

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

Escola Superior de Educação

Mestrado em Serviço Social- Riscos Sociais e Desenvolvimento Local

**Serviço de Apoio Domiciliário da Liga de Amigos do Hospital do
Espírito Santo de Évora: uma necessidade e/ou uma possibilidade?**

Um Estudo Exploratório

Ana Margarida Oliveira Abreu

Beja

2022/2023

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

Escola Superior de Educação

Mestrado em Serviço Social- Riscos Sociais e Desenvolvimento Local

Serviço de Apoio Domiciliário da Liga de Amigos do Hospital do Espírito Santo de Évora: uma necessidade e/ou uma possibilidade?

Um Estudo Exploratório

**Dissertação de mestrado apresentada na Escola Superior de Educação do Instituto
Politécnico de Beja**

Elaborado por:

Ana Margarida Oliveira Abreu

Orientado por:

Professora Doutora Paula Godinho

Beja

2022/2023

Agradecimentos

Após um longo percurso, a conclusão desta dissertação encerra mais um capítulo da minha vida e, desta forma, surge a necessidade de agradecer a todas as pessoas que contribuíram para a sua concretização.

Quero agradecer de forma muito especial, aos meus pais, irmão, avós e namorado por todo o apoio, carinho e paciência. Deram-me sempre força para continuar a alcançar os meus objetivos, demonstrando sempre o seu orgulho e admiração por todo o processo.

A todas as minhas amigas e colegas por toda a amizade e por estarem sempre comigo nos bons e maus momentos.

Um especial agradecimento à Professora Doutora e Orientadora Paula Godinho, não há palavras suficientes para lhe agradecer. Sem este suporte estaria longe de dar este capítulo terminado. Sem dúvida uma excelente profissional.

Por fim, agradeço ainda a todas as pessoas que se disponibilizaram a participar nesta investigação.

A todos, o meu muito obrigada.

Resumo

A presente dissertação desenvolve-se no âmbito do Mestrado em Serviço Social – Riscos Sociais e Desenvolvimento Local, lecionado no Instituto Politécnico de Beja e orientado pela Professora Doutora Paula Godinho. O envelhecimento da população é considerado um dos fenómenos demográficos mais preocupantes em Portugal, sendo que atualmente o país é reconhecido como uma sociedade envelhecida. No tocante ao enquadramento teórico, são abordadas as temáticas do envelhecimento, solidão, redes de sociabilidade, *conceito “ageing in place”* e em especial destaque para a resposta social – Serviço de Apoio Domiciliário. Tendo como território de análise, a União de Freguesia de São Mamede, Sé, São Pedro e Santo Antão (Évora), o estudo utilizou como instrumento de pesquisa, o inquérito por questionário. Esta investigação, surge no âmbito do contexto anteriormente referenciado e procura perceber as necessidades, condições socioeconómicas e a importância e expectativas que os Sócios da Liga de Amigos do Hospital Espírito Santo de Évora atribuem ao Serviço de Apoio Domiciliário. Com os resultados obtidos destaca-se o interesse da população idosa na resposta social SAD, mas com uma abordagem que vá além dos serviços tradicionais prestados no âmbito desta resposta social, destacando-se a importância de um acompanhamento mais específico, ou seja, de mais proximidade e de mais disponibilidade para com o idoso.

Palavras-Chave: Envelhecimento, solidão, redes de sociabilidade, *“ageing in place”*, serviço de apoio domiciliário

Abstrat

This dissertation is developed within the scope of the master's degree in social service – Social Risks and Local Development, taught at the Polytechnic Institute of Beja and supervised by Professor Paula Godinho. The aging of the population is considered one of the most worrying demographic phenomena in Portugal, and the country is currently recognized as an aging society. Regarding the theoretical framework, the themes of aging, loneliness, sociability networks, the “ageing in place” concept and in particular the social response – Home Support Service – are addressed. Having as the territory of analysis, the Parish Union of São Mamede, Sé, São Pedro and Santo Antão (Évora), the study used the questionnaire survey as a research instrument. This investigation arises within the context previously referenced and seeks to understand the needs, socioeconomic conditions and the importance and expectations that the Members of the League of Friends of Hospital Espírito Santo de Évora attribute to the Home Support Service. With the results obtained, the interest of the elderly population in the SAD social response stands out, but with an approach that goes beyond the traditional services provided within the scope of this social response, highlighting the importance of more specific monitoring, that is, of more proximity and more availability to the elderly.

Keywords: Aging, loneliness, sociability networks, “ageing in place”, home support service

Abreviaturas e Siglas

INE – Instituto Nacional de Estatística

OMS – Organização Mundial da Saúde

Pordata – Base de Dados de Portugal Contemporâneo

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

HESE – Hospital Espírito Santo de Évora

UF - União de Freguesias

AS – Assistente Social

LAHESE – Liga de Amigos do Hospital Espírito Santo de Évora

IPSS - Instituição Particular de Solidariedade Social

AiP – *Ageing in Place*

Índice

Introdução	14
Parte I – Enquadramento Teórico	16
1. Envelhecimento	16
1.1. Envelhecimento Demográfico	19
1.2. O Conceito de Solidão no Envelhecimento	22
1.3. Redes de Sociabilidade	23
2. Conceito de “Ageing in Place”	25
2.1. Espaço Domiciliário	29
3. Serviço de Apoio Domiciliário	30
3.1. Enquadramento Normativo	30
3.2. Evolução do Conceito – Serviço de Apoio Domiciliário.....	31
3.3. A Prática do Assistente Social na Resposta SAD.....	33
Parte II – Contextualização Sociodemográfica do Território	34
1. Concelho de Évora	34
1.1. Caracterização Geográfica	35
1.2. Caracterização Demográfica	36
2. União de Freguesias de São Mamede, Sé, São Pedro e Santo Antão.....	39
2.1. Caracterização Geográfica	39
2.2. Caracterização Demográfica	40
Parte III – Estrutura Metodológica da Investigação	41
1. Modelo de Investigação	41
2. Objeto de estudo e Questão de Partida.....	43
3. Objetivo Geral e Objetivos Específicos	43
4. Caracterização do Campo em estudo- LAHESE.....	45
5. Participantes- Universo e Amostra	47
6. Instrumento de Recolha de Dados.....	48
6.1. Procedimentos.....	49
6.2. Análise e Tratamento de Dados	50
7. Apresentação e Análise de Dados	51
8. Discussão de Resultados Obtidos.....	68
Considerações Finais	75
Referências Bibliográficas.....	79

Apêndices	83
-----------------	----

Índice de Gráficos

Gráfico 1 Sexo dos sócios da Liga de Amigos HESE	51
Gráfico 2 Estado Civil dos Sócios da Liga de Amigos	52
Gráfico 3 Nível de Escolaridade dos Sócios da Liga de Amigos HESE	53
Gráfico 4 Origem dos Rendimentos	55
Gráfico 5 Coabitação do sócio da Liga de Amigos Hese	56
Gráfico 6 Distância do Ponto de Referência	56
Gráfico 7 Tipo de Acompanhamento Médico.....	58
Gráfico 8 Tipo de Acompanhamento de Enfermagem	59
Gráfico 9 Tipo de Ajuda Técnica.....	60
Gráfico 10 Serviço de Apoio Domiciliário.....	61

Índice de Tabelas

Tabela 1 População Residente do concelho de Évora	37
Tabela 2 População Residente no Concelho por faixas etárias (Nº).....	37
Tabela 3 Taxa bruta de natalidade (‰) no concelho de Évora	38
Tabela 4 Taxa bruta de mortalidade (‰) no concelho de Évora	38
Tabela 5 População Residente na União de Freguesias de São Mamede, Sé, São Pedro e Santo Antão por sexo	40
Tabela 6 População Residente da União de Freguesias de São Mamede, Sé, São Pedro e Santo Antão por faixas etárias	41
Tabela 7 Faixa Etária dos Sócios da Liga de Amigos HESE.....	52
Tabela 8 Profissões dos Sócios da Liga de Amigos HESE.....	53
Tabela 9 Regime de Ocupação/ Propriedade	57
Tabela 10 Condições de habitabilidade e conforto	57
Tabela 11 Utilização do Serviço Médico	58
Tabela 12 Utilização dos Serviços de Enfermagem	59
Tabela 13 Utilização de Ajudas Técnicas	60
Tabela 14 Tipo de Serviços Utilizados	61
Tabela 15 Grelha de Análise de Conteúdo.....	62

Índice de Figuras

Figura 1 Índice de Envelhecimento em Portugal segundo os censos de 2011 e 2021....	20
Figura 2 Índice de Dependência de Idosos em Portugal segundo os Censos de 2011 e 2021	21
Figura 3 Sistema Hierárquico de divisão do território em regiões	35
Figura 4 Delimitações do Concelho de Évora	35
Figura 5 Freguesias do Distrito de Évora	36
Figura 6 Mapa Identificativo da União de Freguesias de São Mamede, Sé, São Pedro e Santo Antão	39

Índice de Apêndices

Apêndice 1 Guião de Inquérito por Questionário.....	84
Apêndice 2 Declaração de Consentimento.....	89
Apêndice 3 Grelha de Análise de Conteúdo.....	90

Introdução

A presente dissertação insere-se no Mestrado em Serviço Social- Riscos Sociais e Desenvolvimento Local, lecionado no Instituto Politécnico de Beja e orientado pela Professora Doutora Paula Godinho.

Atualmente a investigadora exerce funções como Técnica Superior de Serviço Social na Liga de Amigos do Hospital Espírito Santo de Évora. A Direção da referida instituição, há algum tempo que ambiciona a criação de uma nova resposta social. Importa, assim, perceber as expectativas dos sócios da Instituição perante uma nova resposta social.

A estrutura e dinâmica familiar tem vindo a evoluir ao longo dos tempos. A sociedade europeia deixou o modelo tradicional de família para o modelo moderno de família. Consta-se que houve uma descida na taxa de natalidade, aumento das famílias monoparentais e também o aumento do índice da atividade feminina. Todas estas razões, explicam as dificuldades da rede familiar para cuidar e acompanhar os seus idosos.

Com esta investigação pretende-se perceber e perceber as necessidades e expectativas dos sócios da Liga de Amigos perante a possibilidade de criação da resposta de Serviço de Apoio Domiciliário

O Serviço de Apoio Domiciliário é uma resposta social que é considerada uma mais-valia face às outras respostas sociais, pois o idoso pode permanecer no seu espaço domiciliário e receber cuidados desse serviço em complementaridade com os cuidados da família. No entanto, este serviço pode ser alargado a outros domínios como auxiliar os utentes na resolução de problemas e conflitos, acompanhá-los sempre que necessário a espaços exteriores. O facto de terem possibilidade de sair de casa, desperta-lhes outros interesses, como realizar inúmeras experiências e alargar a sua rede de sociabilidade, o que é bastante importante para esta faixa etária.

Desta forma, traçaram-se cinco objetivos específicos que servem de suporte e fios condutores a esta investigação nomeadamente: Caracterizar o perfil socioeconómico dos sócios da Liga de Amigos do HESE, com 65 ou mais anos residentes na União de Freguesias de São Mamede, Sé, São Pedro e Santo Antão; Identificar a rede social e as condições de habitabilidade dos sócios da Liga de Amigos do HESE com 65 ou mais anos de idade residentes na União de Freguesias de São Mamede, Sé, São Pedro e Santo Antão;

Perceber quais as necessidades e dificuldades dos sócios da Liga de Amigos do HESE com 65 ou mais anos de idade residentes na União de Freguesias de São Mamede, Sé, São Pedro e Santo Antão; Analisar se os sócios da Liga de Amigos do HESE com 65 ou mais anos de idade residentes na União de Freguesias de São Mamede, Sé, São Pedro e Santo Antão. já beneficiam de alguma resposta social e quais as razões pelas quais recorreram ao serviço e por fim determinar se a criação desta resposta social, vai de acordo com as expectativas e necessidades dos sócios da Liga de Amigos do HESE com 65 ou mais anos de idade residentes na União de Freguesias de São Mamede, Sé, São Pedro e Santo Antão.

Relativamente à organização formal desta investigação, primeiro ponto é composto pelo Enquadramento Teórico, que consiste no aprofundamento do conhecimento teórico, onde são abordados conceitos desta temática, de entre os quais o envelhecimento, conceito “*Ageing in Place*”, redes de sociabilidade, mas também questões inerentes ao Serviço de Apoio Domiciliário.

No segundo ponto segue-se a Contextualização Sociodemográfica do território, procurando primeiramente caracterizar de forma geográfica e demográfica o concelho de Évora, seguindo a caracterização da União de Freguesias de São Mamede, Sé, São Pedro e Santo Antão, da mesma forma.

No terceiro ponto segue-se o Enquadramento Metodológico, onde se apresenta a metodologia de investigação, apresentado a questão de partida e objeto de estudo e os objetivos delineados para a investigação (geral e específicos). Apresentamos uma breve caracterização do campo de estudo (Liga de Amigos do Hospital Espírito Santo de Évora), seguindo-se da amostra e universo dos participantes. Por fim, neste ponto abordamos os Instrumentos de Recolha de Dados, os respetivos procedimentos, a análise e tratamento de dados, e finalmente a apresentação e discussão de dados.

Importa salientar que para esta investigação, como instrumentos de recolha de dados, foram aplicados inquéritos por questionário aos sócios da Liga de Amigos do Hese. Posto isto, esta investigação apresenta uma abordagem mista, uma vez que a recolha de dados tem por base a abordagem quantitativa e qualitativa.

Por fim, a investigação será finalizada com as considerações finais, onde irá constar o balanço de todo o processo da investigação, assim como a resposta aos objetivos

delineados e as conclusões da investigação, seguindo-se as referências bibliográficas para a execução da dissertação e apêndices.

Parte I – Enquadramento Teórico

1. Envelhecimento

Um dos problemas centrais do mundo ocidental neste início do século XXI, nomeadamente de Portugal, é o envelhecimento da população. Com o avançar dos anos registou-se um aumento significativo do número de idosos e uma diminuição do número de nascimentos, transformando assim as sociedades mais desenvolvidas em sociedades envelhecidas, originando a necessidade de respostas sociais direcionadas para os idosos. Na base desse envelhecimento está essencialmente a queda da fecundidade e o aumento da esperança média de vida, no caso português aliado à forte tendência de emigração portuguesa verificada nas décadas de sessenta e setenta do século XX (Ferreira et al., 2013).

O conceito de idoso, do ponto de vista social, varia de países desenvolvidos para países em desenvolvimento. De acordo com a OMS – Organização Mundial de Saúde, nos países desenvolvidos um individuo é considerado idoso quando alcança os sessenta e cinco ou mais anos, mas nos países em desenvolvimento, uma pessoa já é considerada idosa aos sessenta anos (Oliveira et al., 2005 citado em Silva, 2012).

Segundo Silva (2012), não é correto definir uma pessoa idosa através da idade cronológica, uma vez que existem outros aspetos relevantes a ter em conta. Importa salientar que a pessoa é um ser multidimensional, ou seja, é constituída por diferentes dimensões (biológicas, psicológicas, socioculturais e espirituais) que, embora independentes, se relacionam entre si. De acordo com esta perspetiva, não é a idade cronológica que nos informa acerca da qualidade de vida, da saúde e da experiência do individuo.

O envelhecimento sofreu várias modificações ao longo dos tempos, progredindo de acordo com as atitudes, crenças, cultura, conhecimentos e relações sociais de cada época, logo este conceito tem sido alvo de inúmeros estudos. Segundo Cancela (2007), ao longo do tempo, todo o organismo multicelular sofre inúmeras mudanças fisiológicas. A idade avançada envolve assim mudanças significativas, tais como, a capacidade intrínseca e a capacidade funcional. A capacidade intrínseca, segundo a OMS (2015), refere-se a todas

as capacidades físicas e mentais de um indivíduo, sendo estas apenas um dos fatores que determinam o que uma pessoa mais velha pode fazer (OMS,2015, p.13).

Contudo, mesmo que um indivíduo possa ter a sua capacidade um pouco limitada não impede que estes não consigam fazer as coisas por eles mesmos, através dos mais diversos recursos, como por exemplo, o uso de muletas, de cadeiras de rodas ou até mesmo uma boa acessibilidade a meios de transporte. Segundo a OMS (2015), “essa combinação de indivíduos e seus ambientes e a interação entre eles é a sua capacidade funcional”, sendo estes atributos que estão relacionados com a saúde que permitem que os indivíduos continuem ativos na sociedade (OMS, 2015, p.15). Aos indivíduos que continuam ativos na sociedade, podemos atribuir-lhes o termo de envelhecimento saudável. O envelhecimento saudável, segundo a OMS (2015) é um “processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada” (OMS, 2015, p.13). Chegamos à conclusão, de acordo com a OMS (2015), que nem a capacidade intrínseca, nem a capacidade funcional permanecem constantes. Embora com o passar do tempo estas tendem a diminuir com o decorrer da idade, as escolhas de vida de cada indivíduo determinam em diferentes momentos nas suas trajetórias de vida. Assim o envelhecimento saudável, é um processo que permanece relevante a cada indivíduo (OMS, 2015, p.14).

Para Cancela “o envelhecimento não é um estado, mas sim um processo de degradação progressiva e diferencial”, sendo assim impossível assinalar o seu começo pois o nível em que se encontra. Ou seja, segundo este indivíduo envelhece de uma maneira diferente podendo abordar os termos de idade biológica, social e psicológica (Fontaine, 2000, cit Cancela 2007, p.2).

O conceito de envelhecer é diferente de envelhecimento. Envelhecer é um processo físico com perdas individuais e sociais. Envelhecimento é a forma culturalmente construída para criar um olhar na sociedade para com o aumento da idade.

No entanto, para Hoyer & Roodin (2003), o envelhecimento é “compreendido como um processo complexo e composto pelas diferentes idades: cronológica, biológica, psicológica e social.” Sendo que:

- A idade cronológica é aquela que decorre da passagem do tempo decorrido em dias, meses e anos desde o nascimento da pessoa;

- A idade biológica é aquela que está ligada ao envelhecimento dos organismos, que leva a que o funcionamento dos seus órgãos diminua cada vez mais, ou seja, está relacionada com o desenvolvimento e a morte de organismos vivos;
- A idade social faz referência ao papel, estatutos, hábitos dos indivíduos em comparação com os membros da sociedade;
- A idade psicológica está relacionada com as competências comportamentais que o indivíduo pode movimentar em resposta às mudanças do ambiente.

Para Ávila, Guerra e Meneses, (2007), o envelhecimento, tal como a infância e a adolescência faz parte do processo de vida dos indivíduos. O envelhecimento é marcado por mudanças biopsicossociais que estão associadas à passagem do tempo.

De acordo com Neto (2006) citado por Barbosa (2012, p.23) envelhecimento é considerado ou encarado como “a fase de todo um continuum que é a vida, começando esta com a concepção e terminado com a morte”. Este processo ocorre de forma dinâmica e progressiva do ciclo vital de qualquer organismo que sofra a influência do fator tempo.

Segundo Carvalho (2013, p. 5) “(...) o envelhecimento pode ser definido, por um lado, como o aumento do número de pessoas idosas na população e, por outro lado, como um processo contínuo de crescimento, desenvolvimento associado ao ciclo de vida, relacionado com as experiências e as expectativas do sujeito e com as possibilidades de desenvolvimento de determina sociedade. O envelhecimento está associado ao modo como envelhecemos e á velhice.”

No entanto, o envelhecimento não tem sido encarado ao longo dos séculos da mesma maneira, e o seu conceito tem sofrido grandes alterações na forma de ser percebida e sentida, variando estas de acordo com diferentes culturas e diferente evolução das comunidades. Como houve a mudança da sociedade tradicional para a sociedade industrial, ocorrem diversas mudanças que levaram à transformação do estatuto do idoso. O idoso na sociedade tradicional representava o estatuto de ancião, e com esta mudança perdeu esse estatuto deixando assim de representar uma mais-valia em termos de experiência e conhecimento. Perde o poder da família e também a perda no mercado de trabalho. A desvalorização social conduziu a perda da sua “inscrição” como cidadão na sociedade. Os idosos são aqueles que por doença ou por idade, não davam garantias dispensáveis. O idoso foi transformado num “inerte social” e por isso deixou de ter lugar no mercado de trabalho.

