - A.D.I	ADI	Falta de disponibilidade dos familiares - Não há disponibilidade familiar para prestar cuidados.		Doméstica	
6	Suporte Formal - Técnicos do A.D.I	Recursos humanos do ADI			Trabalhador não qualificado - Não exerce qualquer profissão, actualmente está com tuberculose e hábitos etílicos pelo que vive da caridade. Em tempos diz ter sido pedreiro.	
7	Suporte Formal e Informal - Ao Centro de Dia ( A. D.I ) e outra senhora que também presta ajuda	Centro de Dia e Amiga	Limitações Pessoais -Impossibilidade para a realização/ confecção de alimentos higiene pessoal e habitacional.		Doméstica - Doméstica	
8	Suporte Formal - Técnicos do A. D.I e Centro de Dia	Centro de Dia e Recursos humanos do ADI			Doméstica	
9	Suporte Formal - Técnicos do A.D.I, enfermeiros e acção social	Recursos Humanos do ADI e Acção Social			Operários, Artífices e Trabalhadores similares - Costureira	
10	Suporte Formal - Centro de Dia e equipa do A. D.I	Centro de Dia e recursos humanos do ADI			Doméstica - Doméstica e por vezes quando a necessidade apertava ia à maré.	

**CATEGORIZAÇÃO DAS PERGUNTAS ABERTAS DA ENTREVISTA ESTRUTURADA - IDOSOS INDICADORES**

Quest. N°	IV- 1 -Doença que mais o aflige? Medo em relação à doença	V- 3 - Relacionamento- Porquê? Tipo de relacionamento com a equipa	V - 5 - Quantas vezes por dia Frequência dos apoios por tipo	6- Melhorar o dia a dia Efeitos da intervenção do ADI	9- Como devem ser tratados os idosos Aspectos que privilegiam na relação
1	Doença que faça perder as capacidades - Trombose - A . V.C - ficando sem movimentos à mercê nem eu sei de quem.	Relacionamento positivo -Todos são muito atenciosos	Enfermagem 1 vez Centro de dia 3 vezes ( manhã, almoço e tarde)	Melhoria Geral, devendo ser integrado o aspecto lúdico -O meu dia a dia melhorou muito desde que fui integrado no apoio domiciliário integrado, actualmente melhoraria se este apoio tivesse actividades lúdicas que ajudassem a passar o tempo.	<b>Ênfase nos aspectos afectivos</b> - Penso que as pessoas idosas deveriam ser tratadas com mais dignidade, mais respeito.
2	Não sabe - Não sei	Relacionamento positivo - São todos muito simpáticos, dou-me bem com todos	3 vezes por dia - Centro de Dia 1 vez por dia enfermagem	<b>Não produziu efeitos</b> - O meu dia a dia só melhoraria se eu pudesse andar, como isso não pode ser, que Deus me vá conservando assim e à minha mulher também.	<b>Ênfase nos aspectos afectivos</b> - Com mais carinho e não gozar, pois um dia também vão ser velhos.
3	Não sabe - Não sei	Relacionamento intermédio -Por vezes não admitem ser chamados à atenção.	Enfermagem - 1 vez Centro de dia 2 vezes	Melhoria ao nível dos cuidados prestados - Se não me faltar o apoio foi é bom, mas nas minhas condições não posso pedir mais.	<b>Ênfase nos aspectos afectivos</b> - Com carinho, amizade, sem interesses.
4	Todas - Não sei, são todas.	Relacionamento positivo -Pois sempre que necessito de algum e lhes peço, nunca vejo isso negado.	3 vezes por dia - Centro de dia 1 vez por dia - enfermagem	Melhoria devendo ser integrado o aspecto lúdico - Gostava de ter algo que me distrai-se pois tenho a televisão e por vezes aborreço-me olhar para lá.	<b>Ênfase nos aspectos afectivos</b> - Com muitos miminhos, pois passaram por muito na vida para chegarem ao seu fim, sem carinho e muitas abandonadas.
5	Todas - Todas	Relacionamento positivo -Porque eu sou muito difícil e todos - têm muita paciência para mim.	2 a 3 vezes por dia ( enfermagem 1 vez)	Melhoria ao nível dos cuidados prestados -Como não é possível voltar à minha forma de antes, se não piorar já está bem.	<b>Ênfase nos aspectos afectivos</b> - Com muito carinho e tempo (disponibilidade)
6	Alcooolismo - O alcooolismo que não consegue controlar mesmo após várias tentativas.	Relacionamento positivo -São compreensivos comigo, apesar de eu os estar sempre a desiludir, pois não consigo deixar este mau hábito.	Enfermagem 1 vez por dia Centro de Dia - 2 vezes dia	Melhoria , devendo ser integrado o aspecto lúdico - Que Deus me dê forças para de uma vez para sempre deixar de beber, curar a tuberculose e arranjar qualquer ocupação para passar o tempo.	<b>Ênfase nos aspectos afectivos</b> - Com dedicação e que estes programas cada vez mais vão para a frente e se alarguem para terem mais tempo disponível para passarem com a gente.
7	Todas - A palavra doença, só por si é motivo para que me aflijja	Relacionamento positivo - Eu simpatizo com os senhores e penso que eles também simpatizam comigo, por vezes à zangas devido do feito do meu irmão.	3 vezes dia ( apoio social ) 1 vez dia ( enfermagem )	Melhoria ao nível dos cuidados prestados -Como já pouco haverá para fazer, que não me falte a companhia e os cuidados que necessito, já me sinto bem.	<b>Ênfase nos aspectos afectivos</b> - Com muito carinho, deveria de haver pessoas com mais disponibilidade para estar com os velhinhos e assim ocuparem-lhe o
8	Todas - Todas	Relacionamento positivo - Porque são atentos às necessidades e pedidos feitos por nós.	Enfermeiro alternados - 1 vez Centro de dia - 2 a 3 vezes dia		

CATEGORIZAÇÃO DAS PERGUNTAS ABERTAS DA ENTREVISTA ESTRUTURADA - IDOSOS

INDICADORES						
Quest. N°	IV- 1 -Doença que mais o aflige? Medo em relação à doença	V- 3 – Relacionamento- Porquê? Tipo de relacionamento com a equipa	V – 5 – Quantas vezes por dia Frequência dos apoios por tipo	6- Melhorar o dia a dia Efeitos da intervenção do ADI	9- Como devem ser tratados os idosos Aspectos que privilegiam na relação	
9	Doença que faça perder as capacidades - Uma doença grave e o facto de ir perdendo lentamente as forças dos músculos o que me vai debilitando	Relacionamento positivo - Porque quase que existe uma relação de família e uma família que se dá muito bem por sinal, nunca houve um mal entendido.	Enfermeiro 1 vez dia Acção social 2 a 3 vezes dia	Melhoria, devendo ser integrado o aspecto lúdico - Actividades que nos ajudem a matar o tempo ou pelo menos a passar mais rápido, tenho muita vontade em participar em muitas coisas, mas sabe tenho que ser "picada" por os outros para fazer as coisas, pois sou um pouco acomodada.	Ênfase nos aspectos afectivos - Com muito amor e darem-nos oportunidades para ensinar com a nossa experiência de vida aos outros mais novos.	
10	Todas - Todas	Relacionamento positivo -Porque eu não sou muito exigente e concordo com o que os senhores me dizem, logo damo-nos todos muito bem.	1 vez enfermagem 2 a 3 vezes o Centro de dia.	Melhoria, devendo ser integrado o aspecto lúdico - Gostava que as Srª estivessem mais tempo comigo, pois assim os dias pareciam mais pequenos.	Ênfase nos aspectos afectivos -Com carinho, muita amizade pois os novos não sabem se lá vão chegar e se chegarem gostariam de ter alguém que também olhasse por eles, ou para eles como pessoas e não como velhos que nada necessitam e se podem jogar ao abandono.	