Como existem mudanças na estrutura familiar e no seu papel enquanto unidade de proteção das crianças e dos seis idosos, passando esse papel a ser progressivamente substituído pelas instituições. Sobre este tema, Mouro (2013:20), expõe:

“Apesar de, socialmente, não se querer apresentar como entidade substitutiva da família, a instituição como resposta social dirigida ao idoso, legitima-se como socialmente importante pela função cuidadora que assumiu num contexto onde a esperança de vida foi aumentando e, conseqüentemente, os riscos inerentes à perda de capacidades físicas ou cognitivas por parte dos idosos.”

Porém apesar de as respostas institucionais surgirem com o objetivo de criar condições de segurança e bem-estar, estas tornaram-se numa “solução para um problema não assumido como tal, ou seja, o da família na sociedade atual “e assim, invés de se transformarem num meio de resposta um com outro problema social, o da institucionalização da pessoa idosa e do seu afastamento do meio habitual de vida. Apesar da resposta institucional ser “continua e continuada” e assim representar segurança e proteção para o idoso, funciona mais como resposta ao problema de segurança do que ao das necessidades totais do idoso, constituindo-se como “uma resposta ao problema da família com idosos e dos idosos sem família” (Mouro, 2013 pp. 20-22).

A família deve ser envolvida e responsabilizada embora essa mesma obrigação não deve ser um fardo permanente e insustentável. (Macedo, 2013). “... apesar de todas as alterações, é inegável que a família continua a manter um papel extremamente importante contra os problemas sociais e as dificuldades económicas”. Para além disso, “a função de família é primordial para o idoso, porque permite manter, mesmo parcialmente, as ligações e dar um contributo para o bem-estar do idoso, embora também é verdade que em algumas famílias é difícil desempenar essa função, seja por motivos profissionais, económicos, de saúde, competindo aos poderes públicos assumir essa proteção” (Ribeirinho, 2005 citado por Macedo, 2013 p.4).

1.1. Envelhecimento Demográfico

De acordo com Marinho (2013, p.17) “o envelhecimento demográfico é o fenómeno mais relevante do século XXI, nos países desenvolvidos e em desenvolvimento e que tem produzido nas últimas décadas, implicações na esfera socioeconómica e social, conduzindo as modificações que se refletem a nível individual e em novos estilos de vida”

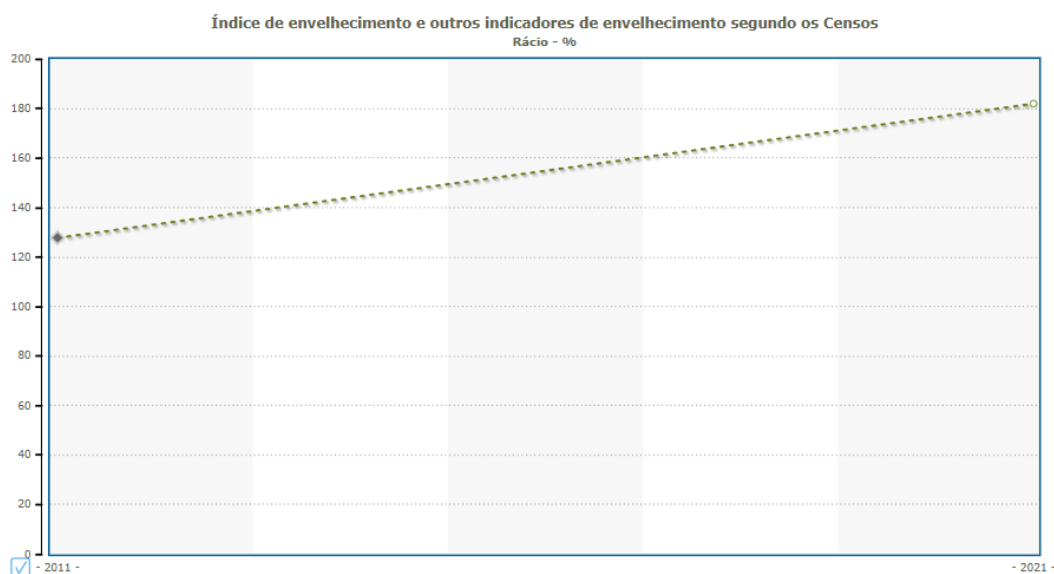
Segundo Carvalho (2013, p. 9) “O envelhecimento da população constitui um dos maiores desafios da atualidade. Independentemente do desenvolvimento dos países, o envelhecimento da população é uma questão mundial. O grupo de pessoas mais velhas,

com 60 e mais anos, continuará a aumentar exponencialmente nos anos vindouros”. Cancela (2007) refere, que Portugal se tem tornado um país envelhecido devido à diminuição do número dos nascimentos e aumento da esperança média de vida, reduzida taxa de mortalidade e aumento da longevidade.

O envelhecimento da população é considerado um dos fenómenos demográficos mais preocupantes da nossa sociedade.

Segundo o INE- Instituto Nacional de Estatística, foi em 1999 que o número de idosos excedeu o número de jovens. De acordo com os dados disponibilizados pela mesma fonte, o Índice de Envelhecimento registado em Portugal aumentou no decorrer dos anos, passando de 127,6 idosos por cada 100 jovens e em 2011, para 182 idosos por cada 100 jovens em 2011, para 182 idosos por cada 100 jovens em 2021 (INE,2021).

Figura 1 Índice de Envelhecimento em Portugal segundo os censos de 2011 e 2021



Fonte: Portada (INE)

Como se observa na **Figura nº 1**, o índice de envelhecimento tem-se vindo a agravar, passando de aproximadamente 127 em 2011, para aproximadamente 182 em 2021, o que significa que por cada 100 jovens existem 182 idosos.

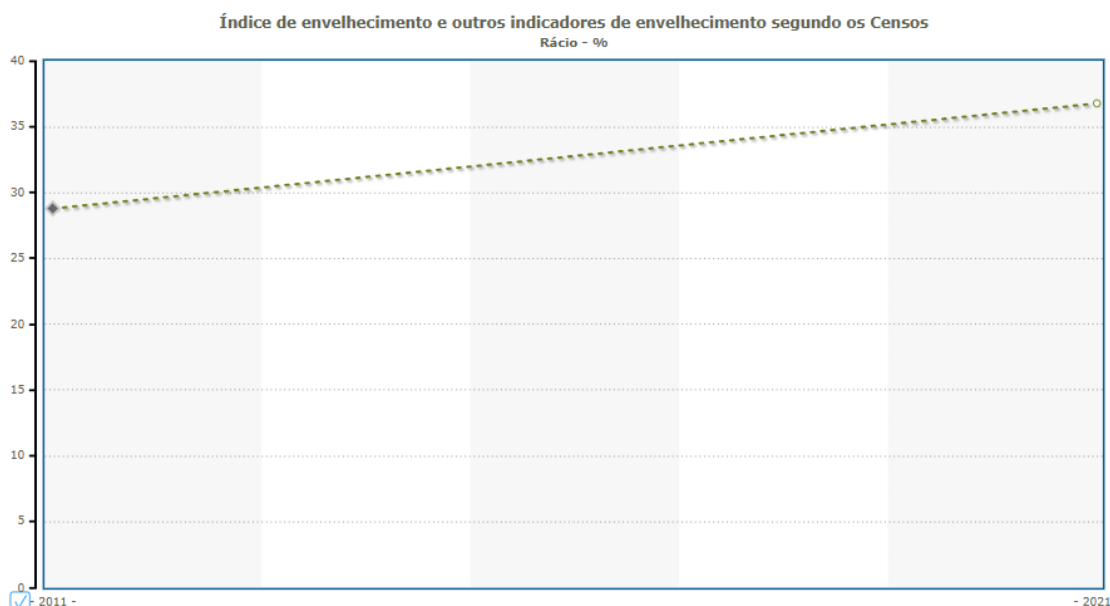
São diversas as causas que estão na origem do fenómeno do envelhecimento da população portuguesa, nomeadamente os avanços tecnológicos e médicos, a maior facilidade de acesso a cuidados de saúde e a mudança de hábitos alimentares, que se traduziram no aumento continuado da esperança média de vida. A maior facilidade de acesso a métodos contraceptivos, a

maior igualdade na distribuição de papéis de género, o acesso das mulheres à educação e ao mercado de trabalho, contribui para o nascimento tardio do primeiro filho e, conseqüentemente, para a redução do número de filhos por mulher, originando um declínio das taxas de natalidade (Pocinho, 2014 citado em Veloso, 2015).

O Índice de Envelhecimento está a aumentar, mas como já foi referido no ponto anterior, não quer dizer que os factos das pessoas viveram mais tempo, tenham saúde e qualidade de vida. Na última década o número de pessoas com 65 e mais anos a viver em condições de vida saudáveis e sem limitações funcionais e psicossociais sofreu um decréscimo.

Neste enquadramento, verificou-se um agravamento do Índice de Dependência de Idosos (**Figura nº 2**), que consiste na relação entre o número de pessoas que atingem uma idade em que estão geralmente inativas do ponto de vista económico (65 ou mais anos) e o número de pessoas em idade ativa (dos 15 aos 64 anos).

Figura 2 Índice de Dependência de Idosos em Portugal segundo os Censos de 2011 e 2021



Fonte: Portada (INE)

Como podemos visualizar na **Figura nº2**, em 2011 o valor registado era de 28,8, aumentando para 36,8 em 2021, o que significa que em cada 100 pessoas em idade ativa, aproximadamente 36 são pessoas dependentes (Portada, 2021).

Segundo o INE (2021), prevê-se que a população com 65 ou mais anos de idade residente em Portugal passe de 2,1 para 2,8 milhões de pessoas, entre 2015 e 2080. O Índice de Envelhecimento poderá mais do que duplicar neste período descrito, passando de 182 para 317 idosos por cada 100 jovens.

1.2. O Conceito de Solidão no Envelhecimento

Segundo o INE, há mais 2.4 milhões de residentes com 65 ou mais anos e segundo os mais recentes dados dos Censos 2021, cerca de 446.900 idosos vivem sozinhos em condição de solidão e isolamento. Em comparação com o ano de 2011, ou seja, há 10 anos atrás, havia 400 964 pessoas completamente sós.

Os mais jovens têm a percepção de que a solidão é um sentimento muito presente nos mais velhos. É também comum fazer-se uma associação direta entre o envelhecimento e a solidão, visto que se considera normal a existência deste sentimento por parte do idoso.

Esta visão espelha muitas atitudes sobre o envelhecimento pois de um modo geral, os idosos são considerados conservadores, inflexíveis, passivos com doenças físicas e mentais. A generalização reforça os mitos e estereótipos, chegando a verificar-se muitas atitudes discriminatórias que afetam esta camada da população. (Butter, 1975 citado por Freitas, 2011).

A solidão tem sido vista como um dos maiores problemas das pessoas de idade, no entanto, tem sido feita investigações que demonstram que não há uma relação direta entre a solidão e as pessoas idosas. Há fatores quer pessoais, quer sociais que contribuem para a solidão. A maior vulnerabilidade dos idosos para experimentarem solidão, sendo este um dos aspetos que pode afetar a saúde e a segurança dos mais velhos. Muitos fatores podem diminuir a autoestima do idoso e são eles: a perda de papéis, problemas de saúde, reforma, isolamento social, entre outros.

Com o avançar da idade a maioria das pessoas idosas reduzem a sua participação na comunidade, o que pode originar sentimentos de solidão e desvalorização, com efeitos ao nível da integração social e familiar, e ao nível da saúde física e psíquica.

A solidão é um problema bastante atual. Somos uma sociedade egoísta e não há respostas na comunidade que sejam adequadas. Como é evidente, é necessário alterar a forma como a sociedade encara, ou não, este problema que constitui o crescente número de casos de idoso que não tem uma vida com dignidade e que por vezes, devido a este

problema social, morrem esquecidos. A solidão é um sofrimento penoso e angustiante, que conduz a um mal-estar em que a pessoa se sente só e com falta de suporte afetivo. O sofrimento dos mais idosos, provocado pelo sentimento de solidão, é considerado como uma das experiências mais penosas e problemáticas a que se torna urgente responder. Este sentimento não acontece só em casos de vivências isoladas, mas também no seio das próprias famílias e em instituições, onde há, frequentemente, falta de comunicação e participação afetiva.

Um aspeto bastante importante da qualidade de vida é o apoio da família, amigos e participação em atividades sociais, sendo que os baixos níveis de contactos podem associar-se a uma qualidade de vida pobre. Na atualidade, há um grande número de idosos que vivem sozinhos, que perderam o cônjuge ou companheiros de toda uma vida (solidão emocional), ou perderam os amigos próximos que foram falecendo (solidão social). A solidão social deve-se a uma lacuna na rede social. A solidão emocional revela-se quando há falta de um relacionamento emocional íntimo. As relações íntimas são responsáveis pelo afastamento da solidão, mas muito mais difíceis de criar do que uma rede social.

Neril & Freire (2000) citado por Freitas (2011) são sugeridas algumas estratégias que podem ajudar os idosos a prevenir, combater a solidão e alargar a sua rede social: “ 1- Tentar conhecer novas pessoas e fazer novas amizades; 2- Participar em atividades sociais e voluntárias; 3- Transmitir conhecimentos e experiências a outras pessoas; 4- Encontrar novos canais de comunicação entre pessoas da mesma geração e de outras gerações; 5- Envolver-se em grupos de convívio, atualização cultural; 6- Consciencializar-se do seu papel como cidadão na sociedade e reconhecer os seus direitos e deveres; 7- Investir em si próprio, cuidado da saúde mental e física; 8- Convencer-se que a adaptação naturais da velhice traz dificuldades, mas que isso não implica o afastamento social, inatividade, isolamento e depressão; 9- Favorecer o crescimento espiritual e por fim no ponto 10 temos saber eleger as prioridades pessoas e defender a privacidade e pontos de vida”.

1.3. Redes de Sociabilidade

Ao longo do ciclo de vida de um indivíduo, as redes sociais são muitas e variadas, espelhando o seu relacionamento interpessoal com o meio social.

Godoy (2009) refere que logo depois das necessidades fisiológicas e de segurança, surgem as necessidades de associação (terceira camada da pirâmide de Maslow) que dizem respeito às necessidades dos indivíduos em termos sociais, seguindo-se as

necessidades de estima e, por fim, as necessidades de autorrealização. As necessidades de associação englobam relacionamentos baseados em emoções, uma vez que os indivíduos precisam de ser aceites.

Com a progressão do envelhecimento, as redes sociais e as interligações com outras pessoas tornam-se cada vez menor. O idoso começa a perder o cônjuge, famílias e amigos, logo as suas relações sociais vão diminuir.

Segundo Paúl (1991) citado por Paço (2016, p.42), "...a importância do papel positivo das redes sociais, mas fundamentalmente, acha importante a existência de um amigo íntimo, ou confiante, para que o processo de luto se tome menos penoso e para que exista uma adaptação do idoso ao seu estado de viuvez."

O isolamento é um grande fator que influencia a solidão, mas por outro lado os idosos podem ter inúmeras redes sociais, mas sentem-se sozinhos porque podem não corresponder às suas necessidades.

Segundo Caetano (2013, P. 48), "o conceito de rede social define-se a partir das relações humanas e sociais, sendo estruturada através de comportamentos do dia-a-dia e mobilizada numa determinada circunstância, por forma a refletir-se na integração social do indivíduo."

Para além do núcleo familiar, os amigos e os vizinhos, uma organização assistencial ou qualquer instituição faz parte da rede de sociabilidade de um idoso ou qualquer outro indivíduo.

Qualquer pessoa ao ter redes de sociabilidade bem acentuadas, proporcionam à pessoa, neste caso ao idoso, sentimentos de hábitos saudáveis e seguros, o que gera um bem-estar psicológico dando assim suporte emocional e mais sentido para a vida.

Segundo Maia (2002) citado por Caetano (2013), "torna-se necessário saber como são estabelecidos os relacionamentos entre si, para compreender e explicar o posicionamento social que cada um ocupa em relação aos outros indivíduos dentro de um sistema ou subsistema. Esses relacionamentos que poderão ser alargados ou não e variem de intensidade, permitem perceber se vão para além dos vínculos diretos (dependências decorrentes de laços familiares). Assim quanto maior é o número, a quantidade e intensidade de relacionamentos maior será a rede social"

É importante referir que redes de suporte são diferentes de redes sociais, pois visam uma ajuda concreta aos mais velhos. A rede de suporte formal é composta pelas instituições e serviços, enquanto a rede informal é composta pela família, amigos, vizinhos. Ao longo da vida de cada indivíduo, as redes sociais são muitas e variadas, espelhando o seu relacionamento interpessoal com o meio social.

Como refere Freitas (2011, p.31), “A transformação das formas de sociabilidade e o consequente isolamento a que muitos indivíduos estão sujeitos, agrava notoriamente os problemas dos mais velhos, sendo estes os principais afetados pela ausência de um suporte relacional. Assim, as redes sociais assumem um papel importante no que diz respeito ao seu efeito protetor de evitar o stresse relacionado com o envelhecimento”.

De acordo com Freitas (2011, p.31) citado por Paúl (2005, p.280), “a existência de redes sociais é um dado crucial para a qualidade de vida dos idosos”.

Através das relações sociais, os indivíduos podem afastar-se ou aproximar-se. Esta dinâmica designa-se de processo social, sendo que um aspeto fundamental deste processo é o contacto social.

2. Conceito de “Ageing in Place”

É necessário repensar novas políticas sociais para atenuar o conceito de envelhecimento, e a vantagem de envelhecer no seu próprio meio ambiente surgiram em força nos últimos anos, que emergiu a ideia de *ageing in place*, que segundo WHO (2015) citado por Fonseca (2018) significa viver em casa e na comunidade, com segurança e de forma independente, à medida que se envelhece. O propósito deste conceito é permitir às pessoas idosas permanecer num ambiente que lhes seja familiar e de preferência na mesma casa e em comunidade.

Segundo o autor Fonseca (2018), refere-nos que este conceito, absolutamente contemporâneo, tem como objetivo proteger os idosos, principalmente os mais vulneráveis, e demonstra uma mudança de paradigma nas políticas sociais de apoio aos idosos, de permanecer no seu ambiente familiar e comunitário e também de ter apoio social.

Para Lecovich (2014) citado em Fonseca (2018, p.10), o conceito *ageing in place* apresenta várias dimensões relacionadas entre si:

- ✓ Dimensão Física (a casa, a vila, o bairro, a cidade);
- ✓ Dimensão Social (relacionamentos interpessoais e redes de sociabilidade);
- ✓ Dimensão Emocional (sentimento de pertença e ligação a algo);
- ✓ Dimensão Cultural (ligada aos valores e crenças).

No conceito *ageing in place*, a palavra *place* remete-nos para habitação, lugar, mas também podemos referir a comunidade composta pelo ambiente físico e rede social (amigos, vizinhos, familiares). Posto isto, este conceito explica que as pessoas podem envelhecer e permanecer o máximo tempo possível no seu próprio domicílio. Uma das metas fundamentais das políticas em relação ao envelhecimento é a promoção das condições para que tenham oportunidade de permanecer no seu habitat e envelhecer onde desejam.

“O conceito de AiP é um exemplo dessas orientações mais positivas, que significam viver em casa e na comunidade, com segurança e de forma independente, à medida que se envelhece (Bárrios, Marques, Fernandes, 2020, p.2)

“... defende que as políticas sociais e de saúde potenciam cada vez mais, a ideia de manutenção dos idosos no domicílio, tendo em conta a importância do apoio prestado pelos cuidadores informais.” (Lage, 2005 citado em Ferreira, s/d).

O Serviço de Apoio Domiciliário apresenta a vantagem de desacelerar ou evitar que o idoso seja inserido numa instituição. Deste modo, se o idoso permanecer na sua casa promove-se os laços com a rede familiar e vizinhos. Isto, vai proporcionar um envelhecimento de acordo com as novas políticas internacionais do “*ageing in place*”

Este conceito seguindo o ponto de vista de Wiles, et al (2012) citado por Marques, 2018, “é um termo popular na política de envelhecimento atual, que se caracteriza por permanecer a viver na comunidade com algum nível de independência, ao invés de em lares residenciais.”

Os idosos que consigam viver o máximo de tempo possível na sua habitação, mantêm-se durante mais tempo autónomos, independentes e as redes de sociabilidades permanecem ativas. Nas estruturas residenciais, a rotina do idoso muda completamente e isso a longo prazo pode causar alguns transtornos e por sua vez perda de autonomia e independência. Para Marques 2018 citado por Tomasini e Alves (2007) “... os ambientes institucionais exigem muito pouco das pessoas mais velhas e estas, ao saírem das suas

habitações, muitas vezes perdem as suas relações sociais, provocando em enfraquecimento dos laços sociais”.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2009), quanto maior for o tempo de permanência das pessoas nas suas habitações menos serão os recursos a instituições necessários.

A concretização de um *Ageing in Place* implica um grande investimento ao nível habitacional. Deste modo, um dos principais fatores associados à habitação consiste na acessibilidade económica, pois o custo de vista é um fator fundamental que influencia o local em que as pessoas vivem e a sua qualidade de vida. Este fator faz com que as pessoas mais velhas tenham dificuldade em adquirirem uma habitação mais adequada, pois em certas cidades o custo das habitações é demasiado elevado (OMS, 2009).

No entanto há métodos que podem ser considerados de baixo custo que podem ser instalados nas habitações e irá promover o desempenho das pessoas, a redução de acidentes, o que irá permitir uma vida mais independente. Essas estratégias consistem na instalação de barras de apoio e superfícies antiderrapantes.

A habitação desempenha um papel crucial na manutenção da qualidade de vida das pessoas mais idosas e pode se dizer que a habitação é o elemento-chave deste conceito inovador. Se o idoso e respetiva família conseguirem que a acessibilidade da habitação seja de acordo com as necessidades do idoso, como um polibanco em vez de banheira, uma placa inteligente, entre outros exemplos, o Serviço de Apoio Domiciliário daria apoio no resto das atividades e rotinas do idoso, desde a alimentação, higiene habitacional e pessoal ou alguma possível deslocação.

Segundo Fonseca (2021) “...é possível identificar cinco modalidades de promoção do *ageing in place* relacionadas com a habitação: 1) garantir a existência de ajuda e apoio domiciliário nos locais onde residem os idosos; 2) proporcionar acesso a serviços profissionais que respondam sobretudo à fragilidade crescente dos idosos; 3) providenciar os ajustamentos estruturais necessários às habitações, garantido a segurança dos moradores através de melhoramentos/reformas nas habitações; 4) desenho de projetos residenciais onde os serviços mais básicos possam ser adaptados às diferentes necessidades e combinados com serviços avançados (de natureza cultural, por exemplo) para fornecer um suporte abrangente; 5) garantir que pessoas com rendimentos baixos

não se vejam impedidos de envelhecer nas suas casas por dificuldade de acesso a serviços de apoio domiciliário.”

Mas também existem constrangimentos em relação ao *Ageing in Place*, como as doenças avançadas e as doenças progressivas. Um exemplo comum, é a demência, uma vez que o quadro evolutivo das demências é manifestado por alterações de personalidade, perda de capacidades ao realizar as atividades diárias, perda de memória e isolamento. As doenças progressivas, ao longo do tempo também poderão constituir um problema grave, pois o indivíduo fica incapacidade para qualquer atividade, sendo a mais básica como vestir-se e executar a sua higiene pessoal. Por isso se estes quadros se começarem a complicar, é necessário recorrer às respostas sociais, nomeadamente às Estruturas Residenciais.

A autora Marques (2018, p.11) citando a ideologia de Timmermann (2012), afirma que existe aspetos positivos e negativos em relação ao *ageing in place*.

Quanto aos positivos:

- ✓ na própria casa existem memórias e um maior conforto;
- ✓ as interações com os vizinhos, visto que já os conhecem, e muitas vezes para além de vizinhos também são amigos;
- ✓ é uma alternativa menos dispendiosa, pois à partida as pessoas já possuem a sua própria habitação, e em caso de necessitarem de ajuda podem recorrer às necessidades primárias de solidariedade: família, amigos e vizinhos.

Quanto aos negativos:

- ✓ o facto de as habitações poderem ser inadequadas para o processo de envelhecimento;
- ✓ o isolamento, pois muitas vezes as pessoas vivem sozinhas e como as famílias tem os seus dias demasiados ocupados não as conseguem visitar;
- ✓ e por fim, as necessidades de cuidados não detetados pelas famílias, que ao agravar origina problemas graves de saúde, higiene e de nutrição. (Timmermann, 2012, citado em Marques, 2018, 2018, p.18)

2.1. Espaço Domiciliário

O Domicílio constitui-se como espaço de intervenção privilegiado, apresentando-se como o marco diferencial das outras respostas sociais para a população idosa.

“O espaço da casa é um espaço de identidade e de intimidade do próprio, que se encontra preenchido de significados e símbolos, que refletem o percurso de vida. O espaço domiciliário vai tendo significados ao longo da vida, nomeadamente a localização da casa e a forma de como é utilizada, com quem é partilhada e tudo o que esteja dentro do domicílio Mauritti,2011 citado por Paço 2016.

Tudo o que está dentro do espaço domiciliário remete a memórias e passagens de uma vida, o que fica ainda mais difícil, sair de lá e ir para outro lugar.

A casa funciona, como um marco no tempo e no espaço, que é construído de forma a satisfazer as necessidades de quem a habita. É um espaço de conforto, um espaço seguro e identitário. (Paço, 2016, p.43).

Stone (2001) salienta que os lares de idosos, normalmente evocam imagens de abandono e de fragilidades contrariamente ao SAD, que proporciona e facilita a independência e a integração social. Ao conceito de casa e domicílio estão associados sentimentos de amor, pertença, individualidade até de poder, já que é aí que se encontram as representações do seu quotidiano, os marcos da sua existência, de dor, conflito, felicidade, o que se diluirá numa convivência em grupo.

A pessoa idosa ao manter-se no seu domicílio deveria de ser um direito, sempre que a pessoa quisesse. Dar a possibilidade aos mais velhos de envelhecer no lugar onde querem, e de maneira que preferem, é imperioso.

A prestação do SAD pretende assim, que a pessoa idosa possa continuar a viver na sua casa o mais tempo possível, em condições de conforto e dignidade aceitáveis. Aos profissionais envolvidos na prestação do Sad, é exigido profissionalismo na forma de abordar o idoso no domicílio. É fundamental que o profissional respeite o direito à privacidade e à propriedade, isto é, “na sua casa cada um é rei”, o utente é quem decide quando, onde e como é quer que o tratem.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2009), quanto maior for o tempo de permanência das pessoas nas suas habitações menos serão os recursos a instituições necessários.

Segundo a OCDE (2002), o conceito *Ageing in Place* contempla quatro dimensões e uma delas refere a habitação como conceito.

3. Serviço de Apoio Domiciliário

3.1. Enquadramento Normativo

O SAD tem-se apresentado como a resposta social que maior desenvolvimento tem registado nas duas últimas décadas. São as instituições particulares de solidariedade social que promove o seu funcionamento, apoiadas pelo estado através da celebração conjunta de acordos de cooperação.

De acordo com o Manual da Segurança Social: Respostas Sociais- Nomenclaturas/ Conceitos (Lisboa 2006), o Serviço de Apoio Domiciliário é uma resposta social, desenvolvida a partir de um equipamento, que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados, no domicílio, o indivíduos e famílias quando por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar temporária ou permanentemente, a satisfação das necessidades básicas e/ou as atividades da vida diária.

Segundo este manual, os objetivos desta resposta social são as seguintes: - Contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e família; - Garantir a prestação de cuidados de ordem física e apoio psicossocial a indivíduos e famílias, de modo a contribuir para o seu equilíbrio e bem estar; - Apoiar os indivíduos e família na satisfação das necessidades básicas e atividades da vida diária; - Criar condições que permitam preservar e incentivar as relações intrafamiliares; - Colaborar e/ou assegurar o acesso à prestação de cuidados de saúde; - Contribuir para retardar ou evitar a institucionalização e por fim no último ponto é a prevenção de situações de dependência, promovendo a autonomia.

O Serviço de Apoio Domiciliário constitui uma Resposta Social organizada a que as pessoas em situações de dependência podem ter acesso para satisfação de necessidades básicas e específicas, apoio nas atividades instrumentais da vida quotidiana e atividades sócio recreativas. Este conjunto de serviços é prestado no domicílio habitual de vida do cliente, contribuindo para a promoção da sua autonomia e a prevenção de situações de

dependência ou seu agravamento. (Manual de processos chave -serviço de apoio domiciliário).

Em Portugal, o Serviço de Apoio Domiciliário foi idealizado como uma das respostas de âmbito comunitário que consiste “na prestação de cuidados individualizados e personalizados, no domicílio, a indivíduos e famílias quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e/ou as atividades e/ou as atividades da vida diária. (Despacho normativo nº62/99 de 12 de novembro).

Ao instituir-se legalmente esta resposta, procurou-se que a mesma possibilitasse uma oferta de serviços diversificada para os clientes /utentes. De acordo com o Ministério da Solidariedade e da Segurança Social, na Portaria nº38/2013, artigo 2º enuncia que: O SAD é a resposta social que consiste na prestação de cuidados e serviços a famílias e ou a pessoas que se encontrem no seu domicílio, em situação de dependência física ou psíquica e que não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e ou a realização das atividades instrumentais da vida diária, nem disponham de apoio familiar para o efeito.

3.2. Evolução do Conceito – Serviço de Apoio Domiciliário

Na década de 70, o Serviço de Apoio Domiciliário estava previsto, mas não tinha a mesma configuração, esta resposta era conhecida como uma sub-valência da resposta de Centro de Dia.

Na segunda metade da década de 80, devido às políticas de manutenção da pessoa idosa que essa resposta, cuidados ao domicílio se efetivou. Na década de 90, a resposta foi alargada ao domínio da saúde, o que foi dar origem ao Apoio Domiciliário Integrado-ADI, resposta esta direcionada exclusivamente às pessoas com dependência, sendo, portanto, um apoio indispensável à satisfação das necessidades básicas do utente.

De acordo com o autor Jacob, 2002 citado por Marinho, 2013, a prestação de cuidados no domicílio, é um serviço que conta com o apoio do Estado, não só porque contribui de forma expressiva para o bem-estar do idoso, mas também porque constitui uma resposta bastante rentável em termos económicos, uma vez que os seus custos são muito inferiores comparativamente com a institucionalização.

Foram criados três tipos de estruturas: o SAD associado às IPSS, prestam uma série de serviços previstos pelo enquadramento legal nº 62/99 de 12 de novembro (já referido no ponto anterior 5.1); O SAD que efetua um apoio mais ligado à área da saúde, como serviço de enfermagem e médico ao domicílio; o Apoio Domiciliário Integrado, que é complementado com serviços médicos e de enfermagem com apoio social.

Segundo o Relatório de 2020, da carta social no que diz respeito à rede de equipamentos e serviços, é enunciado que a resposta de SAD cresceu a nível considerável, desde 2000 a 2020 e cresceu cerca de 170%. De acordo com a Carta Social e mais especificamente no distrito de Évora, o número de respostas sociais de SAD tem vindo a aumentar ao longo dos anos, visto que, no ano de 2000 existiam 63 respostas sociais deste género, em 2010 averiguou-se 73 equipas de Sad e no com os dados mais recentes no ano de 2020 apurou-se 80 equipamentos sociais deste género. Visto que esta resposta social aumentou bastante, o número dos beneficiários também aumentou. Portanto de acordo novamente com os dados da Carta Social e em termos de comparação temos que no ano de 2000, existiam 2055 idosos a serem apoiados pelo Sad, em 2010 o número de beneficiários deste serviço aumentou para 2497, e por fim com mais 10 anos de avanço, ou seja, em 2020, o número de idosos subiu para 3140 idosos. Numa lógica de aumento e necessidades cada vez maiores, posso deduzir que agora em 2023, o número também aumentou bastante.

O Serviço de Apoio Domiciliário atualmente, apresenta-se como “resposta social que consiste na personalizados no domicílio a indivíduos e famílias quando, por motivos de doença deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar, temporariamente ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e ou as atividades da vida diária” (Despacho normativo nº62/99 de 12 de novembro).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define o SAD como uma resposta articulada entre os serviços de saúde e do social, os quais são prestados a um utente no seu próprio domicílio. Esta coordenação de serviços permite, em grande medida, prevenir, retardar ou mesmo impedir a institucionalização do idoso.

“As pessoas mais velhas dependentes de terceiros para a sua vida diária são, habitualmente, objeto de ajuda através de Serviços de Apoio Domiciliário, serviços que se centram, essencialmente, na prestação de serviços básicos de sobrevivência (alimentação, higiene pessoal e da habitação, toma de medicação), sendo negligenciadas

outras dimensões de bem-estar da pessoa, nomeadamente, as de natureza e psicossocial. (Macedo, 2014, p.1)

No Serviço de Apoio Domiciliário, apesar de os beneficiários poderem estar na sua casa o máximo de tempo possível, a oferta dos serviços restrita e limita-se apenas ao serviço de alimentação e de serviço de higiene pessoal e habitacional.

O objetivo da criação do banco de voluntariado é para que possamos disponibilizar aos nossos futuros beneficiários de SAD, o maior número de serviços possíveis. Um dos serviços bastante interessante para os utentes é a administração da terapêutica, isto porque, o idoso tem inúmeras dificuldades na toma da medicação, o que é essencial ao bem-estar e à saúde dos idosos.

3.3. A Prática do Assistente Social na Resposta SAD

O Serviço Social “é uma profissão baseada na prática e uma disciplina académica que promove a mudança e o desenvolvimento social, a coesão social e o empoderamento e a libertação das pessoas. Princípios da justiça social, direitos humanos, responsabilidade coletiva e respeito às diversidades são centrais para o trabalho social” (IFSW & IASSW, 2014)

O objetivo primordial do Serviço Social são as mudanças sociais para obtenção do bem-estar e autorrealização dos indivíduos.

“Uma das temáticas que tem merecido continuada reflexão e que se traduz numa importante área de intervenção é a que se reporta ao envelhecimento e a intervenção gerontológica” (Simões, 2019, p. 46)

“O Assistente Social, que intervém no Serviço de Apoio Domiciliário, tem de ter uma capacidade crítica e reflexiva relativamente ao como se faz e ao como se deve fazer”. (Andrade, 2014, p.82).

É fundamental que o profissional conheça os problemas reais e os recursos que temos disponíveis. Quais as respostas que existem, onde se pode recorrer, organizar e orientar, informações que podemos disponibilizar e criar uma ligação profissional com o cliente (Andrade, 2014).

O primeiro contacto com o cliente é bastante importante para encaminhar a situação. É importante elaborar um diagnóstico social para que a ação profissional seja o mais concreto possível, é também crucial criar uma ligação com o cliente de dedicação e disponibilidade.

Para Andrade “as pessoas têm o direito a serem informadas e orientadas de uma forma eficaz, de modo que possamos ir o mais possível ao encontro das suas necessidades” (p. 82)

Segundo a Direção Geral de Ação Social (1996), na *norma XI* refere que o Serviço de Apoio Domiciliário é dirigido por um Diretor Técnico com formação na área das ciências sociais e humanas e têm as seguintes competências:

- ✓ Dirigir o serviço, assumindo a responsabilidade pela programação, execução e avaliação das atividades;
- ✓ Garantir o estudo da situação do utilizador e a elaboração do respetivo plano de cuidados;
- ✓ Coordenar e supervisionar o pessoal do serviço;
- ✓ Sensibilizar o pessoal do serviço face à problemática das pessoas a atender e promover a sua formação. (Direção Geral de Ação Social 1996)

De acordo com as autoras García e Jimenez (2003) citado em Andrade (2014), “a função do assistente social consiste em coordenar, apoiar e supervisionar os ajudantes de ação direta (AAD) no seu trabalho com as pessoas idosas. A supervisão requer inevitavelmente um processo de reflexão e análise, em que o Assistente Social e os AAD, através da experiência e da formação contínua, traçam e desenvolvem propostas e intervenção com o objetivo de melhorar a qualidade do serviço prestado”

Parte II – Contextualização Sociodemográfica do Território

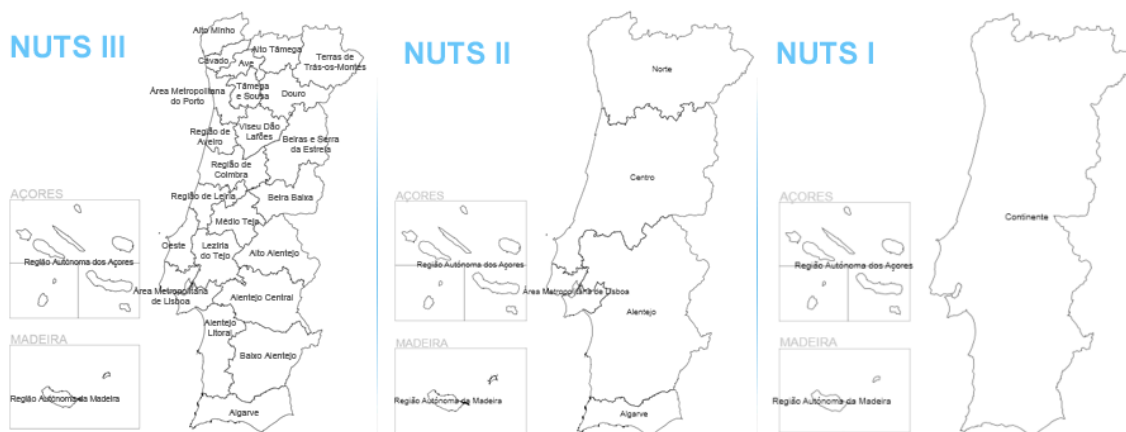
1. Concelho de Évora

Atendendo que a investigação decorreu no distrito de Évora importa caracterizar o meio envolvente, para uma melhor compreensão dos aspetos sociais e demográficos da região.

1.1. Caracterização Geográfica

A cidade de Évora é situada em Portugal Continental (NUT I), na região do Alentejo (NUT II) e sub-região do Alentejo Central (NUT III) (**Figura nº3**).

Figura 3 Sistema Hierárquico de divisão do território em regiões



Fonte: Pordata

Segundo o INE, a cidade de Évora, tem 1 307,08 km² de área e 53 577 habitantes de acordo com os últimos censos, ano de 2021. A cidade de Évora é sede do município de Évora, o quinto município mais extenso de Portugal. A cidade de Évora é limitada a norte pelo município de Arraiolos, a nordeste por Estremoz, a leste por Redondo, a sudeste por Reguengos de Monsaraz, a sul por Portel, a sudoeste por Viana do Alentejo e a Oeste por Montemor-o-Novo.

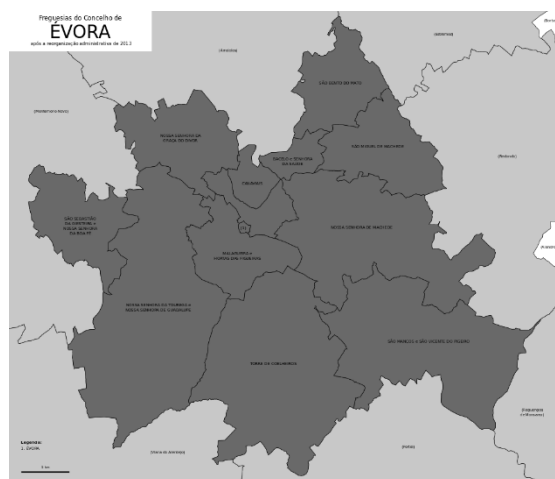
Figura 4 Delimitações do Concelho de Évora



Fonte: Google Imagens

O distrito de Évora é subdividido em 12 freguesias, entre as quais temos: Bacelo e Senhora da Saúde; Canaviais; São Mamede, Sé, São Pedro e Santo Antão; Malagueira e Horta das Figueiras; Nossa Senhora da Graça do Divor; Nossa Senhora da Tourega e Nossa Senhora de Guadalupe; Nossa Senhora de Machede; São Bento do Mato; São Manços e São Vicente do Pigeiro; São Miguel de Machede; São Sebastião da Giesteira e Nossa Senhora da Boa Fé e Torre dos Coelheiros.