**CATEGORIZAÇÃO DAS PERGUNTAS ABERTAS DA ENTREVISTA ESTRUTURADA**

Indicadores		11- ADI para melhorar condições de vida	13- O que mais o preocupa	14- O que mais lhe agrada na vida?	20 – Grau de satisfação - Porquê
Quest.nº	Categorias	Sugestões para a melhoria dos serviços	Medos	Atitude face à vida	Aspectos positivos do ADI
1	- Criação de actividades ocupacionais - Penso que já disse que o A. D.I melhorou a minha vida em tudo, porém sei que deveria ser aberto aos idosos do campo que ainda estão mais isolados e quem sabe criar a ? dos convívios- actividades ocupacionais ( eu gostaria de entrar num torneio de jogos, cartas, dominó )	- Criação de actividades ocupacionais - Irem até mais longe apoiar os velhos que estão sozinhos e arranjar maneira também de os distrair.	<b>Incapacidade física</b> <b>Problemas de ordem material</b> - O facto de estar a envelhecer, a perder capacidades físicas e funcionais e saber que um dia mais tarde irei entrar para um lar pois a reforma é baixíssima, não dá para pagar a estadia.	- O facto de viver. <b>Optimismo</b>	<b>Apoio afectivo</b> <b>Combate a solidão</b> <b>Supporte instrumental</b> - Não me sinto só, sei que tenho algum serviço em quem posso confiar casa haja necessidade.
2	- Aumentar o tempo de permanência com os idosos - Mais tempo disponível para passarem com as pessoas no programa	- Irem até mais longe apoiar os velhos que estão sozinhos e arranjar maneira também de os distrair.	<b>Incapacidade física do suporte informal primário</b> <b>Maior dependência</b> - É a minha mulher adoeceu também, aí depois é que vão ser elas, o que seria feito de nós.	<b>Tristeza</b> - Pouco me agrada, mas se continuar assim por algum tempo, já não é mau.	<b>Apoio afectivo</b> <b>Combate a solidão</b> <b>Supporte instrumental</b> - A minha senhora já não anda angustiada, por sozinha não conseguir tratar de mim.
3	- Aumentar o tempo de permanência com os idosos - Estarem mais tempo conosco pois vamos conversando e o tempo passa mais rápido, mas eu sei que as senhoras têm muitos doentes para visitarem e que não podem estar mais tempo conosco.	- Aumentar o tempo de permanência com os idosos - Estarem mais tempo conosco pois vamos conversando e o tempo passa mais rápido, mas eu sei que as senhoras têm muitos doentes para visitarem e que não podem estar mais tempo conosco.	<b>Incapacidade física</b> <b>Maior dependência</b> - Ficar mais debilitada, causando mais trabalho ao meu esposo e às senhoras. <b>Maior dependência</b> -É vir a dar mais trabalhos à minha família.	<b>Tristeza</b> - Actualmente já pouco me agrada, pois a vontade de viver tem ido aos poucos, ficando adormecida, sabe já estou dormente.	<b>Supporte instrumental</b> -Pois só assim me foi possível ter cuidados a horas.
4	- Aumentar o tempo de permanência com os idosos - As senhoras terem mais tempo para ficarem conosco	- Aumentar o tempo de permanência com os idosos - As senhoras terem mais tempo para ficarem conosco	<b>Maior dependência</b> - Que o meu estado de saúde se venha agravar causando mais chatices à família.		<b>Supporte instrumental</b> - Só assim foi possível ter apoio/cuidados, pois a minha família está toda a trabalhar pelo que não podia ficar a tomar conta de mim.
5	- Aumentar o tempo de permanência com os idosos - Que o A. D.I tivesse disponibilidade para nos entreter, o tempo passava mais depressa.	- Aumentar o tempo de permanência com os idosos - Que o A. D.I tivesse disponibilidade para nos entreter, o tempo passava mais depressa.	<b>Falta de confiança em si próprio</b> - O facto de não ter coragem e vontade suficiente para parar de beber e pensar que se um dia me deixarem de dar de comer e os tratamentos o que vai ser de mim.		<b>Apoio afectivo</b> - Porque têm paciência para aturar o meu mau humor.
6	- Aumentar o tempo de permanência com os idosos - Para mim que já nada me irá melhorar a minha vida, mas como já disse se as pessoas que prestam os serviços, ou fossem mais, ou tivessem mais tempo e paciência para estarem com os idosos, o tempo passava mais depressa e sentiam-se bem a fazer algumas coisas.	- Aumentar o tempo de permanência com os idosos - Para mim que já nada me irá melhorar a minha vida, mas como já disse se as pessoas que prestam os serviços, ou fossem mais, ou tivessem mais tempo e paciência para estarem com os idosos, o tempo passava mais depressa e sentiam-se bem a fazer algumas coisas.	<b>Maior dependência</b> <b>Medo da solidão</b> - O facto de não ter coragem e vontade suficiente para parar de beber e pensar que se um dia me deixarem de dar de comer e os tratamentos o que vai ser de mim.		<b>Apoio afectivo</b> <b>Supporte instrumental</b> - Só assim me senti gente novamente ao saber que existia alguém mais que não fosse um serviço que se responsabilizaria por mim, isto é olharia por mim.
7	- Mais estruturas de apoio e envolver mais pessoas no A. D.I para ajudarem a passar o tempo.	- Mais estruturas de apoio e envolver mais pessoas no A. D.I para ajudarem a passar o tempo.	<b>Maior dependência</b> - O facto de sentir que estou de dia para dia a ficar mais dependente e que o meu irmão também para lá vai caminhando, e eu sempre o tive a ele, mas ele não vai ter ninguém, a não ser as Srª da assistência social. Ainda bem que existem	<b>Tristeza</b> - Na situação em que me encontro já nada me agrada, ou melhor o facto de estar viva já é motivo para me alegrar.	<b>Supporte instrumental</b> - Se não houvesse este apoio já estaria morta, pois o meu irmão não saberia, nem teria condições para me prestar o apoio que eu necessito.
8			<b>Maior dependência</b> - O facto de cada vez mais estar mais velha e ir perdendo as minhas faculdades.	<b>Optimismo</b> - Viver.	<b>Apoio afectivo</b> <b>Combate a solidão</b> <b>Supporte instrumental</b> - O apoio é dado a horas o que faz com que não me sinta sozinha, pois sei que posso contar com uma equipa que existe para me agradecer, a mim e aos outros.

Indicadores			
Quest.nº	11- ADI para melhorar condições de vida Sugestões para a melhoria dos serviços	13- O que mais o preocupa Medos	14- O que mais lhe agrada na vida? Atitude face à vida
9	<p><b>Criar actividades ocupacionais</b></p> <p>- Actividades que nos ajudem a passar o tempo. Passeios</p>	<p><b>Medo associados aos problemas mundiais</b></p> <p>-As guerras que se iniciam a toda a hora e em todo o lado.</p>	<p><b>20 – Grau de satisfação - Porquê</b></p> <p><b>Aspectos positivos do ADI</b></p> <p>Apelo afectivo Suporte instrumental - Porque só assim consigo continuar a viver com dignidade.</p>
10	<p><b>Criar actividades ocupacionais</b></p> <p>-Ocuparem o tempo dos idosos de forma útil, distraíndo-os.</p>	<p><b>Incapacidade física</b></p> <p><b>Maior dependência</b></p> <p>- Como me encontro acamada a minha maior preocupação é começar a ficar mais debilitada, abrindo feridas o que iria causar muitas dores e sofrimento a mim e aos outros que de mim tratam.</p>	<p>Apelo afectivo Combate a solidão Suporte instrumental - Se não fosse este apoio estaria já morta, pois ninguém chegaria ao pé para ver o que faz falta.</p>



TRANSCRIÇÃO DAS PERGUNTAS ABERTAS DA ENTREVISTA ESTRUTURADA - IDOSOS

Nº	9 - Ajuda a quem recorre? Quais	11 - Motivo da integração - Outros	11 - 1 - Profissão que exercia ou exerce	11 - 5 - Rendimento mensal - Outra	IV - 1 - Doença que mais o aflige
1	Centro de Dia		Não tinha profissão certa, fazia o que lhe aparecia para fazer, biscates e outras vezes ia à maré.		Trombose - A . V.C - ficando sem movimentos à mercê nem eu sei de quem.
2	Centro de Dia, enfermeiros e técnicos do A. D.I	O facto da minha mulher sozinha não ter condições para me tratar	Trabalhador rural		Não sei
3	Centro de Dia e A. D.I	O meu marido sozinho não tinha condições físicas para me tratar	Doméstica	Ajudas pontuais da família	Não sei
4	Centro de Dia e A. D.I	Falta de disponibilidade por parte dos familiares em prestar o apoio necessário e devido.	Doméstica		Não sei, são todas.
5	A. D.I e empréstimo de cama articulada	Não há disponibilidade familiar para prestar cuidados.	Doméstica		Todas
6	Técnicos do A. D.I		Não exerce qualquer profissão, actualmente está com tuberculose e hábitos etílicos pelo que vive da caridade. Em tempos diz ter sido pedreiro.	Dinheiro esporádico que alguns amigos lhe dão e apoio ao nível do Centro de Dia na alimentação.	O alcoolismo que não consegue controlar mesmo após várias tentativas.
7	Ao Centro de Dia ( A. D.I ) e outra senhora que também presta ajuda	Impossibilidade para a realização/confeção de alimentos higiene pessoal e habitacional.	Doméstica	Pensão do irmão.	A palavra doença, só por si é motivo para que me aflija .
8	Técnicos do A. D.I e Centro de Dia		Doméstica		Todas
9	Técnicos do A. D.I, enfermeiros e acção social		Costureira		Uma doença grave e o facto de ir perdendo lentamente as forças dos músculos o que me vai debilitando
10	Centro de Dia e equipa do A. D.I		Doméstica e por vezes quando a necessidade apertava ia à maré.		Todas