Figura 5 Freguesias do Distrito de Évora



Fonte: Site da Camara Municipal de Évora

1.2. Caracterização Demográfica

Para desenvolver os conhecimentos relativos ao meio envolvente, importa também avaliar aspetos relevantes, tais como a população residente do concelho (população jovem, em idade ativa idosa), a taxa bruta de natalidade e de mortalidade. Para isso, todos os dados serão retirados do INE e do PORDATA, sendo que corresponderão à última atualização existente.

✓ População residente

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (s/d) entende-se por população residente o conjunto de pessoas que viveram no seu local de residência habitual ou que lá regressaram, durante um período contínuo de pelo menos, 12 meses anteriores ao momento de observação.

Tabela 1 População Residente do concelho de Évora

Período de Referência de Dados	Local de Residência	População Residente (nº) por Local de residência (Nuts -2013) por sexo		
		Sexo		
		Total	H	M
2011	Évora	56 582	26 847	29 735
2021	Évora	53 881	25 652	28 229

Fonte: Tabela de elaboração própria, com base na informação retirada pelo Instituto Nacional de Estatística (2021)

No que diz respeito à população residente no concelho de Évora é possível observar na **tabela nº1**, uma diminuição de população do ano de 2011 para o ano de 2021. Em 2011, o concelho registava uma população de 56 582 habitantes, sendo 26 847 homens e 29 735 mulheres. No ano de 2021, a população total é de 53 881, dos quais 25 652 são homens e 28 229 são mulheres. Apesar do decréscimo registado, o número de mulheres continua a ser superior ao número de homens.

Tabela 2 População Residente no Concelho por faixas etárias (Nº)

Período de Referência de Dados	0-14 anos	15-64 anos	65 e +anos
2011	8 214	37 036	11 332
2021	7 216	33 923	12 742

Fonte: Tabela de elaboração própria, com base na informação retirada pelo Instituto Nacional de Estatística (2021)

Pode-se ainda observar que na **tabela nº2**, tanto em 2011 como em 2021, a população idosa com 65 anos tem maior expressão (11 332 e 12 742, respetivamente) do que a população jovem com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos (8 214 e 7 216 respetivamente). Contudo, é possível analisar que no ano de 2021 registou-se um menor

número de habitantes jovens relativamente ao ano de 2021, mas verificou-se o contrário na faixa etária de idade igual ou superior a 65 anos, pois em 2011 havia 11 332 idosos e no ano mais recente, 12 742. A diminuição de população entre os respetivos anos constou-se também na faixa etária dos 15 aos 64 anos.

✓ Taxa Bruta de Natalidade

A Taxa Bruta de Natalidade corresponde ao número de nados-vivos ocorrido durante um determinado período, normalmente um ano civil, referido à população média desse período (INE, s/d).

Tabela 3 Taxa bruta de natalidade (‰) no concelho de Évora

Local de Residência (NUTS III – 2013)	2011	2021
Évora	10	7,9

Fonte: Tabela de elaboração própria, com base na informação retirada pelo Instituto Nacional de Estatística (2021)

Através da análise da **tabela nº3**, podemos observar uma grande diminuição dos valores registados em 2021, comparativamente a 2011. Em 2011, nasceram cerca de 10 crianças por cada 1000 habitantes e em 2021, aproximadamente 8 crianças por cada 1000 habitantes no período de um ano.

✓ Taxa Bruta de Mortalidade

A Taxa Bruta de Mortalidade permite analisar o número de óbitos observado durante um determinado período, normalmente um ano civil, referido à população média desse período (habitualmente expressa em número de óbitos por 1000) (INE, s/d)

Tabela 4 Taxa bruta de mortalidade (‰) no concelho de Évora

Local de Residência (NUTS III – 2013)	2011	2021
Évora	10,0	12,9

Fonte: Tabela de elaboração própria, com base na informação retirada pelo Instituto Nacional de Estatística (2021)

Deste modo, é possível observar na **tabela nº4**, um aumento da mortalidade no concelho de Évora em 2021 (12,9), relativamente a 2011 (10,0). Significa isto que, em 2021 morreram aproximadamente 13 indivíduos por cada 1000 e em 2011 morreram, 10 habitantes por cada 1000.

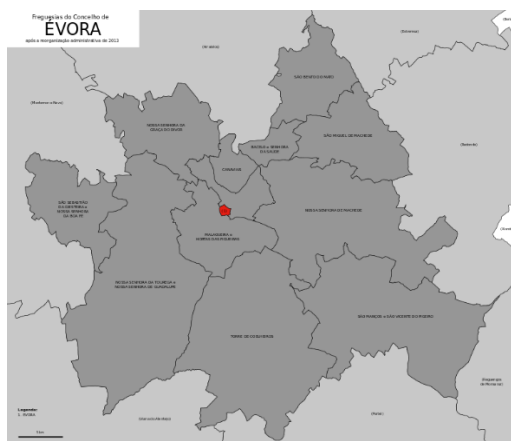
Com a análise destas duas últimas **tabelas (nº3 e nº4)**, permite-nos constatar que em 2011, o número de nados vivos é igual ao número de pessoas que faleceram, ou seja, não há alteração. Mas o mesmo não se verifica no ano de 2021, pois morreram aproximadamente 13 pessoas do que aquelas que nasceram, o que potencia fortemente o ritmo regressivo da população do concelho de Évora, sendo que morre, cada vez mais pessoas do que aquelas que nascem.

2. União de Freguesias de São Mamede, Sé, São Pedro e Santo Antão

2.1. Caracterização Geográfica

A União de Freguesias de Évora (São Mamede, Sé, São Pedro e Santo Antão) é uma freguesia do Concelho de Évora que em 2013, no âmbito da reforma administrativa nacional agregou as antigas freguesias de São Mamede, Sé, São Pedro e Santo Antão. Enquanto União de Freguesias, este território possui 1,13 km² de área e 4315 habitantes e uma densidade populacional de 3818,6 hab./ km². (INE, 2021)

Figura 6 Mapa Identificativo da União de Freguesias de São Mamede, Sé, São Pedro e Santo Antão



Fonte: Google Imagens

2.2. Caracterização Demográfica

De forma a obter uma melhor caracterização da União de Freguesias, é importante conhecer os dados relativos à população residente total, por sexo e por grupo etário.

Tabela 5 População Residente na União de Freguesias de São Mamede, Sé, São Pedro e Santo Antão por sexo

Período de Referência de Dados	Local de Residência	População Residente (nº) por Local de residência (Nuts -2013) por sexo		
		Sexo		
		Total	H	M
2011	U.F. São Mamede, Sé, São Pedro e Santo Antão	4 738	1 990	2 748
2021	U.F. São Mamede, Sé, São Pedro e Santo Antão	4 315	1 939	2 376

Fonte: Tabela de elaboração própria, com base na informação retirada pelo Instituto Nacional de Estatística (2021)

No que respeita à população residente da União de Freguesias de São Mamede, Sé, São Pedro e Santo Antão, podemos visualizar na **tabela nº5**, uma ligeira diminuição da mesma no ano de 2021, comparativamente ao ano de 2011. Em 2021, a freguesia registava uma população total de 4 315 habitantes, sendo 1 939 homens e 2 376 mulheres.

No ano de 2011, a população total era de 4 738, dos quais 1 990 homens e 2 748 mulheres. Apesar do decréscimo registado, o número de mulheres continua a ser superior ao número de homens.

Tabela 6 População Residente da União de Freguesias de São Mamede, Sé, São Pedro e Santo Antão por faixas etárias

Período de Referência de Dados	0-14 anos	15-64 anos	65 e +anos
2011	404	2 805	1 529
2021	454	2 660	1 201

Fonte: Tabela de elaboração própria, com base na informação retirada pelo Instituto Nacional de Estatística (2021)

Pode-se observar na **tabela nº6**, que tanto em 2011 como em 2021, a população idosa com 65 ou mais anos tem maior expressão (1 529 e 1 201, respetivamente) do que a população jovem com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos (404 e 454, respetivamente). Deste modo, é possível verificar que o ano de 2021, só a população jovem é que teve um ligeiro acréscimo de população, pois nas restantes faixas etárias indicadas registou-se uma diminuição de população.

Parte III – Estrutura Metodológica da Investigação

1. Modelo de Investigação

O foco principal desta investigação centra-se na necessidade de compreender se o Serviço de Apoio Domiciliário pode ser uma resposta adequada ou de complementaridade das necessidades vivenciadas pelos sócios da Liga de Amigos do HESE com 65 ou mais anos de idade, residentes União de Freguesias de São Mamede, Sé, São Pedro e Santo Antão

A investigação terá por base, *“técnicas centradas na procura de causalidades dos fenómenos sociais sobre os quais se pretende intervir, de forma a não agir sobre as*

evidencias, mas ser capaz de se aproximar dos fatores provocados do fenómeno social em analise” (Guerra, 2000, pp. 144-145)

A metodologia utilizada baseou-se nos objetivos definidos para o presente estudo. A Metodologia segundo Robertis “é a parte de uma ciência que estuda métodos os quais se recorre, e é nesta aceção do termo que empregaremos a palavra metodologias. A metodologia permite-nos assim precisar e estudar a ou as “maneiras de fazer” em trabalho social, a forma de proceder segundo uma certa ordem e seguindo princípios, isto é, os métodos (Robertis,2011, p.64).

O conhecimento da realidade numa investigação processa-se através do método sendo este um procedimento para alcançar um fim. A metodologia de investigação utilizada foi uma abordagem essencialmente mista (quantitativa e qualitativa) e a estratégia metodológica um estudo exploratório.

“O estudo exploratório tem como objetivo principal ajudar o investigador a encontrar padrões, ideias ou hipóteses de pesquisa com o intuito de aumentar o conhecimento do investigador sobre o problema em causa (...)” (Figueira, 2014, p. 18)

Estudo Exploratório para proporcionar mais conhecimentos à cerca do tema que se está a investigar, possibilitando assim o seu delineamento e a sua definição.

De acordo com os objetivos da investigação, a pesquisa pode ser exploratória. No contexto deste estudo recorreu-se a uma pesquisa exploratória, que, segundo Prodanov & Freitas (2013), tem como finalidade proporcionar mais informações acerca do problema que vamos investigar, permitindo maior facilidade na delimitação do tema da pesquisa. Esta pesquisa orienta também a construção de objetivos e a formulação.

Assim sendo é necessário estudar e compreender de forma a avaliar as necessidades e condições socioeconómicas e a importância e expectativas que os Sócios com idade igual ou superior a 65 anos da LAHESE, residentes na UF de São Mamede, Sé, São Pedro e Santo Antão, atribuem ao Serviço de Apoio Domiciliário.

No que respeita à forma como obtemos os dados necessários para a elaboração da pesquisa, esta investigação sustentou-se numa pesquisa bibliográfica, através de documentos publicados, como por exemplo de dissertações, livros, artigos científicos, relatórios e outros documentos disponibilizados em suporte digital e papel, de forma a manter contacto direto com a material já escrito sobre o problema a investigar (Prodanov

& Freitas, 2013) Como método de recolha de dados, nesta investigação realizaram-se trinta e nove inquéritos por questionário aos sócios da Liga de Amigos com 65 ou mais anos residentes na União de Freguesia de São Mamede, Sé, São Pedro e Santo Antão.

Quanto à abordagem do problema, a pesquisa pode ser quantitativa e qualitativa. Uma abordagem quantitativa tem como principal objetivo quantificar e medir a recolha de dados, enquanto a abordagem qualitativa não requer uso de métodos e técnicas estatísticas, sendo o usado o ambiente natural para a recolha de dados. No caso da presente investigação, optou-se por um estudo eminentemente qualitativo com uma abordagem mista, visto que o inquérito contempla questões fechadas de modo a quantificar as variáveis em estudo e questões abertas, que vão medir a compreensão de fenómenos reais.

2. Objeto de estudo e Questão de Partida

O objeto de estudo pode ser determinado como “um desdobramento da pergunta básica do estudo, ou seja, os itens que serão pesquisados para solucionar o problema de pesquisa” (Pradanov e Freitas, 2013, p.94).

Segundo Prodanov e Freitas (2013) deve-se “definir com precisão o que pretendemos com o trabalho. O objetivo de estudo vincula-se diretamente à própria significação da tese proposta pelo pesquisador e à colocação de propósitos que estão diretamente relacionados com o problema em pesquisa” (Prodanov e Freitas, 2013, p.94).

Tendo em conta o que foi apresentado, a pergunta básica do estudo, ou seja, a **questão de partida**, é construída da seguinte forma:

- ✓ *Será que o Sad é visto como uma resposta adequada ou de complementaridade às necessidades vivenciadas pelos sócios da Liga de Amigos do HESE com 65 ou mais anos de idade residentes na União de Freguesia de São Mamede, Sé, São Pedro e Santo Antão?*

3. Objetivo Geral e Objetivos Específicos

Em relação aos objetivos gerais, estes “descrevem grandes orientações para as ações e são coerentes com as finalidades do projeto, descrevendo as grandes linhas de

trabalho a seguir e não são, geralmente, expressos em termos operacionais, pelo que não há possibilidade de saber se foram ou não atingidos” (Guerra, 2002, pp.163-164).

De forma a definir com maior precisão aquilo que pretendemos alcançar com a investigação, estruturamos um objetivo geral e cinco objetivos específicos.

No que concerne ao **objetivo geral**

- ✓ Compreender se o Serviço de Apoio Domiciliário pode ser uma resposta adequada ou de complementaridade das necessidades vivenciadas pelos sócios da Liga de Amigos do HESE com 65 ou mais anos de idade União de Freguesias de São Mamede, Sé, São Pedro e Santo Antão;

No que diz respeito aos objetivos específicos, pode-se verificar que são objetivos que exprimem os resultados que se espera atingir e que detalham os objetivos gerais, funcionando como a sua operacionalização. (...) Distinguem-se dos objetivos gerais porque não indicam direções a seguir, mas estádios a alcançar, e assim são, geralmente expressos em termos mais descritivos de situações a concretizar” (Guerra, 2002, p.164).

Neste caso, **os objetivos específicos** do projeto de investigação são:

- ✓ Caracterizar o perfil socioeconómico dos sócios da Liga de Amigos do HESE, com 65 ou mais anos residentes na União de Freguesias de São Mamede, Sé, São Pedro e Santo Antão;
- ✓ Identificar a rede social e as condições de habitabilidade dos sócios da Liga de Amigos do HESE com 65 ou mais anos de idade residentes na União de Freguesias de São Mamede, Sé, São Pedro e Santo Antão;
- ✓ Perceber quais as necessidades e dificuldades dos sócios da Liga de Amigos do HESE com 65 ou mais anos de idade residentes na União de Freguesias de São Mamede, Sé, São Pedro e Santo Antão;
- ✓ Analisar se os sócios da Liga de Amigos do HESE com 65 ou mais anos de idade residentes na União de Freguesias de São Mamede, Sé, São Pedro e Santo Antão. já beneficiam de alguma resposta social e quais as razões pelas quais recorreram ao serviço;
- ✓ Determinar se a criação desta resposta social, vai de acordo com as expectativas e necessidades dos sócios da Liga de Amigos do HESE com 65 ou mais anos de

idade residentes na União de Freguesias de São Mamede, Sé, São Pedro e Santo Antão.

4. Caracterização do Campo em estudo- LAHESE

A Liga de Amigos do Hospital Espírito Santo de Évora é uma Instituição Particular de Solidariedade Social, fundada a 19 de maio de 1994 por um grupo de profissionais do próprio Hospital.

Resultou de um movimento de 33 elementos representantes de diversas áreas profissionais do Hospital e de diversas entidades representativas da nossa sociedade local.

Este movimento teve um impulso acrescido com a perspetiva das Comemorações dos 500 anos de existência do Hospital, a realizar no ano de 1995. Logo nas primeiras reuniões de Assembleia Geral foram tomadas iniciativas para a criação de um Corpo de Voluntariado. No dia 19 de dezembro de 1994, deu-se início ao primeiro projeto de voluntariado da Liga de Amigos, com atividade na sala de espera das consultas externas.

Numa primeira fase acolhendo e encaminhando os Doentes e, numa segunda fase, com o apoio do Hospital, passou-se, também, a preparar pequenos reforços alimentares a serem distribuídos pelos doentes que, em salas de espera, aguardavam pelas suas consultas, exames e tratamentos.

Posteriormente a Direção da Liga com a colaboração do Serviço Social do Hospital começou a dar apoio aos Doentes que, no momento da alta hospitalar, eram assinalados com dificuldades pontuais e depois aos Doentes em convalescença no domicílio.

Em 1995, passado um ano da sua fundação, foram eleitos os primeiros órgãos sociais da Liga de Amigos e implementado o projeto de Apoio ao Doente/ Família.

No ano de 2000 a Liga dispunha de um Corpo de Voluntárias, em número de 33, e cerca de 600 Sócios.

Com o crescimento das receitas provenientes das quotizações e com o envolvimento das explorações de concessões, as receitas anuais permitiram dar início ao apoio, sistemático e anual, aos Serviços Hospitalares na aquisição de equipamentos

diversos, institucionalizando o Projeto “Apoio aos Serviços Hospitalares”, tendo por objetivo primordial a humanização dos Serviços.

Em meados da primeira década do ano 2000 foi criado o Grupo Coral da Liga por iniciativa de um grupo de Voluntárias, tendo sido registado, até à data, diversas atuações junto de Instituições de terceira idade, Institutos prisionais a nível local, e em Encontros anuais de convívio inter-hospitalar a nível nacional.

A 5 de Novembro de 2007 deu-se início ao Projeto Apoio ao Doente Internado no serviço de Medicina II, sendo posteriormente alargado ao serviço de Medicina I e mais tarde Ortopedia.

Em 2009 implementou-se o Projeto “Há Escola no Hospital” de apoio aos alunos internados nos anos escolares do 5.º ao 12.º ano, permitindo-lhes acompanhar a progressão das matérias dadas nas aulas, por processos eletrónicos.

Em 2010, o nosso Relatório de Atividades dava como informação a institucionalização de diversos Projetos como: Apoio ao Doente em Ambulatório; Apoio ao Doente Internado; Apoio ao Doente/Família; Apoio aos Serviços Hospitalares; Há Escola no Hospital; Apoio aos Órgãos de Gestão do Hospital. Com recursos humanos de 65 Voluntárias, uma base social de 900 Sócios e um Orçamento na ordem dos 40.000€, entendemos, não só manter os atuais projetos, como ampliar a nossa ação.

Em 2012, deu-se início ao Projeto “Miminhos para Bebés”, com o objetivo de apoiar pais de crianças nascidas na Maternidade do Hospital, com menores possibilidades económicas.

Os Estatutos desta instituição apontam para o cumprimento dos seguintes objetivos:

- ✓ Incentivar a colaboração da Comunidade e suas Instituições no bem-estar do doente e na sua promoção;
- ✓ Sensibilizar a Comunidade para a necessidade e dever de colaborar com o Hospital, com vista a que possa prestar uma maior qualidade de serviço de saúde aos seus doentes;
- ✓ Contribuir para a melhoria das condições de acolhimento, internamento e tratamento dos doentes, incluindo ambulatórios do Hospital do Espírito Santo – Évora, por forma a garantir a permanência das suas relações familiares e sociais;

- ✓ Colaborar ativamente com os Órgãos de Gestão do Hospital nas orientações da sua política de saúde, tendo em vista a dignificação da pessoa do doente, através da permanente defesa dos seus direitos;
- ✓ Colaborar na dignificação da atividade dos trabalhadores do Hospital através da colaboração e apoio a todas as iniciativas de carácter cultural, social e profissional que promovam, sempre com o objetivo último de contribuir para o bem-estar do doente;
- ✓ Transmitir aos Órgãos de Gestão do Hospital os reflexos da atuação desta Comunidade.

Em suma, relativamente à instituição, o nosso maior foco são os Projetos de Voluntariado Hospitalar e Apoio Social em algumas valências. O apoio social é referente a medicamentos, pagamento de transportes e aquisição de alguns equipamentos após alta hospitalar e é obtido por famílias que reúnem critérios de insuficiência económica. Neste projeto, apoiamos ainda o doente em convalescença, após alta hospitalar e pessoas idosas que requerem ajudas técnicas no domicílio, disponibilizando camas articuladas, cadeiras de rodas e de banho, sofás relax, canadianas, andarilhos, entre outros produtos.

5. Participantes- Universo e Amostra

Esta investigação debruça-se sob um universo que compreende 39 idosos residentes na União de Freguesias de São Mamede, Sé, São Pedro e Santo Antão e sócios da instituição referida no ponto anterior. Tal como se poderá verificar na exposição dos resultados que se apresenta numa fase sequente deste trabalho, o universo é constituído por 29 idosos do sexo feminino e 10 do sexo masculino.

O tipo de amostra utilizada no presente estudo é intencional, pois a seleção é feita de acordo com propósitos específicos, ou seja, é selecionado intencionalmente a população a inquirir.

Recorreu-se também a uma amostra por conveniência intencional, ou seja, trabalhou-se com uma pequena parte dos elementos que compõem o universo, ou seja, foi selecionado uma pequena parte de uma população, em que se espera que esta seja representativa dessa população que se pretende investigar (Prodanov & Freitas, 2013).

Uma população é um grupo de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios. A população alvo é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de seleção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações. (Fortin, 1999).

Para este estudo, foi definido uma amostra de indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos, residentes na Freguesia de São Mamede, Sé, São Pedro e Santo André e sócios da Instituição Liga de Amigos do Hospital Espírito Santo de Évora, independente do tempo a que sejam sócios.

Segundo Fortin (1999), a amostra “é um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte da mesma população. É, de qualquer forma, uma réplica em miniatura da população alvo. No entanto, deve ser representativa da população referida, isto é, as características da população devem estar presentes na amostra selecionada”.

6. Instrumento de Recolha de Dados

Para realizar a presente investigação, nomeadamente o enquadramento teórico e no ponto da concretização do território de análise, foi efetuada uma pesquisa bibliográfica através de material publicado em dissertações, teses, artigos científicos e ainda a base de dados com informação estatística, com realce para o INE e a PORTADA.

Segundo Prodanov & Freitas, deve-se fazer uma, “pesquisa bibliográfica prévia de acordo com a natureza da pesquisa, passado, em seguida aos detalhes desta, determinando as técnicas a serem utilizadas na coleta de dados, a fonte de amostragem, que deverá ser significativa, isto é, representativa e suficiente para apoiar conclusões, além das técnicas de registo desses dados e as de análise posterior” (Prodanov & Freitas, 2013, p.102).

Para identificar o método de pesquisa mais adequado, Yin (2001) afirma que é preciso analisar as questões colocadas pela investigação. “... toda a pesquisa tem como intencionalidade indagar algo a partir de uma problemática vivenciada no contexto social, tendo como objetivo responder à pergunta problema e as preocupações de elaborar novos conhecimentos que possibilitem compreender/transformar a real condição do que está sendo estudado” (Sousa & Santos, 2020)

O Instrumento de recolha de dados deve ter em conta os objetivos do estudo e o tipo de questões. Desta forma, a escolha recaiu para a utilização de um inquérito por questionário, que facilita a análise dos dados, analisar os conteúdos a abordar e permite a confidencialidade e anonimato (André, 2021, p.41).

Segundo André (2021), citado em Fortin (1999), “considerava que o questionário é um instrumento de medida que traduz os objetivos que o estudo com variáveis mensuráveis. Ajuda a organizar, a normalizar e a controlar os dados, de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa”.

Um questionário é por norma aplicado a um conjunto de indivíduos (inquiridos), sobre os quais se pretende recolher informações (dados) para analisar, interpretar e retirar conclusões, tendo em vista responder aos objetivos da investigação. (Santos, J & Henriques, S. 2021, p.10)

As técnicas de recolha de dados de informação que foram utilizadas neste projeto de investigação é a análise documental e o inquérito por questionário.

O inquérito por questionário é feito através de “uma serie ordenada de perguntas que devem ser respondidas por escrito pelo informante (...) a linguagem utilizada deve ser simples e direta, para que o respondente compreenda com clareza o que está a ser perguntado” (Proadanov & Freitas, 2013, p. 108). Este ainda tem de ser objetivo e a sua extensão deve ser limitada, apresentando instruções de forma a ser explicado o objetivo do estudo. Também pode ser um instrumento ou um programa de dados.

6.1. Procedimentos

Segundo Quivy & Campenhoudt (1992), o procedimento é a maneira de progredir em direção a um determinado objetivo. Para que um projeto seja viável e possível é necessário percorrer uma série de etapas (Quivy & Campenhoudt, 1992, p.25).

Desta forma, numa primeira instância foi escolhido e formulado um tema para se investigar. Posteriormente procedeu-se a uma pesquisa bibliográfica e à análise documental acerca das temáticas identificadas do tema escolhido. Seguidamente foi definido a metodologia de investigação e todo o estudo empírico, no qual foram aplicados os inquéritos por questionário, recorrendo a um guião previamente elaborado pela

investigadora. A seguir, analisou-se os elementos recolhidos e discutiu se os dados obtidos.

6.2. Análise e Tratamento de Dados

Para Prodanov & Freitas esta fase de investigação “prevê a interpretação e a análise dos dados tabulados, os quais foram organizados na etapa anterior. A análise deve ser feita a fim de atender aos objetivos da pesquisa e para comparar e confrontar os dados e provas com o objetivo de confirmar ou rejeitar a(s) hipótese (s) ou os pressupostos da pesquisa” (Prodanov & Freitas, 2013, p. 112).

Neste capítulo será realizada a análise, essencialmente, e qualitativa dos inquéritos por questionário, aplicados aos sócios da Liga de Amigos do Hospital Espírito Santo de Évora com idade igual ou superior a 65 ou mais anos de idade residentes na freguesia de São Mamede, Sé, São Pedro e Santo Antão, de modo a conhecer:

- Identificação (género, idade, estado civil);
- O trajeto profissional do indivíduo;
- Os rendimentos;
- Laços/Redes de interação social;
- Condições da habitação;
- Condições de conforto da habitação;
- Utilização dos Serviços de Saúde;
- Utilização de produtos de apoio e de entidades sociais;
- Importância da Criação do Serviço de Apoio Domiciliário por parte da Liga de Amigos do Hospital Espírito Santo de Évora;
- Expectativas em relação a esta resposta social.

Caracterizar a população potencial utilizadora deste serviço torna-se fundamental para se preparar a resposta social, atendendo às necessidades verificadas pelo grupo em estudo, por isso, esta análise tem como objetivo perceber se o, Serviço de Apoio Domiciliário, tem viabilidade para ser implantado.

No que respeita aos dados obtidos pelos inquéritos, numa segunda fase, os mesmos foram analisados com recurso ao software de folha de cálculo do Microsoft Excel, de

forma a organizar, interpretar e compreender com precisão os dados recolhidos. Para as respostas abertas, foi utilizado a análise de conteúdo.

Todos os dados foram recolhidos e tratados tendo por base o princípio do anonimato e da confidencialidade da pessoa.

7. Apresentação e Análise de Dados

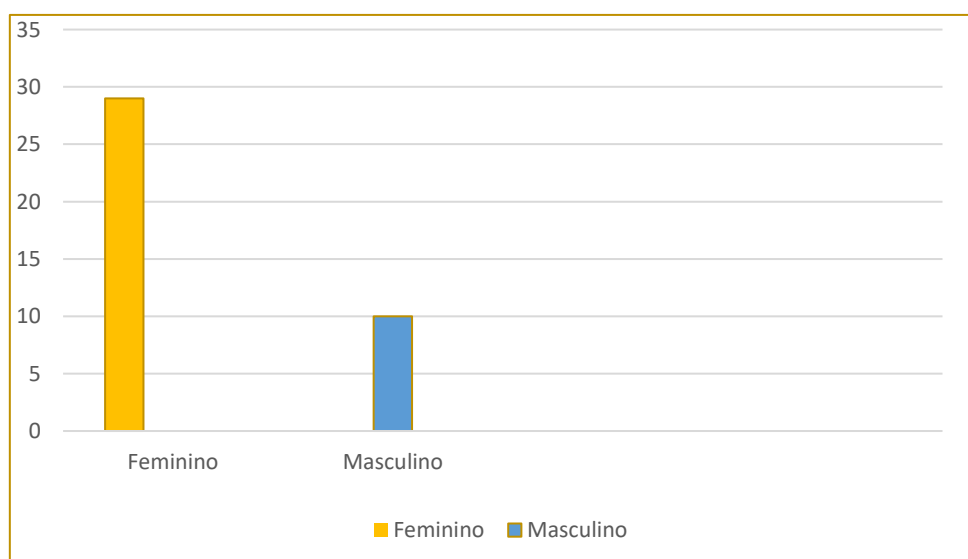
Neste tópico serão apresentados e analisados todos os resultados desta investigação. Tendo por base a revisão bibliográfica e com base nos dados recolhidos através dos inquéritos, procurou-se analisar e refletir a viabilidade da criação e implementação do Serviço de Apoio Domiciliário.

Os inquéritos por questionário foram aplicados a 39 idosos residentes na freguesia de São Mamede, Sé, São Pedro e Santo Antão e sócios da Liga de Amigos do Hospital de Évora.

Uma vez que a investigadora é Técnica Superior de Serviço Social na Instituição, tem acesso aos dados da ficha de sócio, devido a isso telefonou-se previamente aos participantes do estudo para perceber se estariam interessados em colaborar na investigação. Assim, entre os dias 24 de abril e 8 de maio de 2023, a investigadora dirigiu-se ao domicílio dos sócios da Liga de Amigos, onde através de uma conversa informal e clara, conseguiu preencher todas as questões dos inquéritos, recolhendo assim todos os dados precisos para a investigação.

7.1 Identificação dos Sócios da Liga de Amigos

Gráfico 1 Sexo dos sócios da Liga de Amigos HESE



Fonte: Elaboração Própria

Como se pode verificar pela leitura do **gráfico n.º 1**, o sexo que predomina é o feminino, que totaliza 29 sócias ou seja, 74.3%. Apenas 10-dos inquiridos são do sexo masculino, significa que aproximadamente 26 % dos participantes deste estudo são do sexo masculino.

7.2. Faixa Etária dos Sócios da Liga de Amigos

Tabela 7 Faixa Etária dos Sócios da Liga de Amigos HESE

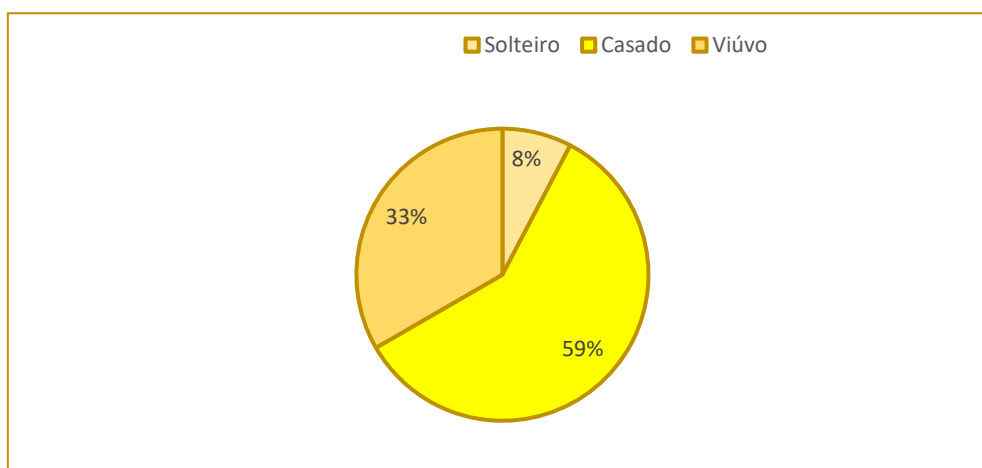
Faixa Etária	Nº Absoluto
65 – 69	5
70 – 74	7
75 – 79	14
80 – 84	5
85 – 89	6
90 – 95	2

Fonte: Elaboração Própria

De acordo com a análise da **tabela n.º7**, verifica-se que a faixa etária que predomina é a dos 75 a 79 anos com 14 sócios. A faixa etária com menor número de pessoas é a dos 90 a 95 anos, com, apenas, 2 pessoas a estarem associadas à Instituição.

7.3. Estado Civil dos Sócios da Liga de Amigos

Gráfico 2 Estado Civil dos Sócios da Liga de Amigos



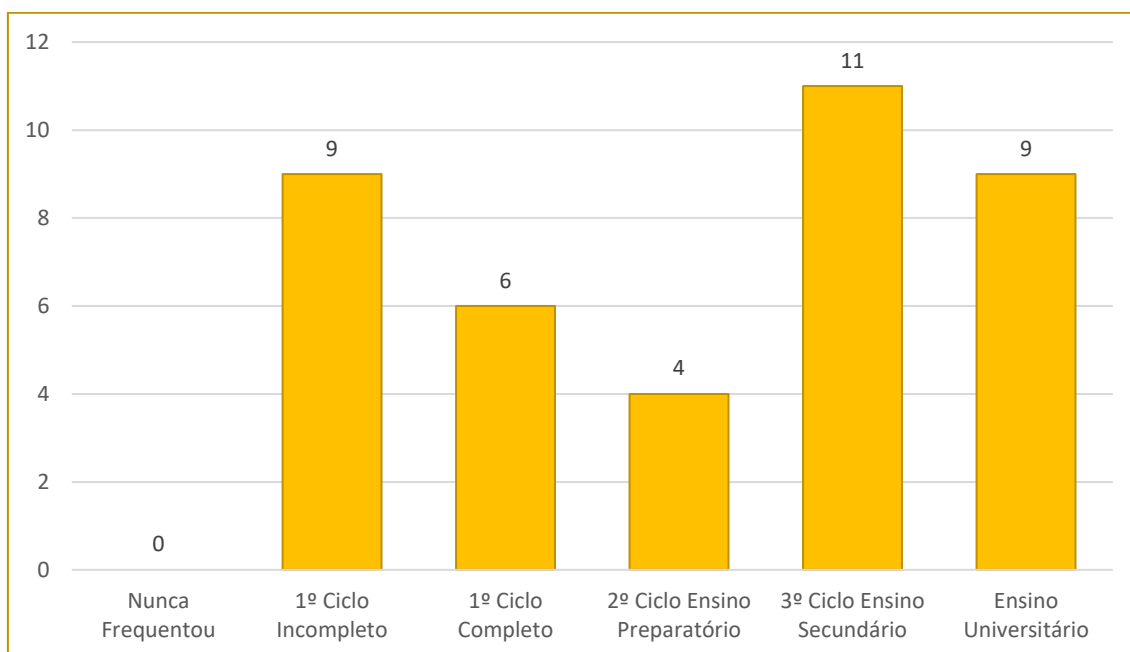
Fonte: Elaboração Própria

Mais de metade da nossa amostra (59%), o estado civil corresponde a casados, essa percentagem corresponde a 23 sócios. Logo em seguida, como podemos observar no

gráfico nº 2 a segunda percentagem mais elevada (33%) corresponde aos sócios que são viúvos, equivale 13 participantes da nossa amostra. Por fim a percentagem com menor valor corresponde a 8% da nossa população em estudo, logo apenas 3 pessoas são solteiras.

7.4. Nível de Escolaridade dos Sócios da Liga de Amigos HESE

Gráfico 3 Nível de Escolaridade dos Sócios da Liga de Amigos HESE



Fonte: Elaboração Própria

Como é visível no **gráfico nº3**, o nível de escolaridade predominante do nosso estudo é o 3º ciclo, que atualmente corresponde ao Ensino Secundário, logo 11 inquiridos da nossa amostra conseguiram chegar ao Ensino Secundário. É relevante salientar que neste estudo também existe uma dualidade, onde 9 indivíduo têm apenas o 1º ciclo, mas incompleto, e 9 indivíduos têm o Ensino Universitário, o que pode evidenciar uma diferença de classes sociais nas famílias.

7.5. Profissões dos Sócios da Liga de Amigos HESE

Tabela 8 Profissões dos Sócios da Liga de Amigos HESE

Tabela nº5 Profissão	Número Absoluto	Profissão	Número Absoluto
Costureira	5	Engenheiro Civil	1
Operário Fabril	2	Trabalhador Rural	3
Funcionário Público	3	Guia Intérprete	1

Doméstica	5	Escriturária	1
Administrativo	3	Empregado de Escritório	2
Professor	5	Técnico de Eletricidade	1
Telefonista	1	Administrador Hospitalar	1
Gestor de Empresas	1	Técnico Tributário	1
Encarregado de Manutenção	1	Assistente Operacional	1
Cabeleireira	1		

Fonte: Elaboração Própria

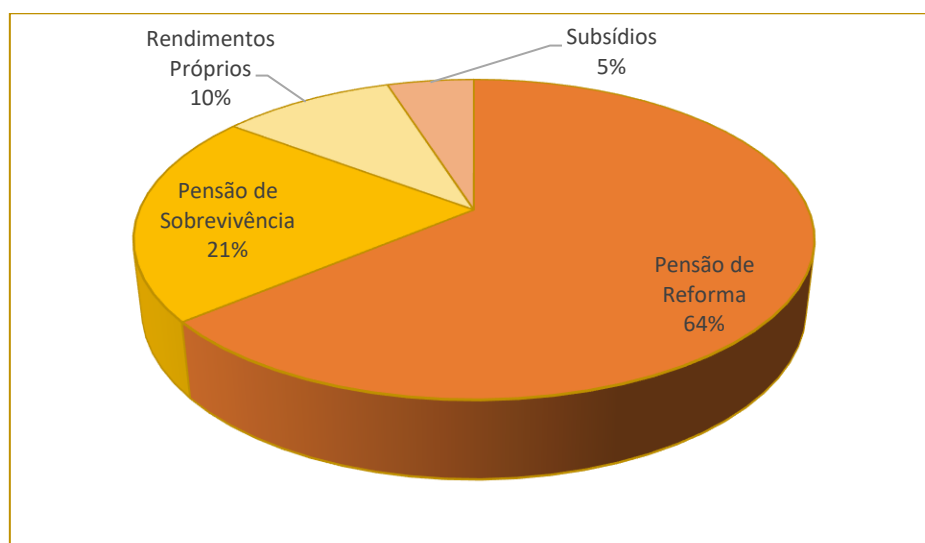
Como podemos perceber pela **tabela nº8** das profissões e em concordância com o gráfico³ do nível de escolaridade, podemos concluir que existem algumas profissões como administrador hospital, professor e gestor de empresas em que os indivíduos conseguiram estudar na universidade, e que relativamente à idade da reforma perspectiva-se que tenham rendimentos melhores, logo poderão ter uma melhor qualidade de vida ou estilo de vida bastante mais aceitável que por exemplo, os indivíduos que apenas concluíram o 1º ciclo ou que nem esse grau de escolaridade conseguiram obter por diversos motivos.

Naquela altura, em famílias mais desfavorecidas, muitos dos pais das crianças precisam de ajuda no campo e os filhos começavam logo a trabalhar desde cedo, deixando assim os estabelecimentos de ensino. Por exemplo, se fosse do sexo feminino, a mãe incentivava-a a aprender a costurar ou apenas a fazer as tarefas domésticas, pelo que muitas nem terminavam o 1º ciclo, ou faziam o percurso do 1º ciclo todo, mas a seguir saíam da escola e começaram efetivamente a trabalhar. Por isso, ao todo (1º ciclo incompleto e 1º ciclo completo), da nossa amostra as profissões poderão ser as seguintes: Costureira, Doméstica, Trabalhador rural, etc...

Os indivíduos que conseguiram tirar o Ensino Secundário, já poderão ter uma vida também bastante diferente, mais estável em relação à pensão de reforma, pois já puderam as seguintes profissões: Funcionário Público, Administrativo, Técnico Tributário, entre outras referidas na tabela anterior (**Tabela nº8**).