1	V-3 - Relacionamento- Porque? Todos são muito atenciosos	V - 5 - Quantas vezes por dia Enfermagem 1 vez Centro de dia 3 vezes ( manhã, almoço e tarde )	6- Melhorar o dia a dia O meu dia a dia melhorou muito desde que fui integrado no apoio domiciliário integrado, actualmente melhoraria se este apoio tivesse actividades lúdicas que ajudassem a passar o tempo.	9- Como devem ser tratados os idosos Penso que as pessoas idosas deveriam ser tratadas com mais dignidade, mais respeito.	11- ADI para melhorar condições de vida Penso que já disse que o A . D.I melhorou a minha vida em tudo, porém seu que deveria ser aberto aos isolados do campo que ainda estão mais isolados e quem sabe criar a ? dos convívios- actividades ocupacionais ( eu gostaria de entrar num torneio de jogos, cartas, dominó )
2	São todos muito simpáticos, dou-me bem com todos	3 vezes por dia - Centro de Dia 1 vez por dia enfermagem	O meu dia a dia só melhoraria se eu pudesse andar, como isso não pode ser, que Deus me vá conservando assim e à minha mulher também.	Com mais carinho e não gozar, pois um dia também vão ser velhos.	Irem até mais longe apoiar os velhos que estão sozinhos e arranjar em maneira também de os distrair.
3	Por vezes não admitem ser chamados à atenção.	Enfermagem - 1 vez Centro de dia 2 vezes	Se não me faltar o apoio foi é bom, mas nas minhas condições não posso pedir mais.	Com carinho; amizade, sem interesses.	Mais tempo disponível para passarem com as pessoas no programa
4	Pois sempre que necessito de algum e lhes peço, nunca vejo isso negado.	3 vezes por dia - Centro de dia 1 vez por dia - enfermagem	Gostava de ter algo que me distrai-se pois tenho a televisão e por vezes aborreço-me olhar para lá.	Com muitos miminhos, pois passaram por muito na vida para chegarem ao seu fim, sem carinho e muitas abandonadas.	Estarem mais tempo conosco pois vamos conversando e o tempo passa mais rápido, mas eu sei que as senhoras têm muitos doentes para visitarem e que não podem estar mais tempo conosco.
5	Porque eu sou muito difícil e todos têm muita paciência para mim.	2 a 3 vezes por dia ( enfermagem 1 vez )	Como não é possível voltar à minha forma de antes, se não piorar já está bem.	Com muito carinho e tempo (disponibilidade)	As senhoras terem mais tempo para ficarem conosco
6	São compreensivos comigo, apesar de eu os estar sempre a desiludir, pois não consigo deixar este mau hábito.	Enfermagem 1 vez por dia Centro de Dia - 2 vezes dia	Que Deus me dê forças para de uma vez para sempre deixar de beber, curar a tuberculose e arranjar qualquer ocupação para passar o tempo.	Com dedicação e que estes programas cada vez mais vão para a frente e se alargarem para terem mais tempo disponível para passarem com a gente.	Que o A .D.I tivesse disponibilidade para nos entreter, o tempo passava mais depressa.
7	Eu simpatizo com os senhores e penso que eles também simpatizam comigo, por vezes à zangas devido do feito do meu irmão.	3 vezes dia ( apoio social ) 1 vez dia ( enfermagem )	Como já pouco haverá para fazer, que não me falte a companhia e os cuidados que necessito, já me sinto bem.	Com muito carinho, deveria de haver pessoas com mais disponibilidade para estar com os velhinhos e assim ocuparem-lhe o	Para mim que já nada me irá melhorar a minha vida, mas como já disse se as pessoas que prestam os serviços, ou fossem mais, ou tivessem mais tempo e paciência para estarem com os idosos, o tempo passava mais depressa e sentiam-se bem a fazer algumas coisas.
8	Porque são atentos às necessidades e pedidos feitos por nós.	Enfermeiro alternados - 1 vez dia Centro de dia - 2 a 3 vezes dia	Actividades que nos ajudem a matar o tempo ou pelo menos a passar mais rápido, tenho muita vontade em participar em muitas coisas, mas sabe tenho que ser " picada" por os outros para fazer as coisas, pois sou um pouco acomodada.	Com muito amor e darem-nos oportunidades para ensinar com a nossa experiência de vida aos outros mais novos.	Mais estruturas de apoio e envolver mais pessoas no A . D.I para ajudarem a passar o tempo.
9	Porque quase que existe uma relação de família e uma família que se dá muito bem por sinal, nunca houve um mal entendido.	Enfermeiro 1 vez dia Acção social 2 a 3 vezes dia	Gostava que as Sr <sup>as</sup> estivessem mais tempo comigo, pois assim os dias pareciam mais pequenos.	Com carinho, muita amizade pois os novos não sabem se lá vão chegar e se chegam gostariam de ter alguém que também olhasse por eles, ou para eles como pessoas e não como velhos que nada necessitam e se podem jogar ao abandono.	Actividades que nos ajudem a passar o tempo. Passeios
10	Porque eu não sou muito exigente e concordo com o que os senhores me dizem, logo damo-nos todos muito bem.	1 vez enfermagem 2 a 3 vezes o Centro de dia.			

N.º	13.- O que mais o preocupa	14.- O que mais lhe agrada na vida?	20 - Grau de satisfação - Porquê
1	O facto de estar a envelhecer, a perder capacidades físicas e funcionais e saber que um dia mais tarde irei ( eu e as assistentes sociais ) ter dificuldades em entrar para um lar pois a reforma é baixinha, não dá para pagar a estadia.	O facto de viver.	Não me sinto só, sei que tenho algum serviço em quem posso confiar casa haja necessidade.
2	É a minha mulher adoecer também, aí depois é que vão ser elas, o que seria feito de nós.	Pouco me agrada, mas se continuar assim por algum tempo, já não é mau.	A minha senhora já não anda angustiada, por sozinha não conseguir tratar de mim.
3	Ficar mais debilitada, causando mais trabalho ao meu esposo e às senhoras.	Actualmente já pouco me agrada, pois a vontade de viver tem ido aos poucos, ficando adormecida, sabe já estou dormente.	Pois só assim me foi possível ter cuidados a horas.
4	É vir a dar mais trabalhos à minha família.		Só assim foi possível ter apoio/cuidados, pois a minha família está toda a trabalhar pelo que não podia ficar a tomar conta de mim.
5	Que o meu estado de saúde se venha agravar causando mais chatices à família.		Porque têm paciência para aturar o meu mau humor.
6	O facto de não ter coragem e vontade suficiente para parar de beber e pensar que se um dia me deixarem de dar de comer e os tratamentos o que vai ser de mim..		Só assim me senti gente novamente ao saber que existia alguém mais que não fosse um serviço que se responsabilizaria por mim, isto é olharia por mim.
7	O facto de sentir que estou de dia para dia a ficar mais dependente e que o meu irmão também para lá vai caminhando, e eu sempre o tive a ele, mas ele não vai ter ninguém, a não ser as Sr.ª da assistência social. Ainda bem que existem	Na situação em que me encontro já nada me agrada, ou melhor o facto de estar viva já é motivo para me alegrar.	Se não houvesse este apoio já estaria morta, pois o meu irmão não saberia, nem teria condições para me prestar o apoio que eu necessito.
8	O facto de cada vez mais estar mais velha e ir perdendo as minhas faculdades.	Viver	O apoio é dado a horas o que faz com que não me sinta sozinha, pois sei que posso contar com uma equipa que existe para me agardar, a mim e aos outros.
9	As guerras que se iniciam a toda a hora e em todo o lado.		Porque só assim consigo continuar a viver com dignidade.
10	Como me encontro acamada a minha maior preocupação é começar a ficar mais debilitada, abrindo feridas o que iria causar muitas dores e sofrimento a mim e aos outros que de mim tratam.		Se não fosse este apoio estaria já morta, pois ninguém chegaria ao pé para ver o que faz falta.

# Frequencies

## Statistics

		Sexo	IDADE	Estado civil	Residência Habitual	Tipo de habitação	Acesso
N	Valid	10	10	10	10	10	10
	Missing	0	0	0	0	0	0

## Statistics

		Infraestruturas da casa	Possui escadas	Tipo de casa	Com quem vive habitualmente	Quem o costuma visitar	Pode contar com o apoio familiar
N	Valid	10	10	10	10	5	10
	Missing	0	0	0	0	5	0

## Statistics

		Quando precisa de ajuda a quem recorre	TEMPOADI	Motivos que o levaram a integrar	Reformada	Habilitações literárias	Rendimentos que auferes
N	Valid	10	10	10	10	10	10
	Missing	0	0	0	0	0	0

## Statistics

		Sente-se satisfeito com a reforma	Proveniência do rendimento mensal	Senta-se, deita-se e levanta-se sozinho ?	Alimenta-se pela sua mão ?	Toma banho sozinho	Veste-se sozinho
N	Valid	9	10	10	10	10	10
	Missing	1	0	0	0	0	0

**Statistics**

		Caminhar 1 Km	Sobe escadas sozinha	Vai à rua sozinha ?	Continência	Utilização de sanitários	Perde urina ou fezes sem querer
N	Valid	10	10	10	7	10	10
	Missing	0	0	0	3	0	0

**Statistics**

		Algaliado ou fraldas	Como define o seu estado de saúde	O seu estado de saúde limita-o	Grau de energia	Cuidados de saúde no domicílio	Apoio psicossocial
N	Valid	6	10	10	10	10	10
	Missing	4	0	0	0	0	0

**Statistics**

		higiene pessoal	Higiene habitacional	Fornecimento de refeições	Tratamento de roupas	Acompanhamento ao exterior	Pequenas reparações no domicílio
N	Valid	10	10	10	10	10	10
	Missing	0	0	0	0	0	0

**Statistics**

		Como classifica o apoio prestado	Prestadores de cuidados	Dias de apoio	Como encara a possibilidade de uma doença grave	Sente solidão
N	Valid	10	10	10	10	10
	Missing	0	0	0	0	0

**Statistics**

		Maior necessidade	Acessibilidade dos serviços melhorou	Serviços de Saúde	Serviços de Acção Social	Grau de satisfação	Suportes de apoio ao idoso
N	Valid	10	10	10	10	10	10
	Missing	0	0	0	0	0	0

**Statistics**

		Suporte de apoio ao idoso	Factores que desencadearam necessidade	Tipo de profissão	Rendimentos mensais - outros	Medo em relação à doença	Tipo de relacionamento com a equipa
N	Valid	10	5	10	3	10	10
	Missing	0	5	0	7	0	0

**Statistics**

		Efeitos da intervenção do ADI	Aspectos que privilegiam na relação	Sugestões para melhoria dos serviços	Incapacidade física	Medo de problemas de ordem económica
N	Valid	9	10	10	10	10
	Missing	1	0	0	0	0

**Statistics**

		Medo de maior dependência	INCFISIP	Medo da solidão	Medo de ter falta de confiança em si próprio	Medos associadas aos problemas mundiais	Atitude face à vida
N	Valid	10	10	10	10	10	5
	Missing	0	0	0	0	0	5

**Statistics**

		Aspectos positivos do ADI - Apoio afectivo	Aspectos positivos do ADI - Combate à solidão	Aspectos positivos do ADI - Suporte instrumental
N	Valid	10	10	10
	Missing	0	0	0

**Frequency Table**

**Sexo**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Masculino	3	30,0	30,0	30,0
	Feminino	7	70,0	70,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

**IDADE**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	63	1	10,0	10,0	10,0
	65	1	10,0	10,0	20,0
	68	1	10,0	10,0	30,0
	75	1	10,0	10,0	40,0
	78	1	10,0	10,0	50,0
	81	1	10,0	10,0	60,0
	84	1	10,0	10,0	70,0
	87	1	10,0	10,0	80,0
	90	1	10,0	10,0	90,0
	91	1	10,0	10,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

**Estado civil**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Casado	4	40,0	40,0	40,0
	Solteiro	2	20,0	20,0	60,0
	Viúvo	4	40,0	40,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

**Residência Habitual**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Olhão	7	70,0	70,0	70,0
	Queffes	3	30,0	30,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

### Tipo de habitação

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Própria	6	60,0	60,0	60,0
	Arrendada	3	30,0	30,0	90,0
	Outra	1	10,0	10,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

### Acesso

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Bom	7	70,0	70,0	70,0
	Rasoável	2	20,0	20,0	90,0
	Maú	1	10,0	10,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

### Infraestruturas da casa

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Todas	9	90,0	90,0	90,0
	Apenas cozinha	1	10,0	10,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

### Possui escadas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	10	100,0	100,0	100,0

### Tipo de casa

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Casa central com vizinhos	8	80,0	80,0	80,0
	Casa isolada	1	10,0	10,0	90,0
	Casa isolada com vizinhos	1	10,0	10,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

### Com quem vive habitualmente

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sozinho	5	50,0	50,0	50,0
	Cônjuge	3	30,0	30,0	80,0
	Irmão	1	10,0	10,0	90,0
	Filhos casados	1	10,0	10,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	



**Quem o costuma visitar**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Técnicos de A.D.I	2	20,0	40,0	40,0
	Técnicos e Amigos/Vizinhos	2	20,0	40,0	80,0
	Técnicos e Filhos	1	10,0	20,0	100,0
	Total	5	50,0	100,0	
Missing	System	5	50,0		
Total		10	100,0		

**Pode contar com o apoio familiar**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	5	50,0	50,0	50,0
	Não	4	40,0	40,0	90,0
	Às vezes	1	10,0	10,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

**Quando precisa de ajuda a quem recorre**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Outros	5	50,0	50,0	50,0
	Família e Outros	5	50,0	50,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

**TEMPOADI**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	60	1	10,0	10,0	10,0
	120	2	20,0	20,0	30,0
	180	1	10,0	10,0	40,0
	270	1	10,0	10,0	50,0
	365	1	10,0	10,0	60,0
	420	1	10,0	10,0	70,0
	450	1	10,0	10,0	80,0
	540	1	10,0	10,0	90,0
	730	1	10,0	10,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

### Motivos que o levaram a integrar

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Falta de ap. fam, ass.saúde, e falta de rec. econ.	2	20,0	20,0	20,0
	Outros	3	30,0	30,0	50,0
	Falta de apoio fam. e assistência à saúde	4	40,0	40,0	90,0
	Falta de recursos económicos e outros	1	10,0	10,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

### Reformada

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Reforma por doença	10	100,0	100,0	100,0

### Habilitações literárias

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	analfabeto	2	20,0	20,0	20,0
	Assina o nome	3	30,0	30,0	50,0
	Primária completa	4	40,0	40,0	90,0
	Primária incompleta	1	10,0	10,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

### Rendimentos que aufera

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	21 a 50 c/mês	9	90,0	90,0	90,0
	nenhum	1	10,0	10,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

### Sente-se satisfeito com a reforma

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	8	80,0	88,9	88,9
	Não	1	10,0	11,1	100,0
	Total	9	90,0	100,0	
Missing	System	1	10,0		
Total		10	100,0		

**Proveniência do rendimento mensal**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pensão de reforma	2	20,0	20,0	20,0
	Pensões do próprio e do conjugue	1	10,0	10,0	30,0
	Pensões do próprio e conjugue e ajudas fam.	1	10,0	10,0	40,0
	Pensão de reforma e de sobrevivência	3	30,0	30,0	70,0
	Trabalho conjugue e reforma do próprio	1	10,0	10,0	80,0
	Ajudas de amigos	1	10,0	10,0	90,0
	Pensão do próprio e do irmão	1	10,0	10,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

**Senta-se,deita-se e levanta-se sozinho ?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sem dificuldade	1	10,0	10,0	10,0
	Com dificuldade	3	30,0	30,0	40,0
	Com o auxílio de outrem	3	30,0	30,0	70,0
	Rara/ se levanta, só com o auxílio de duas pessoas	1	10,0	10,0	80,0
	Permanentemente deitado	2	20,0	20,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

**Alimenta-se pela sua mão ?**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sem dificuldade	5	50,0	50,0	50,0
	Com o mínimo de supervisão	2	20,0	20,0	70,0
	Desde que a comida seja cortada	1	10,0	10,0	80,0
	Não come sem ajuda	1	10,0	10,0	90,0
	Não consegue	1	10,0	10,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

**Toma banho sozinho**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sem dificuldade	1	10,0	10,0	10,0
	Sozinho com dificuldade	3	30,0	30,0	40,0
	Ajuda permanente	2	20,0	20,0	60,0
	Não consegue	4	40,0	40,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

### Veste-se sozinho

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sem dificuldade	2	20,0	20,0	20,0
Sozinho, com dificuldade	2	20,0	20,0	40,0
Com a ajuda de outra pessoa	3	30,0	30,0	70,0
não consegue	3	30,0	30,0	100,0
Total	10	100,0	100,0	

### Caminhar 1 Km

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sem dificuldade	1	10,0	10,0	10,0
Com dificuldade, apoio mecânico	3	30,0	30,0	40,0
Apoiado por duas pessoas	1	10,0	10,0	50,0
Não consegue	5	50,0	50,0	100,0
Total	10	100,0	100,0	

### Sobe escadas sozinha

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sem dificuldade	1	10,0	10,0	10,0
Com dificuldade e ajuda mecânica	2	20,0	20,0	30,0
Necessita de outra ajuda	1	10,0	10,0	40,0
Não consegue	6	60,0	60,0	100,0
Total	10	100,0	100,0	

### Vai à rua sozinha ?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sem dificuldade	1	10,0	10,0	10,0
Com dificuldade	3	30,0	30,0	40,0
Com a ajuda de outra pessoa	1	10,0	10,0	50,0
Não vai	5	50,0	50,0	100,0
Total	10	100,0	100,0	

### Continência

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Controlo total	4	40,0	57,1	57,1
Acidentes pessoais	2	20,0	28,6	85,7
Incontinente	1	10,0	14,3	100,0
Total	7	70,0	100,0	
Missing System	3	30,0		
Total	10	100,0		

### Utilização de sanitários

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sem auxílio	3	30,0	30,0	30,0
Necessita de atenção ocasional	1	10,0	10,0	40,0
Não consegue	6	60,0	60,0	100,0
Total	10	100,0	100,0	

### Perde urina ou fezes sem querer

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	6	60,0	60,0	60,0
Não	4	40,0	40,0	100,0
Total	10	100,0	100,0	

### Algaliado ou fraldas

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid algaliado	3	30,0	50,0	50,0
fraldas	2	20,0	33,3	83,3
ostomizado e algaliado	1	10,0	16,7	100,0
Total	6	60,0	100,0	
Missing System	4	40,0		
Total	10	100,0		

### Como define o seu estado de saúde

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Regular	3	30,0	30,0	30,0
Fraco	3	30,0	30,0	60,0
Mau	4	40,0	40,0	100,0
Total	10	100,0	100,0	

### O seu estado de saúde limita-o

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Muito	6	60,0	60,0	60,0
Moderadamente	4	40,0	40,0	100,0
Total	10	100,0	100,0	

### Grau de energia

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Mais	1	10,0	10,0	10,0
Menos	7	70,0	70,0	80,0
Igual	2	20,0	20,0	100,0
Total	10	100,0	100,0	

### Cuidados de saúde no domicílio

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Enfermagem	9	90,0	90,0	90,0
	Médicos e enfermagem	1	10,0	10,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

### Apoio psicossocial

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	10	100,0	100,0	100,0

### higiene pessoal

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	9	90,0	90,0	90,0
	Não	1	10,0	10,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

### Higiene habitacional

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	8	80,0	80,0	80,0
	Não	2	20,0	20,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

### Fornecimento de refeições

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Distribuidas no domicílio	9	90,0	90,0	90,0
	Não tem este serviço	1	10,0	10,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

### Tratamento de roupas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Em instituição	8	80,0	80,0	80,0
	Não tem este serviço	2	20,0	20,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

### Acompanhamento ao exterior

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	3	30,0	30,0	30,0
	Não	7	70,0	70,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

**Pequenas reparações no domicílio**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	10	100,0	100,0	100,0

**Como classifica o apoio prestado**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Muito bom	3	30,0	30,0	30,0
Bom	7	70,0	70,0	100,0
Total	10	100,0	100,0	

**Prestadores de cuidados**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Muito bom	4	40,0	40,0	40,0
Bom	6	60,0	60,0	100,0
Total	10	100,0	100,0	

**Dias de apoio**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Todos	8	80,0	80,0	80,0
Todos e alternados conforme o serviço	2	20,0	20,0	100,0
Total	10	100,0	100,0	

**Como encara a possibilidade de uma doença grave**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Medo de sofrer e incomodar os outros	4	40,0	40,0	40,0
Incomodar os outros	4	40,0	40,0	80,0
Revolta	1	10,0	10,0	90,0
Medo de sofrer, incomodar os outros e revolta	1	10,0	10,0	100,0
Total	10	100,0	100,0	

**Sente solidão**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	2	20,0	20,0	20,0
Não	7	70,0	70,0	90,0
Às vezes	1	10,0	10,0	100,0
Total	10	100,0	100,0	

**Maior necessidade**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Suporte fam/social, Convívio, Lares com internamento	4	40,0	40,0	40,0
	Dinheiro e lares com internamento	2	20,0	20,0	60,0
	Suporte familiar/Social	2	20,0	20,0	80,0
	Suporte familiar/Social e dinheiro	1	10,0	10,0	90,0
	Outro	1	10,0	10,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

**Acessibilidade dos serviços melhorou**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	10	100,0	100,0	100,0

**Serviços de Saúde**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	10	100,0	100,0	100,0

**Serviços de Acção Social**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	10	100,0	100,0	100,0

**Grau de satisfação**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muito satisfeito	1	10,0	10,0	10,0
	Satisfeito	9	90,0	90,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

**Suportes de apoio ao idoso**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Suporte formal	9	90,0	90,0	90,0
	Suporte formal e informal	1	10,0	10,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	



**Suporte de apoio ao idoso**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Centro de dia	1	10,0	10,0	10,0
	Centro de dia e recursos humanos do ADI	3	30,0	30,0	40,0
	Recursos humanos do ADI	1	10,0	10,0	50,0
	Centro de dia e amiga	1	10,0	10,0	60,0
	Recursos humanos do ADI e Acção Social	1	10,0	10,0	70,0
	Centro de dia e ADI	2	20,0	20,0	90,0
	ADI	1	10,0	10,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