7.6. Caracterização Socioeconómica e Rede Social do Sócio da Liga de Amigos HESE

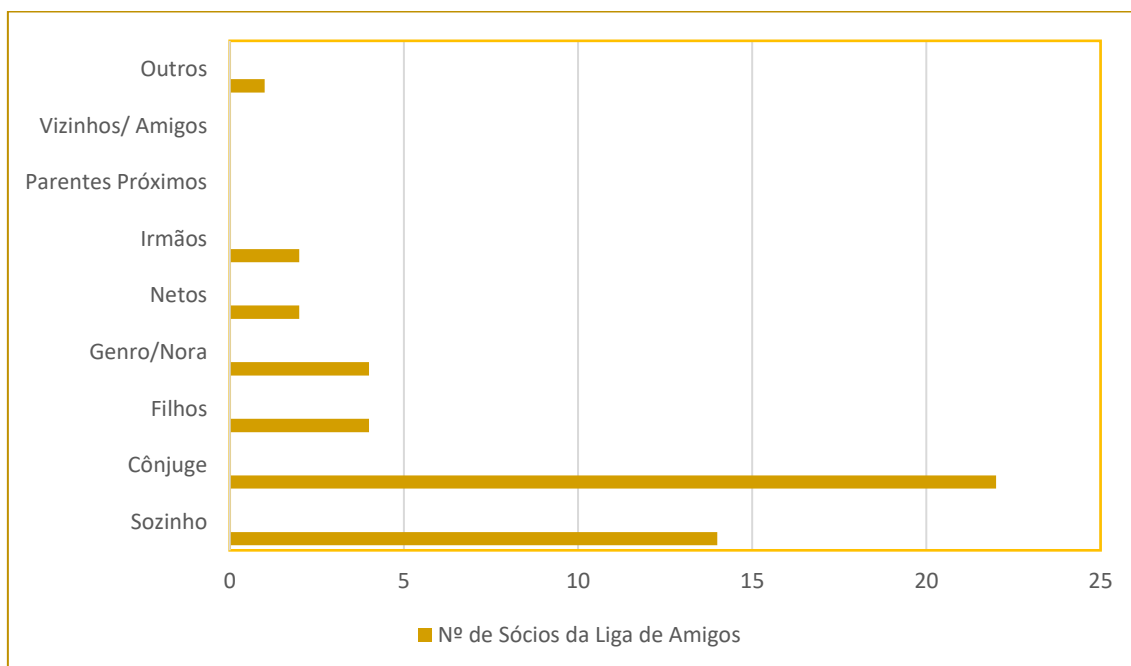
Gráfico 4 Origem dos Rendimentos



Fonte: Elaboração Própria

Verifica-se no **gráfico nº4**, que a partir da idade da reforma (66 anos e 4 meses), a origem dos rendimentos dos idosos é essencialmente a Pensão de Reforma, por isso, no nosso estudo a maior percentagem dos idosos cabe à pensão de reforma, que equivale a 64% e em número absoluto a 25 participantes em estudo. Logo em seguida, 21 % diz respeito à pensão de sobrevivência, esse valor é calculado a partir do valor da pensão de reforma que o falecido estava a receber, como na nossa amostra temos 13 pessoas que são viúvas, vão beneficiar dessa pensão. Também há outras fontes de rendimento que os idosos podem beneficiar, como terem rendimentos próprios (essencialmente aluguer de casas, venda de propriedades, ou realizarem alguns trabalhos esporádicos), por isso 10 % da nossa amostra, além de ter as suas pensões de reforma, também adquire outros rendimentos. Apenas 3 sócios da Liga de Amigos, obtém para além da pensão de reforma, subsídios como por exemplo, os indivíduos que tem propriedades agrícolas ou que foram trabalhadores rurais auferem também subsídios para a agricultura, ou alguns subsídios através da segurança social.

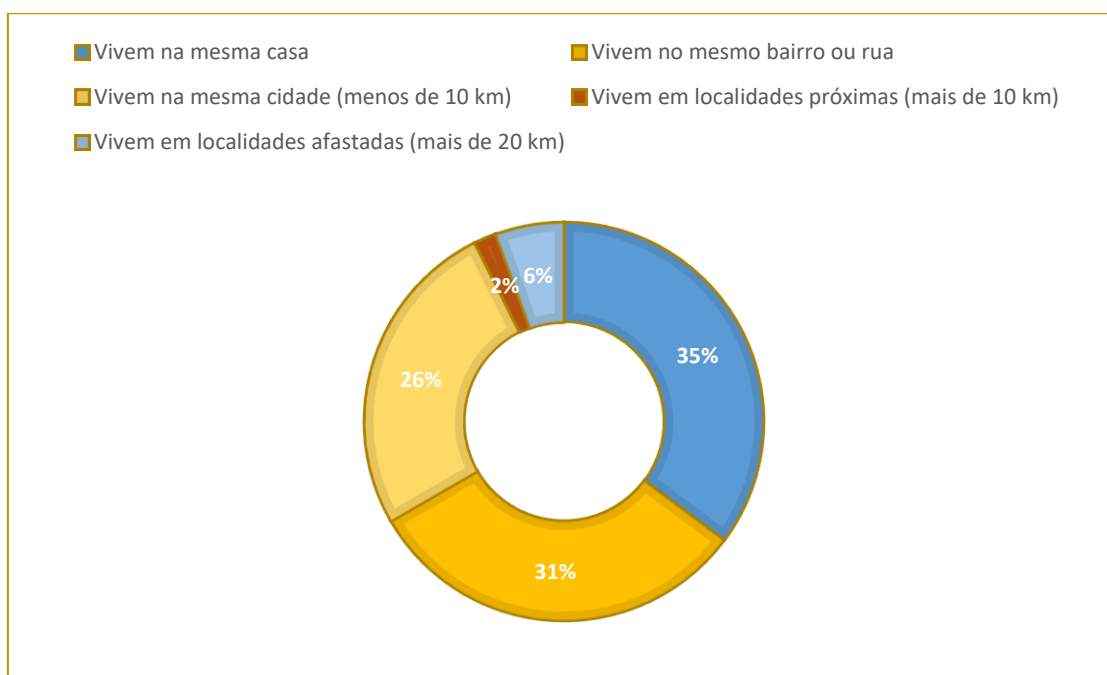
Gráfico 5 Coabitação do sócio da Liga de Amigos Hese



Fonte: Elaboração Própria

Quanto ao **gráfico nº 5** a variável que se destaca é da coabitação com o próprio cônjuge, são 23 sócios da Liga de Amigos que habitam com o cônjuge, cerca de 59 % da amostra. Logo em seguida, 13 pessoas vivem sozinhas, o que corresponde a 33% dos participantes deste estudo.

Gráfico 6 Distância do Ponto de Referência



Fonte: Elaboração Própria

Observou-se no **gráfico nº6** que duas das variáveis que mais se destacam são as seguintes: “Vivem na mesma casa” com 35 % da amostra e “Vivem no mesmo bairro ou rua” com 31 % da amostra. Como a maior parte dos participantes em estudo estão ainda casados, vivem com o seu cônjuge, por isso o mesmo será o seu ponto de referência, ou seja, a quem recorre quando necessita. Se já não tiverem o seu cônjuge, o seu ponto de referência serão os filhos ou vizinhos, pelo que podem viver na mesma rua, ou até no mesmo bairro. Em localidades afastadas (mais de 20 km), temos na nossa amostra apenas 3 indivíduos.

7.9. Condições Habitacionais do Idoso

Tabela 9 Regime de Ocupação/ Propriedade

Regime de Ocupação	Nº de sócios da Liga de Amigos
Própria	27
Arrendado	12
Habitação Social	0
Partilhada	0
Cedida/Doada	0

Fonte: Elaboração Própria

Como podemos perceber pela **tabela nº 9** apresentada, 27 sócio da Liga de Amigos tem habitação própria o que equivale a 69,2 %. No que diz respeito a outra forma de ocupação, 12 sócios da Instituição vivem em regime de arrendamento o que corresponde aproximadamente 31% da nossa amostra em estudo.

Tabela 10 Condições de habitabilidade e conforto

	Grau de Satisfação				
	Muito Bom	Bom	Nem bom, nem mau	Mau	Muito mau
Tamanho da Casa	5	31	3	0	0
Isolamento (calor/frio)	7	28	4	1	0
Luminosidade/Ventilação	10	27	2	0	0
Qualidade da Construção	5	19	15	1	0
Comodidade Cozinha	4	25	10	0	0

Comodidade Casa de Banho	2	33	4	0	0
Comodidade Quarto	11	25	3	0	0
Localização	8	29	2	0	0

Fonte: Elaboração Própria

Quanto à **tabela nº 10**, a maior parte dos parâmetros que dizem respeito à habitabilidade e conforto estão assegurados, pois é visível que nenhum dos sócios da Liga de Amigos tem habitações degradadas ou com falta de condições para habitar. De todos os questionários feitos não houve nenhum inquirido que dissesse que a sua casa não reunia as mínimas condições de habitabilidade, no entanto, no centro histórico da cidade de Évora existem muitas casas já construídas há bastantes anos, mas na maior parte dos casos e à medida do tempo, os inquiridos foram renovando ou arranjanho pequenos pormenores.

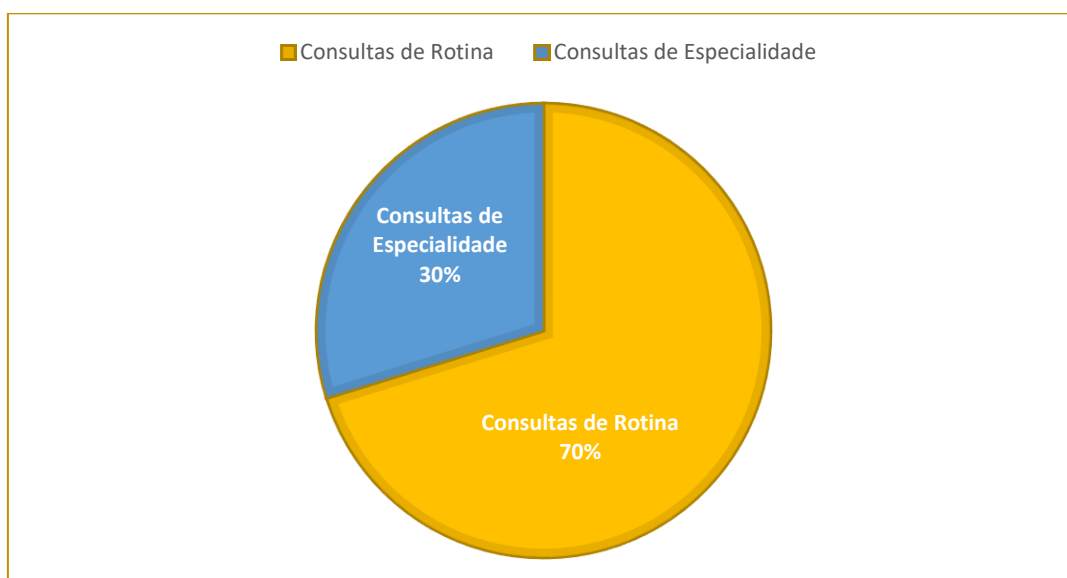
7.8. Serviços de Saúde

Tabela 11 Utilização do Serviço Médico

Acompanhamento Médico	Nº de Sócios da Liga de Amigos
Sim	37
Não	2

Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 7 Tipo de Acompanhamento Médico



Fonte: Elaboração Própria

Como podemos perceber na **tabela 11**, 37 dos sócios da Liga de Amigos tem acompanhamento médico, o que equivale a 95 da amostra. Apenas 2 sócios não usufruem de acompanhamento médico, o que equivale a uma clara minoria de 5% da amostra.

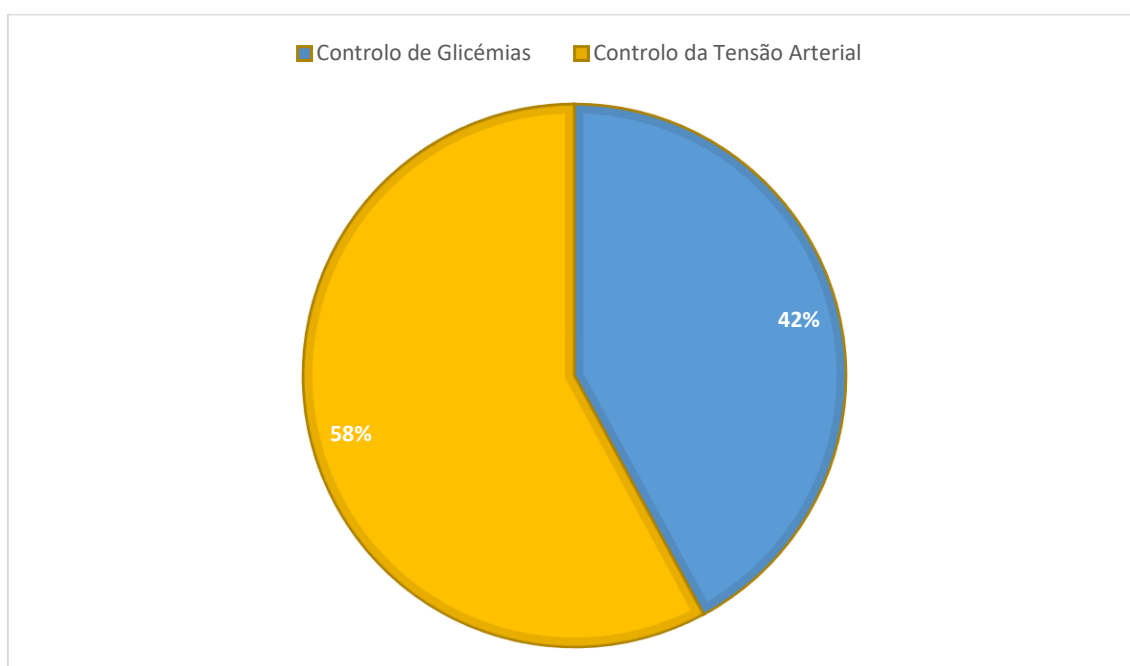
Dos indivíduos que tem acompanhamento médico, cerca de 70% vão a consultas de rotina, o que equivale a 37 sócios da Liga de Amigos e aproximadamente 30% vão a consultas de especialidade, que corresponde somente a 2 pessoas, correspondente ao **Gráfico n°7**.

Tabela 12 Utilização dos Serviços de Enfermagem

Acompanhamento Enfermagem	Nº de Sócios da Liga de Amigos
Sim	11
Não	28

Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 8 Tipo de Acompanhamento de Enfermagem



Fonte: Elaboração Própria

Verificamos através do **gráfico n° 8** que a maior parte da amostra não tem acompanhamento de enfermagem, cerca de 72%, o que equivale a 28 participantes da amostra. Logo 11 sócio da Liga de Amigos tem acompanhamento de enfermagem, como no controlo da tensão arterial e glicémias, esta variável equivale a 28 % da amostra.

Normalmente, quem se dirige ao centro de saúde procede sempre aos rastreios básicos que fazem parte dos Cuidados de Saúde Primários, o que vai complementar a consulta do médico de família (**Gráfico nº 8**)

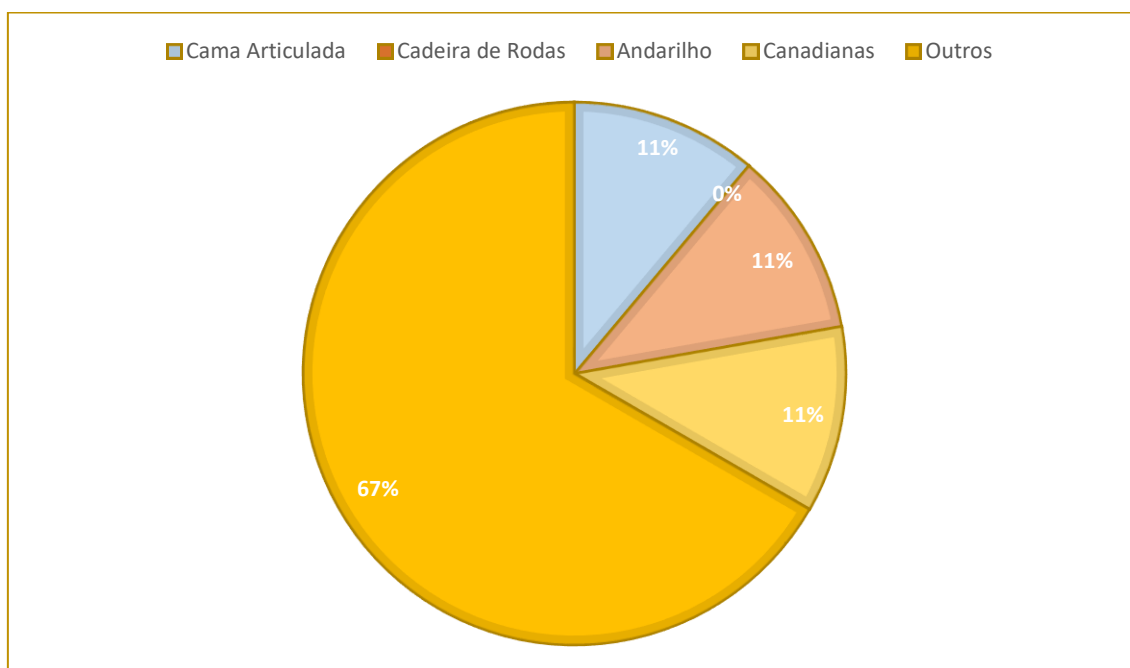
7.9. Utilização de Ajudas Técnicas e Apoio de Entidades Sociais

Tabela 13 Utilização de Ajudas Técnicas

Ajudas Técnicas/Produtos de Apoio	Nº de Sócios da Liga de Amigos
Sim	9
Não	30

Fonte: Elaboração Própria

Gráfico 9 Tipo de Ajuda Técnica



Fonte: Elaboração Própria

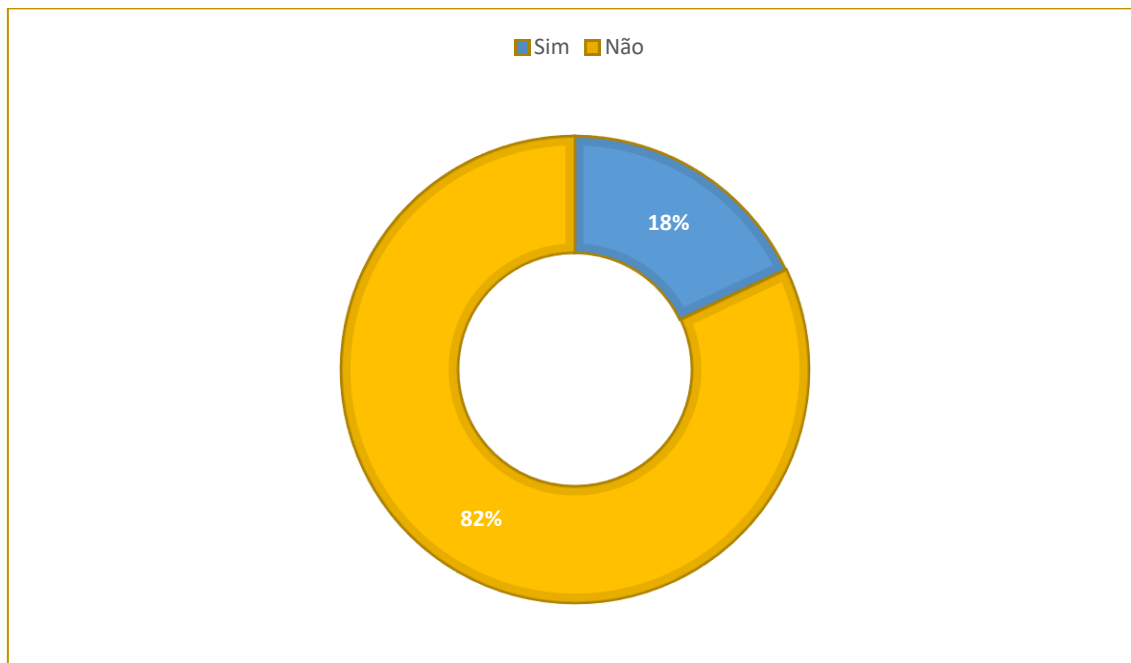
Na **tabela nº 13** é possível aferir que 30 dos sócios inquiridos não utilizam nenhuma ajuda técnica, o que equivale a 77 %, apenas 9 dos sócios que participaram no estudo tem auxílio de um produto de apoio.

No que diz respeito à tipologia da ajuda técnica, a maior parte, como se pode verificar 67% respondeu “Outros”, pois o tipo de ajuda técnica que utilizam não constava nas

opções de resposta, mas a resposta dada refere-se à utilização de bengala, logo 6 pessoas utilizam a bengala no seu dia a dia.