**Factores que desencadearam necessidade**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Limitações físicas dos familiares	2	20,0	40,0	40,0
	Falta de disponibilidade dos familiares	2	20,0	40,0	80,0
	Limitações pessoais	1	10,0	20,0	100,0
	Total	5	50,0	100,0	
Missing	System	5	50,0		
Total		10	100,0		

**Tipo de profissão**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Trabalhador não qualificado	2	20,0	20,0	20,0
	Agricultores e trabalhadores qualificados da agri.e pesca	1	10,0	10,0	30,0
	Doméstica	6	60,0	60,0	90,0
	Operários e artífices e trabalhadores similares	1	10,0	10,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

**Rendimentos mensais - outros**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Suporte informal primário	2	20,0	66,7	66,7
	Suporte informal secundário e suporte formal	1	10,0	33,3	100,0
	Total	3	30,0	100,0	
Missing	System	7	70,0		
Total		10	100,0		

### Medo em relação à doença

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Doença que faça perder as capacidades	2	20,0	20,0	20,0
	Não sabe	2	20,0	20,0	40,0
	todas	5	50,0	50,0	90,0
	Alcoolismo	1	10,0	10,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

### Tipo de relacionamento com a equipa

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Positivo	9	90,0	90,0	90,0
	Intermédio	1	10,0	10,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

### Efeitos da intervenção do ADI

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Melhoria geral, devendo ser integra do aspecto lúdico	5	50,0	55,6	55,6
	Não produziu efeitos	1	10,0	11,1	66,7
	Melhoria ao nível dos cuidados prestados	3	30,0	33,3	100,0
	Total	9	90,0	100,0	
Missing	System	1	10,0		
Total		10	100,0		

### Aspectos que privilegiam na relação

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ênfase nos aspectos afectivos	10	100,0	100,0	100,0

### Sugestões para melhoria dos serviços

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Criação de actividades ocupacionais	5	50,0	50,0	50,0
	Aumentar o tempo de permanência com o idoso	5	50,0	50,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

### Incapacidade física

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	3	30,0	30,0	30,0
	Não	7	70,0	70,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

### Medo de problemas de ordem económica

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	1	10,0	10,0	10,0
	Não	9	90,0	90,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

### Medo de maior dependência

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	7	70,0	70,0	70,0
	Não	3	30,0	30,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

### INCFISIP

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	1	10,0	10,0	10,0
	Não	9	90,0	90,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

### Medo da solidão

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	1	10,0	10,0	10,0
	Não	9	90,0	90,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

### Medo de ter falta de confiança em si próprio

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	1	10,0	10,0	10,0
	Não	9	90,0	90,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

### Medos associadas aos problemas mundiais

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	1	10,0	10,0	10,0
	Não	9	90,0	90,0	100,0
	Total	10	100,0	100,0	

**Atitude face à vida**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Optimismo	2	20,0	40,0	40,0
	Tristeza	3	30,0	60,0	100,0
	Total	5	50,0	100,0	
Missing	System	5	50,0		
Total		10	100,0		

**Aspectos positivos do ADI - Apoio afectivo**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	7	70,0	70,0	70,0
	Não	3	30,0	30,0	100,0
Total		10	100,0	100,0	

**Aspectos positivos do ADI - Combate à solidão**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	4	40,0	40,0	40,0
	Não	6	60,0	60,0	100,0
Total		10	100,0	100,0	

**Aspectos positivos do ADI - Suporte instrumental**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	9	90,0	90,0	90,0
	Não	1	10,0	10,0	100,0
Total		10	100,0	100,0	

**File Information**

List of variables on the working file

Name		Position
SEXO	Sexo Measurement Level: Nominal Column Width: Unknown Alignment: Right Print Format: F8 Write Format: F8  Value    Label 1    Masculino 2    Feminino	1
IDADE	Measurement Level: Ordinal Column Width: Unknown Alignment: Right Print Format: F8 Write Format: F8	2
ESTCIVIL	Estado civil Measurement Level: Nominal Column Width: Unknown Alignment: Right	3

Print Format: F8

Write Format: F8

Value	Label
1	Casado
2	Solteiro
3	Viúvo

RESIDÊNC Residência Habitual 4  
Measurement Level: Nominal  
Column Width: Unknown Alignment: Right  
Print Format: F8  
Write Format: F8

Value	Label
1	Olhão
2	Quelfes

HABITAÇÃO Tipo de habitação 5  
Measurement Level: Nominal  
Column Width: Unknown Alignment: Right  
Print Format: F8  
Write Format: F8

Value	Label
1	Própria
2	Arrendada
3	Outra

ACESSO Acesso 6  
Measurement Level: Nominal  
Column Width: Unknown Alignment: Right  
Print Format: F8  
Write Format: F8

Value	Label
1	Bom
2	Rasoável
3	Maú

INFRAEST Infraestruturas da casa 7  
Measurement Level: Nominal  
Column Width: Unknown Alignment: Right  
Print Format: F8  
Write Format: F8

Value	Label
1	Todas
2	Apenas cozinha

ESCADAS Possui escadas 8  
Measurement Level: Nominal  
Column Width: Unknown Alignment: Right  
Print Format: F8  
Write Format: F8

Value	Label
1	Sim
2	Não

TIPOCASA Tipo de casa 9  
Measurement Level: Nominal  
Column Width: 16 Alignment: Right  
Print Format: F8  
Write Format: F8

Value	Label
1	Casa central com vizinhos
2	Casa isolada
3	Casa isolada com vizinhos

COMVIVE Com quem vive habitualmente 10  
Measurement Level: Nominal  
Column Width: Unknown Alignment: Right  
Print Format: F8  
Write Format: F8

Value	Label
1	Sozinho
2	Cônjuge
3	Irmão
4	Filhos casados

VISITAS Quem o costuma visitar 11  
Measurement Level: Nominal  
Column Width: Unknown Alignment: Right  
Print Format: F8  
Write Format: F8

Value	Label
1	Técnicos de A.D.I
2	Técnicos e Amigos/Vizinhos
3	Técnicos e Filhos

APOIOFAM Pode contar com o apoio familiar 12  
Measurement Level: Nominal  
Column Width: Unknown Alignment: Right  
Print Format: F8  
Write Format: F8

Value	Label
1	Sim
2	Não
3	Às vezes

AJUDAREC	Quando precisa de ajuda a quem recorre Measurement Level: Nominal Column Width: Unknown Alignment: Right Print Format: F8 Write Format: F8	13
	Value      Label	
	1      Família	
	2      Outros	
	3      Família e Outros	
TEMPOADI	Measurement Level: Ordinal Column Width: Unknown Alignment: Right Print Format: F8 Write Format: F8	14
MOTIVOIN	Motivos que o levaram a integrar Measurement Level: Nominal Column Width: Unknown Alignment: Right Print Format: F8 Write Format: F8	15
	Value      Label	
	1      Falta de ap. fam, ass.saúde, e falta de rec. econ.	
	2      Outros	
	3      Falta de apoio fam. e assistência à saúde	
	4      Falta de recursos económicos e outros	
REFORMAD	Reformada Measurement Level: Nominal Column Width: Unknown Alignment: Right Print Format: F8 Write Format: F8	16
	Value      Label	
	1      Reforma por doença	
HABILITA	Habilitações literárias Measurement Level: Nominal Column Width: Unknown Alignment: Right Print Format: F8 Write Format: F8	17
	Value      Label	
	1      analfabeto	
	2      Assina o nome	
	3      Primária completa	



4 Primária incompleta

RENDIMEN Rendimentos que auferi 18  
Measurement Level: Nominal  
Column Width: Unknown Alignment: Right  
Print Format: F8  
Write Format: F8

Value	Label
1	21 a 50 c/mês
2	nenhum

SATISREF Sente-se satisfeito com a reforma 19  
Measurement Level: Nominal  
Column Width: Unknown Alignment: Right  
Print Format: F8  
Write Format: F8

Value	Label
1	Sim
2	Não

PROVREME Proveniência do rendimento mensal 20  
Measurement Level: Nominal  
Column Width: Unknown Alignment: Right  
Print Format: F8  
Write Format: F8

Value	Label
1	Pensão de reforma
2	Pensões do próprio e do conjuge
3	Pensões do próprio e conjuge e ajudas fam.
4	Pensão de reforma e de sobrevivência
5	Trabalho conjuge e reforma do próprio
6	Ajudas de amigos
7	Pensão do próprio e do irmão

DEITAR      Senta-se, deita-se e levanta-se sozinho ?      21  
Measurement Level: Nominal  
Column Width: Unknown    Alignment: Right  
Print Format: F8  
Write Format: F8

Value	Label
1	Sem dificuldade
2	Com dificuldade
3	Com o auxílio de outrem
4	Rara/ se levanta, só com o auxílio de duas pessoas
5	Permanentemente deitado

ALIMENTA    Alimenta-se pela sua mão ?      22  
Measurement Level: Nominal  
Column Width: Unknown    Alignment: Right  
Print Format: F8  
Write Format: F8

Value	Label
1	Sem dificuldade
2	Com o mínimo de supervisão
3	Desde que a comida seja cortada
4	Não come sem ajuda
5	Não consegue

BANHO      Toma banho sozinho      23  
Measurement Level: Nominal  
Column Width: Unknown    Alignment: Right  
Print Format: F8  
Write Format: F8

Value	Label
1	Sem dificuldade
2	Sozinho com dificuldade
3	Ajuda permanente
4	Não consegue

VESTIR      Veste-se sozinho      24  
Measurement Level: Nominal  
Column Width: Unknown Alignment: Right  
Print Format: F8  
Write Format: F8

Value	Label
1	Sem dificuldade
2	Sozinho, com dificuldade
3	Com a ajuda de outra pessoa
4	não consegue

CAMINHAR      Caminhar 1 Km      25  
Measurement Level: Nominal  
Column Width: Unknown Alignment: Right  
Print Format: F8  
Write Format: F8

Value	Label
1	Sem dificuldade
2	Com dificuldade, apoio mecânico
3	Apoiado por duas pessoas
4	Não consegue

SOBEESCA      Sobe escadas sozinha      26  
Measurement Level: Nominal  
Column Width: Unknown Alignment: Right  
Print Format: F8  
Write Format: F8