7.10. Apoio de Entidades Sociais

Gráfico 10 Serviço de Apoio Domiciliário



Fonte: Elaboração Própria

Relativamente ao **gráfico n°10**, é perceptível o destaque na resposta “não”, 32 sócio da Instituição não tem apoio de entidades sociais, logo cerca de 82 % da nossa amostra. Apenas 7 sócio da Liga de Amigos já beneficiam de apoio de Instituições Sociais, o que representa apenas 18 % da população em estudo.

Tabela 14 Tipo de Serviços Utilizados

Tipo de Serviço (SAD)	Nº de Sócios da Liga de Amigos
Serviço de Refeições	4
Apoio na higiene pessoal diária	4
Apoio na higiene habitacional	3
Apoio na toma de medicação	1

Fonte: Elaboração Própria

Como anteriormente percebemos, apenas 7 sócios da Liga de Amigos beneficiam de Apoio das Instituições, a tabela 7 indica o tipo de serviços utilizados pelos mesmos. Podemos aferir pela **tabela n° 14** que apenas são apoios padronizados, ou seja, são os serviços mais necessários e mais básicos (alimentação e higiene), apenas um inquirido

falou no apoio da toma da medicação, o que é bastante importante devido à elevada toma de terapêutica em certas idades.

Segue-se assim, a grelha de análise de conteúdo apresentada de seguida na **tabela nº 15:**

Tabela 15 Grelha de Análise de Conteúdo

Dimensão	Sub-Dimensão	Indicadores	Unidades de Registo
Tipos de ajuda a que se recorre	Informais	Pessoas Exteriores	i 37) "... senhora empregada"
		Familiar	i 2) "filhas"; i 8) "filho e marido"; i 18) "prima ..."; i 19) "filho"; i 22) "filhos e nora" i 27) "filho, nora e netos"; i 35) "marido".
		Vizinhança	i 9) "...vizinha"; i 18) "...vizinho"; i 30) "vizinho"; i 35) "...vizinha".
		Relações de Amizade	i 24) "pessoas amigas"; i 29) "amiga".
		Relevância	i 1) "Sim, acho que sim, é importante qualquer ajuda e apoio para nós"; i 9) "Muito importante"; i 10) "Sim, sem dúvida muito importante";

Criação do Serviço de Apoio Domiciliário pela Liga de Amigos HESE	Concordância		<p>i 17) “Uma grande ideia em dispor destes serviços na casa dos idosos”;</p> <p>i 24) “Na minha opinião, é cada vez mais importante”;</p> <p>i 28) “É importante que a Liga tenha coisas mais palpáveis e que haja um serviço de apoio para quem precisa”; i 32) “Sim conheço a Liga de Amigos e acho iriam fazer um bom trabalho”.</p>
	Concordância	Combate à Solidão	<p>i 5) Sim, bastante importante para quem não tem ninguém por perto”;</p> <p>i 8) “Muito Benéfico para quem está sozinho principalmente”;</p> <p>i 16) “É importante para quem está sozinho como eu”;</p> <p>i 23) “Eu acho que é bom porque há muitos idosos a viverem sozinhos e sem apoio”.</p>
		Necessidade	<p>i 4) “É muito importante qualquer apoio aos idosos”;</p> <p>i 21) “Eu tenho a minha mãe em casa e por vezes fica muito difícil cuidar dela. Para os idosos que tem ajuda e familiares por perto e que não queiram ir para o lar... é uma resposta social muito importante”; i 23) “Eu acho que é</p>

			bom porque há muitos idosos a viverem sozinhos e sem apoio”; i 28) “É importante que a Liga tenha coisas mais palpáveis e que haja um serviço de apoio para quem precisa”.
--	--	--	---

Tipos de serviços mais adequados e convenientes à sua situação do sócio da Liga de Amigos	Serviço de Apoio Domiciliário Tradicional	Serviço de refeições e Serviço de higiene pessoal e habitacional	i 2) “Ajuda se algum ficar acamado. Eu sou baixa, o meu marido é alto e quando foi operado às hérnias discais, ele perdeu o andar e eu não o era capaz de levantar”; i 4) “Neste momento, o meu marido está praticamente acamado. Ainda lhe vou fazendo a comida e a Cáritas vem cá todos os dias limpar... vou fazendo o que posso”; i 12) “Agora estou bem, mas se um dia precisar seria apoio na higiene habitacional porque a casa é muito grande e a minha esposa já tem dificuldade em limpar; i 14) “Se a minha esposa um dia não for capaz, precisava do serviço de refeições, higiene”; i 15) “Para mim por enquanto ainda não é necessário mas para a minha mãe talvez o acompanhamento e apoio na refeição e higiene; i 27) “Seria um serviço de refeições, já me custa muito fazer o comer”
---	---	--	---

	Serviço de Apoio Domiciliário mais abrangente	Maior acompanhamento dentro e fora do domicílio	i 1) “Acompanhamento a quem está só...; i 3) “...às vezes tenho medo de ir à rua sozinho e tenho de pedir ao meu filho”; i 27) “...as vezes precisava de ajuda para ir a algum lado, para não estar sempre a pedir a minha vizinha”; i 37) “...às vezes só precisava que alguém ficasse com a minha mãe quando saio por uns minutos”
		Serviço de Transporte	i 26) “Acompanhamento e Apoio na refeição...serviço de transporte” i 33) “Serviço de Transporte porque o meu marido já não conduz”
	Sem Opinião	Nunca pensou sobre o assunto	i 3) “Nem quero pensar...” i 6) “Ainda consigo fazer tudo” i 10) “Para já nenhum, mas nunca se sabe “ i 25) “Depende da situação” i 31) “Para mim e para a minha esposa felizmente que ainda não é preciso” i 32) “Ainda não consigo pensar assim “

<p>Sugestões de Serviços para o Serviço de Apoio Domiciliário</p>	<p>Serviço de Proximidade</p>	<p>Equipa de Voluntários</p>	<p>i 1) “Acompanhamento por parte da equipa de voluntários da Instituição”;</p> <p>i 4) “Uma equipa de voluntários, dar uma palavrinha, ir ao pão... ir à farmácia”</p> <p>i 5) “Acompanhamento mais próximo”</p> <p>i 7) “Como sou voluntária na Liga de Amigos, no projeto Miminhos para Bebés devia de haver voluntários para estarem com as pessoas sozinhos”</p> <p>i 16)” Eu sou voluntária na Liga de Amigos há muitos anos e se pudéssemos ir à casa das pessoas dar uma palavrinha era muito bom”</p> <p>i 21) “Voluntários para falarem com os idosos e passeios por exemplo...”</p> <p>i 23) “Voluntariado com saídas esporádicas, tomar um café, disponibilizar uma horinha”</p> <p>i 24) “Voluntário para serviços pontuais, o grupo da Liga de Amigos tem uma equipa dessas para ajuda quem precisasse”</p> <p>i 32) “Serviço de Voluntariado ou animação, a minha esposa as vezes precisava que esta sempre em casa”</p>
---	-------------------------------	------------------------------	---

Integração dos Sócios da Liga de Amigos no Serviço de Apoio Domiciliário	Concordância	Possibilidade	<p>i 1) “Sim, quem sabe. O dia de amanhã ninguém o viu. É sempre bom haver estas coisas. Na idade em que se está, nunca se sabe”;</p> <p>i 5) “Sim, até porque conheço a Liga e ajudaram sempre quando precisei”;</p> <p>i 7) “Sim, se um dia precisar irei certamente contactar com a Liga”;</p> <p>i 20) “É natural que sim”;</p> <p>i 38) “Sim se pudesse era”.</p>
		Incerteza	<p>i 3) “Não posso responder, o mundo dá muita volta”;</p> <p>i 13) “Neste momento tenho ajuda, mas nunca se sabe”;</p> <p>i 35) “Agora parece me que ainda não, mas daqui a uns tempos não se sabe”.</p>

Fonte: Elaboração Própria

8. Discussão de Resultados Obtidos

Com o aumento da população envelhecida em Portugal e mundial, este conceito e tudo o que o envolve está sob atenções por parte do Estado, como por parte de toda a comunidade académica, profissionais das Ciências Sociais e sociedade em geral. Deste modo procuramos investigar, refletir e compreender este grande fenómeno que é o envelhecimento, procurando novos procedimentos e técnicas de intervenção, no sentido de desenvolver apoios e serviços adequados à nova realidade.

Os resultados obtidos da presente investigação comportam os dados obtidos com as diferentes perspetivas dos autores, que ao longo do trabalho servem de suporte para a elaboração da parte teórica e fundamentar os objetivos específicos concebidos inicialmente, para assim obter conclusões mais sustentadas.

Portanto, vamos apresentar as reflexões críticas relativamente aos resultados obtidos.

Para a investigação, tal como já foi referido diversas vezes ao longo da dissertação, foram inquiridas 39 pessoas com os seguintes critérios: - terem idade igual ou superior a 65 anos; - serem sócias da Instituição Liga de Amigos do Hospital Espírito Santo de Évora, e residentes na União de Freguesias de São Mamede, Sé, São Pedro e Santo Antão, pois o gabinete da Instituição está sediado nas instalações do Hospital Espírito Santo de Évora, logo é situado na União de Freguesias acima referida. Dos participantes em estudo, 29 são do sexo feminino e 10 do sexo masculino.

Esta população tem idades compreendidas entre os 67 e 90 anos, pelo que a média de idades é aproximadamente 78 anos. Em relação ao estado civil dos inquiridos em estudo, 23 são casados, 13 são viúvos e 3 são solteiros. De acordo com os Censos 2021, podemos cruzar os dados com os resultados obtidos pois a população idosa continua a ser a faixa etária do país com o número de casados elevado, mas a viuvez continua a ser mais elevada para casos do sexo feminino.

Relativamente ao nível de escolaridade, conclui-se que dos 39 participantes, 9 tem o 1º ciclo incompleto e 6 também o 1º ciclo, mas completo, 4 possuem o 2º ciclo, 11 tem o ensino secundário e um número bastante elevado dado a época, 9 inquiridos conseguiram obter grau de ensino superior. Posto isto, deparamo-nos com uma população bastante iletrada para a época e com algumas posses, talvez seja pelo facto de estas

peças viverem no centro histórico da cidade de Évora. Como é de esperar e dado os níveis de escolaridade, 27 dos participantes em estudo vivem em casa própria e apenas 12 habitam em casas arrendada. No que concerne às condições de habitabilidade e de acordo com a tabela nº7, o grau de satisfação das habitações é bastante favorável e reúne as condições básicas para habitabilidade, apenas de referir que algumas casas do centro histórico estão um pouco degradadas em termos de construção, embora dentro da nossa amostra, os inquiridos não tenham referido que isso seria um problema nas suas habitações.

As redes de sociabilidade/ rede social são cada vez menores, com a progressão do envelhecimento o idoso começa por exemplo, a perder o cônjuge, alguns elementos de família e amigos. Para além do núcleo familiar, os amigos e os vizinhos, uma organização assistencial ou qualquer instituição faz parte da rede de sociabilidade de um idoso ou qualquer outro indivíduo.

Quanto à análise do inquérito por questionário e através do gráfico nº2 (estado civil dos sócios da Liga de Amigos do HESE), 59% corresponde aos sócios ainda casados, portanto ainda terão marido que será um dos elementos da sua rede social, mas 33% da amostra já perderam o seu cônjuge e 8% são solteiros, por esse motivo terão como rede social alguns elementos de família (irmão, prima), vizinhos ou colaboradoras onde sejam beneficiárias de uma resposta social. A maior parte dos inquiridos vivem com o seu cônjuge, por isso o mesmo será o seu ponto de referência, ou seja, a quem recorre quando necessita. Se já não tiverem o seu cônjuge, o seu ponto de referência serão os filhos ou vizinhos, pelo que podem viver na mesma rua, ou até no mesmo bairro. Em localidades afastadas (mais de 20 km), temos na nossa amostra apenas 3 indivíduos.

Posto isto percebemos que a rede social dos participantes em estudo é uma rede informal, tanto de familiar como de vizinhança e também de pessoas amigas.

De acordo com Freitas (2011, p.31) citado por Paúl (2005, p.280), “a existência de redes sociais é um dado crucial para a qualidade de vida dos idosos”.

Após a análise sociodemográfica dos sócios da Liga de Amigos, participantes neste estudo, é a vez de analisar os serviços e as expectativas em relação a uma possível criação desta resposta social por parte da Instituição Liga de Amigos.

Relativamente aos Serviços de Saúde, os inquiridos responderam positivamente às idas aos Centros de Saúde, a serviço médico só 2 pessoas é que não tem esse acompanhamento, todos os outros (37) vão regularmente ao médico de família e em alguns casos são também acompanhados por médicos de alguma especialidade de acordo com as suas patologias. Em relação ao acompanhamento dos profissionais de enfermagem 28 inquirido não tem esse seguimento, por isso 11 pessoas do nosso estudo são acompanhadas pelos enfermeiros, em alguns casos também são situações pontuais como por exemplo: a administração de vacinas, controlo da tensão arterial e da diabetes ou também acompanhamento em alguma lesão ocasional.

No que diz respeito à resposta social em estudo, o Serviço de Apoio Domiciliário já é conhecido por apenas 7 inquiridos, ou seja, apenas estes usufruem deste serviço por parte de outras instituições da cidade de Évora, logo 32 participantes da amostra ainda não tiveram contacto com este tipo de resposta social. No entanto, todos os inquiridos concordaram com a possível criação desta resposta social, pois o SAD é uma resposta que articulada entre os serviços de saúde e do social, os quais são prestados a um utente no seu próprio domicílio (OMS). Esta coordenação de serviços permite, em grande medida, prevenir, retardar ou mesmo impedir a institucionalização do idoso, por isso revelaram grande importância para a criação desta resposta social.

É também comum fazer-se a associação direta entre a velhice e a solidão, visto que se considera normal a existência deste sentimento por parte do idoso, como já foi dito anteriormente os idosos vão perdendo as suas ligações com familiares e amigos devido a quererem apenas estar sozinhos, a problemas de saúde, entre outras causas. Em alguns dos inquéritos por questionário podemos afirmar através da análise de conteúdo, que o SAD é uma resposta que também procura atenuar o sentimento de solidão pressionado pelo idoso, é uma forma também de interagirem com alguém de maneira a serem auxiliados nas suas tarefas diárias.

De acordo com o Manual da Segurança Social (Lisboa 2006), o Serviço de Apoio Domiciliário é a prestação de cuidados individualizados e personalizados, no domicílio, o indivíduos e famílias quando por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar temporária ou permanentemente, a satisfação das necessidades básicas e/ou as atividades da vida diária. Por isso, de acordo com o estudo realizado, os

inquiridos concordaram com o desenvolvimento desta resposta social para colmatar a necessidades da população envelhecida.

Os serviços mais utilizados são sem dúvida os mais básicos como o serviço de refeições (4 inquiridos usufruem) e apoio na higiene diária (4 pessoas também), apenas uma pessoa respondeu que tinha auxílio no apoio à toma da medicação. Por estes resultados, podemos perceber que o Serviço de Apoio Domiciliário tem serviços bastante padronizados, uma vez que os mais habituais ou o que as pessoas mais conhecem é o serviço de refeições e a apoio na higiene tanto pessoal como da própria habitação. Esta constatação concorre com a perspetiva de Macedo (2014), quando refere que “As pessoas mais velhas dependentes de terceiros para a sua vida diária são, habitualmente, objeto de ajuda através de Serviços de Apoio Domiciliário, serviços que se centram, essencialmente, na prestação de serviços básicos de sobrevivência (alimentação, higiene pessoal e da habitação, toma de medicação), sendo negligenciadas outras dimensões de bem-estar da pessoa, nomeadamente, as de natureza e psicossocial. (Macedo, 2014, p.1)

Durante o inquérito por questionário, a investigadora desenvolveu questões abertas, onde os inquiridos pudessem dar a sua opinião. De acordo com a criação do Serviço de Apoio Domiciliário pela Liga de Amigos do Hese, todos os inquiridos concordaram com a resposta social, reconhecendo a sua importância, referindo, em alguns casos conceitos como a solidão e a necessidade de existir mais diversidade de respostas para a população envelhecida. Contudo, foi questionado qual ou quais os tipos de serviços a serem utilizados de acordo com a situação, mas como a maior parte ainda não é utilizadora desta resposta social e ainda estão maioritariamente bem, expressaram-se mais no que poderá acontecer futuramente consigo próprios, com o cônjuge ou com familiares mais próximos e os serviços de apoio que manifestaram mais interesse foi o serviço de refeições, higiene habitacional e pessoal.

Podemos concluir novamente, que a comunidade está mais direcionada para os serviços mais padronizados. Mas ainda assim, houve participantes que necessitavam de um serviço que os apoiasse mais dentro e fora do domicílio, como por exemplo: acompanhamento para os idosos mais solitários, ou também para saídas exteriores à sua habitação e também um serviço de transporte. Uma vez que foi inquirido qual o serviço que seria mais apropriado à situação atual, alguns participantes em estudo não conseguiram dar nenhuma resposta, devido a não saberem ainda ou ainda não terem pensado nesse assunto.

Com as realidades visíveis do aumento exponencial do envelhecimento e também com a constante evolução de procedimentos, técnicas e maneiras de trabalho, é urgente também reforçar o SAD, com outro tipo de serviços que sejam benéficos para os idosos utilizadores do mesmo, de forma também a que o conceito *ageing in place* seja sustentado, retardando ao máximo uma possível institucionalização do idoso, pois na maior parte das vezes esta etapa é bastante dolorosa para os próprios e respetivas famílias.

Quanto a sugestões dadas pelos participantes em estudo, na maior parte dos inquéritos por questionário, eles não conseguiam chegar a nenhuma sugestão, por isso a investigadora mencionou que a Instituição Liga de Amigos do Hese dispõem de uma equipa de voluntários, que atuam em meio hospital (internamentos e salas de espera das consultas externa), posto esta informação, a maioria dos inquiridos sugeriu de haver uma equipa de voluntários em que pudesse estar em contacto com as pessoas mas na sua habitação, ou então fora da habitação em deambulações necessárias ou apenas para passear a algum sítio que gostassem.

Portanto, uma vez que existe uma equipa de voluntários em vários projetos em meio hospitalar, é bastante interessante também criar-se uma equipa de voluntários para o exterior, para ocasiões pontuais e assim a Liga de Amigos obter uma resposta social de Serviço de Apoio Domiciliário, com uma resposta mais diferenciadora que neste sentido é um Voluntariado de mais proximidade com os utentes do hospital, sócios da Liga de Amigos ou até a população que requeresse esse serviço.

O objetivo da criação do banco de voluntariado é para que possamos disponibilizar aos nossos futuros beneficiários de SAD, o maior número de serviços possíveis. Um dos serviços bastante interessante para os utentes é a administração da terapêutica, isto porque, o idoso tem inúmeras dificuldades na toma da medicação, o que é essencial ao bem-estar e à saúde dos idosos, entre outras ajudas...

O voluntariado é uma atividade que remonta à Idade Média (Marques, 2016 citado por Wilson & Pimm, 1996). A origem da palavra, voluntário advém do adjetivo *voluntarius*, que provém por sua vez da palavra *voluntas* ou *voluntatis*, cujo significado tem a ver com a capacidade de alguém decidir ou escolher algo, noutras palavras, é a pessoa querer, desejar ou ter vontade própria. A sua primeira utilização na língua portuguesa remonta ao século XV e o seu significado na época era de algo espontâneo. (Marques, 2016). Segundo Marques, 2016 citado por Serapioni et al. (2013), existem

mais de 140 milhões de voluntários no mundo, sendo mais de 100 milhões de pessoas na Europa dedicadas à atividade voluntária e ações solidárias.

Segundo a Legislação Portuguesa, o artigo 3º da Lei nº 71/98 de 3 de novembro, *“O voluntário é um indivíduo que de forma livre, desinteressada e responsável se compromete, de acordo com as suas aptidões próprias e no seu tempo livre, a realizar ações de voluntariado no âmbito de uma organização promotora”* Aquele que, baseando-se no seu interesse pessoal e no sentido cívico se dedica doando o seu próprio tempo, sem obter qualquer forma de remuneração, trabalhando de diversas formas, em diferentes tipos de organização ou de forma independente e individualizada, é voluntário (ONU, 2011).