Value	Label
1	Sem dificuldade
2	Com dificuldade e ajuda mecânica
3	Necessita de outra ajuda
4	Não consegue

RUA      Vai à rua sozinha ?      27  
Measurement Level: Nominal  
Column Width: Unknown Alignment: Right  
Print Format: F8  
Write Format: F8

Value	Label
1	Sem dificuldade
2	Com dificuldade
3	Com a ajuda de outra pessoa
4	Não vai

CONTINÊN Continência 28  
Measurement Level: Nominal  
Column Width: Unknown Alignment: Right  
Print Format: F8  
Write Format: F8

Value	Label
1	Controlo total
2	Acidentes pessoais
3	Só se for levada ocasional/ ao W.C.
4	Incontinente

SANITÁRI Utilização de sanitários 29  
Measurement Level: Nominal  
Column Width: Unknown Alignment: Right  
Print Format: F8  
Write Format: F8

Value	Label
1	Sem auxílio
2	Necessita de atenção ocasional
3	Não consegue

URINA Perde urina ou fezes sem querer 30  
Measurement Level: Nominal  
Column Width: Unknown Alignment: Right  
Print Format: F8  
Write Format: F8

Value	Label
1	Sim
2	Não

FRALDAS Algaliado ou fraldas 31  
Measurement Level: Nominal  
Column Width: Unknown Alignment: Right  
Print Format: F8  
Write Format: F8

Value	Label
1	algaliado
2	fraldas
3	ostomizado e algaliado

SAÚDE Como define o seu estado de saúde 32  
Measurement Level: Nominal  
Column Width: Unknown Alignment: Right  
Print Format: F8  
Write Format: F8

Value	Label
1	Regular
2	Fraco
3	Mau

LIMITAÇÃO O seu estado de saúde limita-o 33  
Measurement Level: Nominal  
Column Width: Unknown Alignment: Right  
Print Format: F8  
Write Format: F8

Value	Label
1	Muito
2	Moderadamente
3	Nada

ENERGIA Grau de energia 34  
Measurement Level: Nominal  
Column Width: Unknown Alignment: Right  
Print Format: F8  
Write Format: F8

Value	Label
1	Mais
2	Menos
3	Igual

CUIDSAUD Cuidados de saúde no domicílio 35  
Measurement Level: Nominal  
Column Width: Unknown Alignment: Right  
Print Format: F8  
Write Format: F8

Value	Label
1	Médicos
2	Enfermagem
3	Médicos e enfermagem

PSICOSSO Apoio psicossocial 36  
Measurement Level: Nominal  
Column Width: Unknown Alignment: Right  
Print Format: F8  
Write Format: F8

Value Label

1 Sim  
2 Não

HIGIPESS higiene pessoal 37  
Measurement Level: Nominal  
Column Width: Unknown Alignment: Right  
Print Format: F8  
Write Format: F8

Value Label

1 Sim  
2 Não

HIGIHABI Higiene habitacional 38  
Measurement Level: Nominal  
Column Width: Unknown Alignment: Right  
Print Format: F8  
Write Format: F8

Value Label

1 Sim  
2 Não

FORREFEI Fornecimento de refeições 39  
Measurement Level: Nominal  
Column Width: Unknown Alignment: Right  
Print Format: F8  
Write Format: F8

Value Label

1 Distribuidadas no domicilio  
2 Não tem este serviço

TRAROUPA Tratamento de roupas 40  
Measurement Level: Nominal  
Column Width: Unknown Alignment: Right  
Print Format: F8  
Write Format: F8

Value Label

1 Em instituição  
2 Não tem este serviço

ACOMEXTE Acompanhamento ao exterior 41  
Measurement Level: Nominal  
Column Width: Unknown Alignment: Right  
Print Format: F8  
Write Format: F8

Value Label

1 Sim  
2 Não

REPDOMIC Pequenas reparações no domicílio 42  
Measurement Level: Nominal  
Column Width: Unknown Alignment: Right  
Print Format: F8  
Write Format: F8

Value Label

1 Sim  
2 Não

AVALIAÇÃ Como classifica o apoio prestado 43  
Measurement Level: Nominal  
Column Width: Unknown Alignment: Right  
Print Format: F8  
Write Format: F8

Value Label

1 Muito bom  
2 Bom

PRESTADO	Prestadores de cuidados Measurement Level: Nominal Column Width: Unknown Alignment: Right Print Format: F8 Write Format: F8  Value      Label  1      Muito bom 2      Bom	44
DIASAPOI	Dias de apoio Measurement Level: Nominal Column Width: Unknown Alignment: Right Print Format: F8 Write Format: F8  Value      Label  1      Todos 2      Todos e alternados conforme o serviço	45
ENCARA	Como encara a possibilidade de uma doença grave Measurement Level: Nominal Column Width: Unknown Alignment: Right Print Format: F8 Write Format: F8  Value      Label  1      Medo de sofrer e incomodar os outros 2      Incomodar os outros 3      Revolta 4      Medo de sofre, incomodar os outros e revolta	46
SOLIDÃO	Sente solidão Measurement Level: Nominal Column Width: Unknown Alignment: Right Print Format: F8 Write Format: F8  Value      Label  1      Sim 2      Não 3      Às vezes	47



NECESSID Maior necessidade 48  
Measurement Level: Nominal  
Column Width: Unknown Alignment: Right  
Print Format: F8  
Write Format: F8

Value	Label
1	Suporte fam/social, Convívio, Lares com internamento
2	Dinheiro e lares com internamento
3	Suporte familiar/Social
4	Suporte familiar/Social e dinheiro
5	Outro

ACESSIBI Acessibilidade dos serviços melhorou 49  
Measurement Level: Nominal  
Column Width: Unknown Alignment: Right  
Print Format: F8  
Write Format: F8

Value	Label
1	Sim
2	Não

SERVSAUD Serviços de Saúde 50  
Measurement Level: Nominal  
Column Width: Unknown Alignment: Right  
Print Format: F8  
Write Format: F8

Value	Label
1	Sim
2	Não

ACÇÃOSOC Serviços de Acção Social 51  
Measurement Level: Nominal  
Column Width: Unknown Alignment: Right  
Print Format: F8  
Write Format: F8

Value	Label
1	Sim
2	Não

GRAUSATI	Grau de satisfação Measurement Level: Nominal Column Width: Unknown Alignment: Right Print Format: F8 Write Format: F8	52																
	<table border="0"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Value</th> <th style="text-align: left;">Label</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Muito satisfeito</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Satisfeito</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Pouco satisfeito</td> </tr> </tbody> </table>	Value	Label	1	Muito satisfeito	2	Satisfeito	3	Pouco satisfeito									
Value	Label																	
1	Muito satisfeito																	
2	Satisfeito																	
3	Pouco satisfeito																	
SUPORTE	Suportes de apoio ao idoso Measurement Level: Nominal Column Width: Unknown Alignment: Right Print Format: F8 Write Format: F8	53																
	<table border="0"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Value</th> <th style="text-align: left;">Label</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Suporte formal</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Suporte formal e informal</td> </tr> </tbody> </table>	Value	Label	1	Suporte formal	2	Suporte formal e informal											
Value	Label																	
1	Suporte formal																	
2	Suporte formal e informal																	
TIPOAPOI	Suporte de apoio ao idoso Measurement Level: Nominal Column Width: 26 Alignment: Right Print Format: F8 Write Format: F8	54																
	<table border="0"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Value</th> <th style="text-align: left;">Label</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Centro de dia</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Centro de dia e recursos humanos do ADI</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Recursos humanos do ADI</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Centro de dia e amiga</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Recursos humanos do ADI e Acção Social</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>Centro de dia e ADI</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>ADI</td> </tr> </tbody> </table>	Value	Label	1	Centro de dia	2	Centro de dia e recursos humanos do ADI	3	Recursos humanos do ADI	4	Centro de dia e amiga	5	Recursos humanos do ADI e Acção Social	6	Centro de dia e ADI	7	ADI	
Value	Label																	
1	Centro de dia																	
2	Centro de dia e recursos humanos do ADI																	
3	Recursos humanos do ADI																	
4	Centro de dia e amiga																	
5	Recursos humanos do ADI e Acção Social																	
6	Centro de dia e ADI																	
7	ADI																	

FACTORES	Factores que desencadearam necessidade Measurement Level: Nominal Column Width: Unknown Alignment: Right Print Format: F8 Write Format: F8  Value      Label  1      Limitações físicas dos familiares 2      Falta de disponibilidade dos familiares 3      Limitações pessoais	55
PROFISSÃ	Tipo de profissão Measurement Level: Nominal Column Width: Unknown Alignment: Right Print Format: F8 Write Format: F8  Value      Label  1      Trabalhador não qualificado 2      Agricultores e trabalhadores qualificados da agri.e pesca 3      Doméstica 4      Operários e artífices e trabalhadores similares	56
OUTRREND	Rendimentos mensais - outros Measurement Level: Nominal Column Width: Unknown Alignment: Right Print Format: F8 Write Format: F8  Value      Label  1      Suporte informal primário 2      Suporte informal secundário e suporte formal	57
MEDODOEN	Medo em relação à doença Measurement Level: Nominal Column Width: Unknown Alignment: Right Print Format: F8 Write Format: F8  Value      Label  1      Doença que faça perder as capacidades 2      Não sabe 3      todas 4      Alcoolismo	58

TIPORELA	Tipo de relacionamento com a equipa Measurement Level: Nominal Column Width: Unknown Alignment: Right Print Format: F8 Write Format: F8  Value      Label  1      Positivo 2      Intermédio	59
EFEITOS	Efeitos da intervenção do ADI Measurement Level: Nominal Column Width: Unknown Alignment: Right Print Format: F8 Write Format: F8  Value      Label  1      Melhoria geral, devendo ser integra do aspecto lúdico 2      Não produziu efeitos 3      Melhoria ao nível dos cuidados prestados	60
PRIVRALA	Aspectos que privilegiam na relação Measurement Level: Nominal Column Width: Unknown Alignment: Right Print Format: F8 Write Format: F8  Value      Label  1      Ênfase nos aspectos afectivos	61
SUGESTÃO	Sugestões para melhoria dos serviços Measurement Level: Nominal Column Width: Unknown Alignment: Right Print Format: F8 Write Format: F8  Value      Label  1      Criação de actividades ocupacionais 2      Aumentar o tempo de permanência com o idoso	62

MEDSOLID Medo da solidão 67  
Measurement Level: Nominal  
Column Width: Unknown Alignment: Right  
Print Format: F8  
Write Format: F8

Value Label

1 Sim  
2 Não

FALTACON Medo de ter falta de confiança em si próprio 68  
Measurement Level: Nominal  
Column Width: Unknown Alignment: Right  
Print Format: F8  
Write Format: F8

Value Label

1 Sim  
2 Não

MEDOGLOG Medos associadas aos problemas mundiais 69  
Measurement Level: Nominal  
Column Width: Unknown Alignment: Right  
Print Format: F8  
Write Format: F8

Value Label

1 Sim  
2 Não

VIDA Atitude face à vida 70  
Measurement Level: Nominal  
Column Width: Unknown Alignment: Right  
Print Format: F8  
Write Format: F8

Value Label

1 Optimismo  
2 Tristeza

AFFECTIVO Aspectos positivos do ADI - Apoio afectivo 71  
Measurement Level: Nominal  
Column Width: Unknown Alignment: Right  
Print Format: F8  
Write Format: F8

Value Label

1 Sim  
2 Não

COMSOLID Aspectos positivos do ADI - Combate à solidão 72  
Measurement Level: Nominal  
Column Width: Unknown Alignment: Right  
Print Format: F8  
Write Format: F8

Value Label

1 Sim  
2 Não

SUPORINS Aspectos positivos do ADI - Suporte instrumental 73  
Measurement Level: Nominal  
Column Width: Unknown Alignment: Right  
Print Format: F8  
Write Format: F8

Value Label

1 Sim  
2 Não

## ENFERMEIROS

Nº	1- Maiores necessidades dos idosos	2- Motivos de Integração no A .D.I	3- Situações de saúde mais frequentes	4 - Apoio prestado - Porquê	5- Relacionamento com o idoso- Porquê
1	<p>1- Companhia</p> <p>2- Actividades ocupacionais</p> <p>a) lúdicas</p> <p>b) recreativas</p> <p>c) actividades físicas de manutenção</p> <p>3- Alimentação equilibrada</p> <p>4- Apoio de terceiros para actividades domésticas e de manutenção do auto-cuidado.</p>	<p>1- Comodismo dos familiares</p> <p>2- Dificuldade de se fazer transportar ao Centro de Saúde.</p> <p>3- Dificuldades económicas</p> <p>4- Dificuldades para o auto cuidado</p>	<p>1- Úlceras de decúbito ( idosos acamados )</p> <p>2- Úlceras periféricas nos membros inferiores por isquémia em doentes diabéticos.</p> <p>3- Administração de infectáveis de alívio da dor ( provocado por problemas articulares incluindo problemas da coluna )</p>	<p>Bom.</p> <p>1- Há empatia entre o pessoal do Centro de Saúde e a família e utente a quem se prestam cuidados.</p> <p>2- Verifica-se a melhoria da situação num espaço de tempo determinado.</p> <p>3- Apesar das condições em que trabalhamos, por falta de camas articuladas, consegue-se prestar bons cuidados.</p>	<p>Bom.</p> <p>Até este momento, todos os dias.</p>
2	<p>Companhia, apoio de 3ª pessoa, actividades ocupacionais, falta de lares oficiais que recebam os idosos independentemente dos recursos e estado de dependência.</p>	<p>1- Falta de apoio familiar</p> <p>2- Poucos recursos económicos</p>	<p>Administração de injectáveis de alívio da dor, úlceras de decúbito; úlceras periféricas ( escaras ).</p>	<p>Bom.</p> <p>Apesar de por vezes as condições em que se trabalha não ser a melhor por falta de meios consegue-se prestar bons cuidados, verificando-se melhoria da situação.</p>	<p>Bom.</p> <p>Até este momento, o apoio é prestado todos os dias incluindo fins de semana e feriados.</p>

Nº	7- Nível de dependência	8- Melhorar o dia a dia
1	Dependentes	Estrutura de apoio ao nível da companhia, actividades ocupacionais quebrando o isolamento que alguns sentem.
2	Dependentes	Mais de 50% dos utentes com A .D.I necessitavam duma estrutura de apoio que está relacionada com a 1ª questão deste inquérito - da entrevista.

## CATEGORIZAÇÃO DAS PERGUNTAS ABERTAS DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA - ENFERMEIROS

### INDICADORES

Quest. Nº	P1 - Maiores necessidades do idoso - Tipologia de necessidades do idoso			P2 - Motivos da integração nos serviços	
	Necessidade de apoio ao nível psico-social	Necessidades de apoio Institucional	Necessidades de apoio às actividades de rotina diária	Motivos familiares	Motivos económicos
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Companhia ocupacionais, lúdicas e recreativas</li> <li>Actividades físicas de manutenção</li> </ul>	Não assinalou esta categoria	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alimentação equilibrada</li> <li>Apoio de terceiros para actividades domésticas e de manutenção do auto-cuidado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comodismo dos familiares</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dificuldades económicas</li> </ul>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>Companhia, apoio de 3ª pessoa, actividades ocupacionais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>...falta de lares oficiais que recebam os idosos independentemente dos recursos e estado de dependência.</li> </ul>	Não assinalou esta categoria	<ul style="list-style-type: none"> <li>Falta de apoio familiar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Poucos recursos económicos</li> </ul>

## CATEGORIZAÇÃO DAS PERGUNTAS ABERTAS DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA - ENFERMEIROS

### INDICADORES

Quest. Nº	P3 - Situações de saúde mais frequentes			P4 - Avaliação da intervenção		
	P2 - Motivos da integração nos serviços	Administração de infectáveis	Úlceras de decúbito e periféricas	Avaliação positiva do tipo de apoio prestado	Empatia no relacionamento utente-enfermeiro	
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dificuldade de se fazer transportar ao Centro de Saúde.</li> <li>Dificuldades para o auto cuidado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Úlceras de decúbito ( idosos acamados )</li> <li>Úlceras periféricas nos membros inferiores por isquémia em doentes diabéticos.</li> <li>Administração de infectáveis de alívio da dor ( provocado por problemas articulares incluindo problemas da coluna )</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Úlceras de decúbito ( idosos acamados )</li> <li>Úlceras periféricas nos membros inferiores por isquémia em doentes diabéticos.</li> <li>Administração de infectáveis de alívio da dor ( provocado por problemas articulares incluindo problemas da coluna )</li> </ul>	Bom	<ul style="list-style-type: none"> <li>Há empatia entre o pessoal do Centro de Saúde e a família e utente a quem se prestam cuidados.</li> <li>Apesar das condições em que trabalhamos, por falta de camas articuladas, conseguimos prestar bons cuidados.</li> </ul>	<b>Eficiência e eficiência dos profissionais apesar da insuficiência de recursos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Verifica-se a melhoria da situação num espaço de tempo determinado.</li> <li>Apesar das condições em que trabalhamos, por falta de camas articuladas, conseguimos prestar bons cuidados.</li> </ul>
2	Não assinalou esta categoria	<ul style="list-style-type: none"> <li>Administração de injectáveis de alívio da dor, úlceras de decúbito; úlceras periféricas ( escaras ).</li> </ul>	Bom	Bom	Não assinalou esta categoria	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apesar de por vezes as condições em que se trabalha não ser a melhor por falta de meios consegue-se prestar bons cuidados, verificando-se melhoria da situação</li> </ul>



**CATEGORIZAÇÃO DAS PERGUNTAS ABERTAS DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA - ENFERMEIROS**

**INDICADORES**

Quest. N°	P5 e P6 - Avaliação da intervenção		P7- Nível de dependência	P8- Melhorar o dia a dia
Categorias	Avaliação positiva do relacionamento com o idoso	Frequência da prestação de serviços	Dependentes	Combate o isolamento através de apoio psico-social
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bom</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diária</li> <li>• Até este momento, todos os dias.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dependentes</li> </ul>	Estrutura de apoio ao nível da companhia, actividades ocupacionais quebrando o isolamento que alguns sentem.
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bom</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diária</li> <li>• Até este momento, o apoio é prestado todos os dias incluindo fins de semana e feriados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dependentes</li> </ul>	Mais de 50% dos utentes com A .D.I necessitavam duma estrutura de apoio que está relacionada com a 1ª questão deste inquérito - da entrevista.

## AJUDANTES FAMILIARES

Nº	1- Maiores necessidades dos idosos	2 - A quem recorrem os idosos	3- Motivos que levam o idoso a integrar	4- Serviços mais solicitados	5- Classifica o apoio prestado
1	Suporte familiar e social e lares oficiais com internamento	Centros de dia ou lares	Falta de apoio familiar/ outros e falta de recursos económicos.	Higiene pessoal e fornecimento de refeições.	Razoável. Haveria necessidade de maior apoio familiar que completasse o trabalho-apoio prestado pelo Centro de dia.
2	Suporte familiar/social	Centro de Dia	Falta de apoio familiar/outro	Higiene pessoal, Higiene habitacional, fornecimento de refeições e tratamento de roupas.	Bom. Porque sente-se que ficam satisfeitos com o apoio prestado, pois se não fosse esse apoio estariam muitos deles completamente sozinhos.
Nº	6- Relacionamento com o idoso	7- Dias da semana em que o apoio é prestado	8- Quantas vezes por dia	9- Nível de dependência	10- Melhorar o dia a dia dos utentes
1	Bom	Todos	Depende de cada caso, mas são mais ou menos três vezes dia de acordo com a necessidade. De manhã, ao almoço e à tarde.	Dependentes.	Maior apoio familiar, ouvimos diariamente queixas dos idosos em que se sentem abandonados pelos familiares. Ao nível do Centro de dia contratação de mais funcionários para que o apoio não seja tão a correr pois temos muitos idosos, não podendo estar com eles o tempo que eles gostariam e que talvez fosse necessário.
2	Bom	Todos	Depende de cada caso, mas a maioria são três vezes por dia.	Semi-dependentes e dependentes	Mais e melhor apoio familiar, mais Centros de dia e mais disponibilidade de tempo para estar com os utentes integrados em A.D.I.

**CATEGORIZAÇÃO DAS PERGUNTAS ABERTAS DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA - AJUDANTES FAMILIARES**

Quest. N°	INDICADORES		P2 - Motivos da integração nos serviços
	P1 - Maiores necessidades do idoso - Tipologia de necessidades do idoso	P2 - Instituições de acolhimento de idosos	
<b>Categorias</b>	<b>Necessidade de apoio ao nível psico-social</b>	<b>Necessidades de apoio institucional</b>	<b>Motivos familiares</b>
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suporte familiar e social</li> <li>• Suporte familiar/social</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ...e lares oficiais com internamento</li> <li>• Não assinalou esta categoria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de apoio familiar/ outros</li> <li>• Falta de apoio familiar/outro</li> </ul>
2			<ul style="list-style-type: none"> <li>• e falta de recursos económicos.</li> <li>• Não assinalou esta categoria</li> </ul>

**CATEGORIZAÇÃO DAS PERGUNTAS ABERTAS DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA - AJUDANTES FAMILIARES**

Quest. N°	INDICADORES		
	P4 - Serviços mais solicitados	P4 e P5 - Avaliação da intervenção	
<b>Categorias</b>	<b>Apoio às actividades de rotina diária</b>	<b>Avaliação positiva do tipo de apoio prestado</b>	<b>Empatia no relacionamento utente-ajudante familiar</b>
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Higiene pessoal e fornecimento de refeições.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rezoável</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não assinalou esta resposta</li> </ul>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Higiene pessoal, Higiene habitacional, fornecimento de refeições e tratamento de roupas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bom</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Porque sente-se que ficam satisfeitos com o apoio prestado, pois se não fosse esse apoio estariam muitos deles completamente sozinhos.</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Haveria necessidade de maior apoio familiar que completasse o trabalho-apoio prestado pelo Centro de dia.</li> <li>• Não assinalou esta resposta</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bom</li> </ul>

**CATEGORIZAÇÃO DAS PERGUNTAS ABERTAS DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA - AJUDANTES FAMILIARES**

**INDICADORES**

Quest. Nº	P7 e P8 - Avaliação da intervenção		P7- Nível de dependência		P10- Melhorar o dia a dia	
	Frequência da prestação de serviços	Frequência diária da prestação de serviços	Dependentes		Combate o isolamento através de apoio familiar	Melhoria dos recursos institucionais
1	<p><b>Diária</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Todos</li> </ul>	<p><b>3 vezes dia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Depende de cada caso, mas são mais ou menos três vezes dia de acordo com a necessidade. De manhã, ao almoço e à tarde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dependentes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maior apoio familiar, ouvimos diariamente queixas dos idosos em que se sentem abandonados pelos familiares.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ...Ao nível do Centro de dia contratação de mais funcionários para que o apoio não seja tão a correr pois temos muitos idosos, não podendo estar com eles o tempo que eles gostariam e que talvez fosse necessário.</li> </ul>	
2	<p><b>Diária</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Todos</li> </ul>	<p><b>3 vezes dia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Depende de cada caso, mas a maioria são três vezes por dia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Semi-dependentes e dependentes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mais e melhor apoio familiar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ... mais Centros de dia e mais disponibilidade de tempo para estar com os utentes integrados em A .D.I</li> </ul>	

## EQUIPE REGIONAL

Nº	1- A .D.I tem recursos suficientes?	2- Que meios preconiza aumentar	3- As orientações estão adequadas	4- Sugestões para aumentar	5- O que pensa do futuro
1	Neste momento o A .D.I , quer a nível de meios técnicos quer a nível de meios humanos e materiais encontrando-se minimamente equipado. No entanto é necessário reforço do nível do pessoal de enfermagem e das equipas das IPSS'S para que o serviço que está a ser prestado tenha mais qualidade.	Um alargamento das redes de parceria bem como um maior envolvimento, empenho e disponibilidade de alguns dos parceiros já intrusados nesta nova filosofia de intervenção.	Embora existam orientações e reuniões restritas e alargadas face ao desempenho das situações, por vezes encontram-se dificuldades de organização do trabalho de equipa. Sente-se uma grande necessidade de maior articulação entre os técnicos que trabalham os casos.	Contratação de pessoal técnico - Assistentes sociais Contratação de enfermeiros.	O A .D.I é uma resposta que surgiu de uma grande necessidade sentida quer pelas IPSS'S, quer pela população e até pelos técnicos que trabalham nas áreas do Social e da Saúde, logo julgo que é uma medida política acertada a continuar e com uma perspectiva de alargamento às freguesias do interior, que se encontram muito desprovidas de repostas/apoio, quer na área do social, quer da saúde.

## CATEGORIZAÇÃO DAS PERGUNTAS ABERTAS DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA - EQUIPE REGIONAL

Quest. Nº	INDICADORES			
	1- A .D.I tem recursos suficientes?	2- Que meios preconiza aumentar	3- As orientações estão adequadas	4- Sugestões para aumentar
1	<p><b>Suficiência dos recursos materiais</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Neste momento o A .D.I , quer a nível de meios técnicos quer a nível de meios humanos e materiais encontrando-se minimamente equipado</li> </ul>	<p><b>Aumentar as parcerias</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Um alargamento das redes de parceria bem como um maior envolvimento, empenho e disponibilidade de alguns dos parceiros já intrusados nesta nova filosofia de intervenção.</li> </ul>	<p><b>Adequação teórica desadequação na prática</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Embora existam orientações e reuniões restritas e alargadas face ao desempenho das situações, por vezes encontram-se dificuldades de organização do trabalho de equipa.</li> <li>Sente-se uma grande necessidade de maior articulação entre os técnicos que trabalham os casos.</li> </ul>	<p><b>Contratação de pessoal técnico</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Contratação de pessoal técnico - Assistentes sociais</li> <li>Contratação de enfermeiros.</li> </ul>

**CATEGORIZAÇÃO DAS PERGUNTAS ABERTAS DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA -  
EQUIPE REGIONAL**

Quest. N°	INDICADORES
Categorias	5- O que pensa do futuro
1	Melhoramento da globalidade dos projectos
	O A. D.I é uma resposta que surgiu de uma grande necessidade sentida quer pelas IFSS'S, quer pela população e até pelos técnicos que trabalham nas áreas do Social e da Saúde, logo julgo que é uma medida política acertada a continuar e com uma perspectiva de alargamento às freguesias do interior, que se encontram muito desprovidas de respostas/apoio, quer na área do social, quer da saúde.

# Frequencies

## Statistics

		Função que desempenha	necessidades de apoio psico-social	Necessidade de apoio institucional	Necessidade de apoio às actividades de rotina diária	motivos familiares
N	Valid	4	4	2	1	4
	Missing	0	0	2	3	0

## Statistics

		Motivos económicos	Motivos funcionais	Situações mais frequentes e serviços mais solicitados	Avaliação positiva do tipo de apoio prestado	Empatia no relacionamento utente-enfermeiro	Eficácia e eficiência dos profissionais apesar da insuficiência de recursos
N	Valid	3	1	4	4	2	2
	Missing	1	3	0	0	2	2

## Statistics

		Necessidade de complementaridade do trabalho por parte da família	Avaliação positiva do relacionamento com o idoso	Frequência da prestação de serviços	frequência diária da prestação de serviços	Dependência
N	Valid	1	4	4	2	4
	Missing	3	0	0	2	0

		Melhorar o dia a dia	Instituições de acolhimento de idosos
N	Valid	4	2
	Missing	0	2

## Frequency Table

### Função que desempenha

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	enfermeiro	2	50,0	50,0	50,0
	ajudante familiar	2	50,0	50,0	100,0
	Total	4	100,0	100,0	

### necessidades de apoio psico-social

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	4	100,0	100,0	100,0

### Necessidade de apoio institucional

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	2	50,0	100,0	100,0
Missing	System	2	50,0		
	Total	4	100,0		

### Necessidade de apoio às actividades de rotina diária

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	1	25,0	100,0	100,0
Missing	System	3	75,0		
	Total	4	100,0		

### motivos familiares

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	4	100,0	100,0	100,0



### Motivos económicos

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	3	75,0	100,0	100,0
Missing System	1	25,0		
Total	4	100,0		

### Motivos funcionais

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	1	25,0	100,0	100,0
Missing System	3	75,0		
Total	4	100,0		

### Situações mais frequentes e serviços mais solicitados

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Administração de injectáveis, úlceras de decúbito, periférica	2	50,0	50,0	50,0
Apoio às actividades de rotina diária	2	50,0	50,0	100,0
Total	4	100,0	100,0	

### Avaliação positiva do tipo de apoio prestado

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	4	100,0	100,0	100,0

### Empatia no relacionamento utente-enfermeiro

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	2	50,0	100,0	100,0
Missing System	2	50,0		
Total	4	100,0		

### Eficácia e eficiência dos profissionais apesar da insuficiência de recursos

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	2	50,0	100,0	100,0
Missing System	2	50,0		
Total	4	100,0		

**Necessidade de complementaridade do trabalho por parte da família**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	1	25,0	100,0	100,0
Missing System	3	75,0		
Total	4	100,0		

**Avaliação positiva do relacionamento com o idoso**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	4	100,0	100,0	100,0

**Frequência da prestação de serviços**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Diária	4	100,0	100,0	100,0

**frequência diária da prestação de serviços**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 3 vezes dia	2	50,0	100,0	100,0
Missing System	2	50,0		
Total	4	100,0		

**Dependência**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid dependentes	4	100,0	100,0	100,0

**Melhorar o dia a dia**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Combater o isolamento através de apoio psico-social	2	50,0	50,0	50,0
Combater isola/ através do ap. fam. e melh/recursos instit.	2	50,0	50,0	100,0
Total	4	100,0	100,0	

**Instituições de acolhimento de idosos**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Centros de dia e lares	2	50,0	100,0	100,0
Missing System	2	50,0		
Total	4	100,0		