Estes projetos e ações solidárias tem cada vez mais peso na nossa sociedade. “Isto acontece porque as instituições do estado, as “forças do mercado”, a sociedade contemporânea não tem capacidade suficiente para garantir o bem-estar dos indivíduos” (Marques, 2016, (p. 16). Podemos dizer que o voluntariado tem um papel cada vez mais importante pois reforça a falta de capacidade da comunidade geral, assegurando assim, serviços fundamentais e básicos aos indivíduos, à comunidade e à sociedade no geral. (Marques, 2016 citado por Pilati & Hees, 2011). É um recurso importante na nossa sociedade por ser uma fonte de força comunitária, de resiliência, de solidariedade e de coesão social, e por ser promotora de mudanças sociais positivas que fomentam o respeito pela diversidade, igualdade e participação de toda (UNV, 2011).

O Voluntariado é um “hábito do coração” e uma virtude cívica, é também uma ferramenta de inclusão social (Portal do Voluntariado, s/d). O voluntariado é uma atividade que promove a confiança, a reciprocidade e a prática de cidadania ativa.

Portanto, para concluir a parte do voluntariado, atualmente é necessário fortalecer ainda mais, vínculos de solidariedade, fomentando uma cultura de paz e o respeito pelo indivíduo para que no fim, se torne um bem-estar geral para todos os indivíduos.

No que concerne à última questão aberta e última em geral do inquérito por questionário, averiguou-se a intenção de integração dos sócios da Liga de Amigos no Serviço de Apoio Domiciliário, todos concordaram em forma de possibilidade se futuramente precisarem, contudo é também gerado sentimento de incerteza pois posteriormente não tem essa decisão bem fundamentada, devido também às condições de saúde que tem atualmente.

No entanto será uma resposta social bastante necessária e útil pois pode retardar a entrada do indivíduo numa instituição e o feedback revisto pelos sócios da Liga de Amigos do Hospital de Évora é bastante positivo.

Considerações Finais

O envelhecimento surge como uma das maiores problemáticas da Europa, incluindo Portugal. O aumento da esperança média de vida e a diminuição do índice de natalidade, entre outros fatores, fez com que as sociedades se tornassem maioritariamente envelhecidas. Apesar da velhice não ser uma doença, o processo de envelhecimento poderá acarretar consigo muitos outros problemas, tanto a nível de saúde física como da saúde mental.

O SAD é uma resposta cada vez mais procurada, devido à vontade expressa pelos idosos de permanecer o máximo de tempo nas suas habitações e devido à incapacidade de os familiares poderem satisfazer o desejo dos seus idosos sem auxílio, pois estes trabalham e tem as suas tarefas a fazer, sendo impossível dedicarem o tempo necessário para cuidar dos mais velhos.

Em virtude de todas as alterações geradas em volta do envelhecimento e considerando o SAD uma resposta social de carácter preventivo, que permite ao idoso permanecer o máximo de tempo possível no seu espaço domiciliário, proporcionando a contínua manutenção da autonomia e qualidade de vida, entre outros, a investigadora propôs-se a investigar através de um inquérito por questionário o seguinte **objetivo geral**:

- Compreender se o Serviço de Apoio Domiciliário pode ser uma resposta adequada ou de complementaridade das necessidades vivenciadas pelos sócios da Liga de Amigos do HESE com 65 ou mais anos de idade residentes na União de Freguesias de São Mamede, Sé, São Pedro e Santo Antão.

Para complementar a investigação dentro de várias dimensões, delineamos para a investigação cinco objetivos específicos. O primeiro objetivo específico consiste em:

- Caracterizar o perfil socioeconómico dos sócios da Liga de Amigos do HESE, com 65 ou mais anos residentes na União de Freguesias de São Mamede, Sé, São Pedro e Santo Antão;

Referente ao primeiro objetivo específico, a população alvo do estudo foram 39 idosos sócios da Instituição Liga de Amigos do Hese, com idade igual ou superior a 65 anos residentes na União de Freguesias de São Mamede, Sé, São Pedro e Santo Antão. A nossa amostra é maioritariamente do sexo feminino, sendo que a percentagem de

inquiridos do sexo referido é de 74 %, logo aproximadamente 26 % dos restantes participantes são do sexo masculino. Esta população tem idades compreendidas entre os 67 e 90 anos, pelo que a média de idades é aproximadamente 78 anos. Em relação ao estado civil dos inquiridos em estudo, 23 são casados, 13 são viúvos e 3 são solteiros. Em relação ao nível de escolaridade, é considerado população bastante iletrada para a época e com algumas posses, talvez seja pelo facto de estas pessoas viverem no centro histórico da cidade de Évora, sendo que 9 inquiridos conseguiram obter o ensino universitário e 11 participantes o ensino secundário, apenas 6 pessoas presentes no estudo tem o 1º ciclo incompleto.

Quanto ao segundo objetivo específico:

- Identificar a rede social e as condições de habitabilidade dos sócios da Liga de Amigos do HESE com 65 ou mais anos de idade residentes na União de Freguesias de São Mamede, Sé, São Pedro e Santo Antão;

Todos os inquiridos possuem uma rede social favorável, tendo sempre “alguém por perto”, mesmo que os familiares tenham habitação noutra cidade, eles vão sempre mantendo relações de vizinhança ou de amizade, podendo estar acompanhados quando precisem de recorrer a alguém. Todas as redes sociais dos sócios da Liga de Amigos têm por base relações informais como a família, vizinhança e fora desse contexto, como por exemplo empregada e amigos. 59% corresponde aos sócios ainda casados, portanto ainda terão marido que será um dos elementos da sua rede social, mas 33% da amostra já perderam o seu cônjuge e 8% são solteiros, por esse motivo terão como rede social alguns elementos de família (irmão, prima), vizinhos ou colaboradoras onde sejam beneficiárias de uma resposta social. Em localidades afastadas (mais de 20 km), temos na nossa amostra apenas 3 indivíduos.

De acordo com o instrumento de recolha escolhido para este estudo, o grau de satisfação das habitações é bastante favorável e reúne as condições básicas para habitabilidade proporcionando bem-estar e conforto aos sócios da Instituição.

No que concerne ao terceiro objetivo específico:

- Perceber quais as necessidades e dificuldades dos sócios da Liga de Amigos do HESE com 65 ou mais anos de idade residentes na União de Freguesias de São Mamede, Sé, São Pedro e Santo Antão;

Uma lacuna que posso já referir neste objetivo específico, foi o facto que a maioria dos participantes em estudo não conseguiram identificar, objetivamente, as suas necessidades e dificuldades. No entanto, as necessidades mais referidas por parte dos sócios da Instituição foi o apoio em geral à população envelhecida, o que demonstra perceção de é uma faixa etária com inúmeros problemas sociais aliados a problemas de saúde também; o combate à solidão, a velhice proporciona mais que se fecham na sua casa, ou apenas já estão sozinhos na sua habitação e não tem rede social suficiente para transpor esse problema social, conceito bastante relatado ao logo da presente dissertação e por fim uma necessidade bastante evidente é o serviço de transporte, isto para não estarem sempre a pedir aos filhos que os transportem a onde necessitam ou por medo de sair à rua sozinhos.

A necessidade será de um serviço de apoio domiciliário que tenha mais proximidade com o idoso, dentro da sua habitação, como a leitura de um livro, apenas uma conversa ou fora de casa, como idas à igreja aos supermercados, farmácias, entidades estatais pois muitas das vezes, já não conseguem diligenciar alguns dos procedimentos. É necessário a criação de uma bolsa de voluntários para este serviço, mais de proximidade com o utente, neste caso sócio da Liga de Amigos.

No que respeita ao quarto objetivo específico:

- Analisar se os sócios da Liga de Amigos do HESE com 65 ou mais anos de idade residentes na União de Freguesias de São Mamede, Sé, São Pedro e Santo Antão. já beneficiam de alguma resposta social e quais as razões pelas quais recorreram ao serviço;

De acordo com o **gráfico nº10**, percebemos que a maior parte da nossa amostra em estudo ainda não recorreu a esta resposta social. 32 sócios da Liga de Amigos responderam que “não” à pergunta “Dispõe de algum apoio de instituições/entidades? Qual(ais)?” (**Nº1 do Apêndice, questão nº 6.**), logo 7 inquiridos responderam positivamente em relação ao Serviço de Apoio Domiciliário. Ao recorrerem dessa Resposta Social, precisaram nomeadamente do serviço de refeições, serviço de higiene pessoal diária, apoio na higiene habitacional e apoio na toma da medicação.

Para finalizar a reflexão sobre os objetivos específicos, o último objetivo é o seguinte:

- Determinar se a criação desta resposta social, vai de acordo com as expectativas e necessidades dos sócios da Liga de Amigos do HESE com 65 ou mais anos de idade residentes na União de Freguesias de São Mamede, Sé, São Pedro e Santo Antão.

Em relação a este objetivo específico, não houve respostas suficientemente concretas, na generalidade todos os elementos inquiridos em estudo responderam que sim, que é uma possibilidade, mas apenas no futuro próximo. Houve ainda uma minoria que afirmou que não poderia responder a uma questão dessas, pois não conhece o futuro.

Para resumir, o SAD constituiu um apoio essencial e imprescindível para enfrentar o envelhecimento e as limitações que dele advém, permitindo-lhes continuar a viver no seio familiar e na comunidade tendo um papel ativo, beneficiando de apoio social e promovendo a manutenção da autonomia, participação na comunidade e privilegiando um dos conceitos referidos à longa da dissertação, o conceito de *ageing in place*.

No que toca a constrangimentos encontrados pela investigadora, podemos enumerar dois:

1 – Dificuldade na gestão do tempo pelo fato da investigadora estar a trabalhar a tempo inteiro na Instituição também dificultou a nível de tempo e elaboração da investigação.

2 - O facto de termos restringido apenas aos sócios da liga de amigos do Hese com 65 ou mais anos de idade residentes na União de Freguesias de São Mamede, Sé, São Pedro e Santo Antão, fez com que o estudo não fosse tão abrangente.

Em termos de pistas para investigações futuras, seria porventura interessante abranger mais freguesias, de modo a ter um conhecimento mais geral desta população que é sócia da Liga de Amigos, elaborar um plano de intervenção para o Serviço de Apoio Domiciliário.

Para finalizar, importa referir que esta investigação foi bastante enriquecedora quer a nível pessoal como profissional, e em nosso entender pode constituir um auxiliar para a Instituição implementar uma resposta social como o SAD e fundamentar eventuais estratégias de intervenção com o auxílio de uma equipa de voluntários na área do Sad.

Referências Bibliográficas

Afonso, C. (2015). A integração do idoso na sociedade – o papel das redes sociais. Instituto Politécnico de Bragança. Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/12722/1/CI%C3%A1udia%20Vanessa%20Carreiro%20Afonso.pdf>

André, J (2021). Gestão Medicamentosa do Idoso: Conhecimento e práticas dos Cuidadores Formais num concelho do interior da Região de Portugal. Disponível em: https://repositorio.ipbeja.pt/bitstream/20.500.12207/5521/1/Joa_o%2bAndrePDFA.pdf

Andrade, A. (2014). *Contextos e Prática do Serviço Social com pessoas idosas em serviço de apoio domiciliário*. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Disponível em: <https://recil.ensinulusofona.pt/bitstream/10437/6280/1/Trabalho%20Projeto.pdf>

Bárrios, M. Marques, R. & Fernandes, A. *Envelhecer com saúde: estratégias de ageing in place de uma população portuguesa com 65 anos ou mais*. Revista Saúde Pública. 2020; 54:129

Base de Dados da Liga de Amigos do Hospital Espírito Santo de Évora

Cabral, M. V., Ferreira, P. M., Silva, P. A. da, Jerónimo, P. G. & Marques, T. (2013). *Processos de envelhecimento em Portugal: usos do tempo, redes sociais e condições de vida*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos

Cancela, D. (2007). O Processo de Envelhecimento. Universidade Lusíada do Porto. Disponível em: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf>

Caetano, S. (2013). *Solidão e Rede de Apoio Social nos Idosos -Perceção e Caracterização*. Instituto Superior Bissaya Barreto da Universidade de Coimbra. Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/28909/1/Solid%3%a3o%20e%20Rede%20de%20Apoio%20Social_Perce%3%a7%3%a3o%20e%20caracteriza%3%a7%3%a3o.pdf

Direção Geral de Ação Social (1996)- [https://www.seg-social.pt/documents/10152/13331/Servi%C3%A7o_apoio_domiciliario/12afb8f8-6217-47f4-90db-4acd97ef1e9a](https://www.seg-social.pt/documents/10152/13331/Servi%C3%A7o_apoio_domiciliario/12afb8f8-6217-47f4-90db-4acd97ef1e9a/12afb8f8-6217-47f4-90db-4acd97ef1e9a)

Freitas, P. (2011). *Solidão em Idosos, percepção em função da rede social*. Universidade Católica Portuguesa- Faculdade de Ciências Sociais. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/8364/1/8364.pdf>

Fonseca, A. M. (2018). *Boas Práticas de Ageing in Place – Divulgar para valorizar. Guia de boas práticas*. (F. C.---U. Portuguesa, Ed) Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/25680/1/Boas%20Pr%C3%A1ticas%20de%20Ageing%20in%20Place.pdf>

Fonseca, A. (2021). Ageing in Place- Envelhecimento em casa e na comunidade- Modelos e estratégias centrados na autoestima, participação social e promoção do bem-estar das pessoas idosas. Disponível em: https://60mais.ipleiria.pt/files/2021/06/Ageing-in-Place_digital.pdf

Fortin, M. F. (1999). *O Processo de Investigação*. Loures: Lusociência

Godoy, A & D'Avila, C. (2009). Tutorial: A hierarquia das necessidades de Maslow- Piramide de Maslow.

Instituto da Segurança Social (2023). *Reformas*. Disponível em: <https://www.seg-social.pt/reforma>

Guerra, I (2000). *Fundamentos e Processos de uma Sociologia de Ação*. Principia

Macedo, C (2014). *O Serviço de Apoio Domiciliário e a Participação Social das Pessoas Idosas*. Disponível em: <https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/9238/1/Trabalho%20Final.pdf>

Manual da Segurança Social: Respostas Sociais: Nomenclaturas/Conceitos – Lisboa

Marinho, H. (2013). *Serviço de Apoio Domiciliário: Práticas e Dinâmicas na Ótica do Utente*. Instituto Superior Bissaya Barreto da Universidade de Coimbra.

Disponível em:

https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/29499/1/Servi%C3%A7o%20de%20Apoio%20Domicili%C3%A1rio_pr%C3%A1ticas%20e%20din%C3%A2micas%20na%20%C3%B3tica%20do%20utente.pdf

Marques, M. (2016). *As motivações para o voluntariado. Estudo exploratório numa amostra de estudantes do ensino superior politécnico*. Escola Superior de Educação de Coimbra.

https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/14831/1/MARIA_MARQUES.pdf

Marques, R. (2018). Ageing in Place: Estratégias para Envelhecer no Domicílio. Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas de Lisboa. Disponível em: <https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/16454/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o%20Ageing%20in%20Place%20-%20Rita%20Marques.pdf>

Mouro, Helena (2013) “*Envelhecimento, Políticas de Intervenção e Serviço Social*”, in Carvalho, Maria Irene (coord) , Serviço Social no Envelhecimento, Lisboa, Pactor, pp.:17-33

ONU. (2011). Voluntariado. Disponível em: http://www.voluntarios.com.br/oque_e_voluntariado.htm

Paço, C. (2016). “Solidão e Isolamento na Velhice”. Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas. Disponível em: <https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/13212/1/tese%20Carlos%20Pa%C3%A7o.pdf>

Pereira, M. (2019). *A Exigência do SAD na Qualidade de Vida das Pessoas Idosas: Desafios Presentes e Futuros*. Universidade de Coimbra. Disponível:

Prodanov, C. C., & Freitas, E. C. (2013). Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico. Novo Hamburgo- Rio Grande de Sul- Brasil: Freevale

Quivy (Quivy, R&Campenhoudt, L (2017). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Grandiva

Ribeirinho, Carla M. da Cunha (2005), Conceções e Práticas de Intervenção Social em Cuidados Sociais no Domicílio. ISSSL. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/24092/1/Carla%20Ribeirinho%20TESE.pdf>

Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. (2015). Organização mundial da Saúde. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>

Robertis, Cristina (2011). *Metodologia de Intervenção em Trabalho Social*, Porto: Porto Editora

Santos, J & Henriques, S. (2021). *Inquérito por questionário: contributos de conceção e utilização em contextos educativos*. Universidade Aberta. Disponível em: <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/10696/3/Inqu%C3%A9rito%20por%20Question%C3%A1rio.pdf>

Silva, S. (2012). *Capacidade funcional e qualidade de vida: Um estudo comparativo entre idosos institucionalizados e no domicílio*. Disponível em <https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/5764/1/TESE%20-%20Gerontologia%20Social.pdf>

Simões, M (2019). *Qualidade de vida da População Idosa, intervenção do serviço de apoio domiciliário e do serviço social na santa casa da misericórdia de Anadia*. Disponível em:

<https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/94960/1/Monografia%20final.pdf>

Veloso, A. (2015). *Envelhecimento, Saúde e Satisfação*. Universidade de Coimbra. Disponível em https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/29711/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado_Ana%20Veloso.pdf

Sites Consultados

- <https://www.cartasocial.pt/inicio>
- Ine- https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE&xlang=pt – Indicadores e Resultados Estatísticos (2021)
- OMS – Organização Mundial da Saúde
- Site da Liga de Amigos Hese <https://lamigoshevera.pt/>
- Portal do Voluntário - <https://portaldovoluntario.org/>
- Pordata- <https://www.pordata.pt/> - Indicadores e Resultados Estatísticos (2021)
- Despacho normativo n.º62/99 de 12 de novembro - <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho-normativo/62-1999-682830> na Portaria n.º38/2013, artigo 2.º
- Portaria n.º38/2013, artigo 2.º <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/38-2013-258278>
- <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/>

Apêndices

Apêndice 1 Guião de Inquérito por Questionário

Guião Inquérito por Questionário

Este questionário destina-se à recolha de dados de forma a avaliar as necessidades, dificuldades, a rede social e as condições de habitabilidade dos idosos residentes na União de Freguesias de São Mamede, Sé, São Pedro e Santo Antão da cidade de Évora e sócios da Liga de Amigos do Hospital Espírito Santo de Évora com 65 anos ou mais anos de idade, para posterior criação de uma resposta social, o Serviço de Apoio Domiciliário. Todas as informações recolhidas serão apenas trabalhadas no âmbito da Trabalho de Projeto do Mestrado em Serviço Social- Riscos Sociais e Desenvolvimento Local, da Escola Superior de Educação, do Instituto Politécnico de Beja.

As respostas são confidenciais e anónimas.

1. Identificação do Sócio da Liga de Amigos do

1.1.Género

Masculino	<input type="checkbox"/>	Feminino	<input type="checkbox"/>
-----------	--------------------------	----------	--------------------------

1.2.Idade

_____ anos

1.2.Estado Civil

Solteiro	<input type="checkbox"/>
Casado	<input type="checkbox"/>
União de Facto	<input type="checkbox"/>
Viúvo	<input type="checkbox"/>
Divorciado	<input type="checkbox"/>

1.4.Nível de Escolaridade

Nunca frequentou	<input type="checkbox"/>
1º Ciclo Incompleto	<input type="checkbox"/>
1º Ciclo/ Ensino Primário	<input type="checkbox"/>
2º Ciclo Ensino Preparatório	<input type="checkbox"/>
3º Ciclo Ensino Secundário	<input type="checkbox"/>
Ensino Universitário	<input type="checkbox"/>

1.5. Profissão

2. Caracterização Socioeconómica e Rede Social do Sócio da Liga de

2.1. Origem dos Rendimentos

Pensão de Reforma	
Pensão de Sobrevivência	
Rendimentos Próprios	
Subsídios	

2.2. Constituição do seu Agregado Familiar

2.3. Com quem Coabita?

Sozinho	
Cônjuge	
Filhos	
Genro/Nora	
Netos	
Irmãos	
Parentes Próximos	
Vizinho/Amigos	
Outros (Especificar)	

2.4. No caso de precisar de algum tipo de ajuda, normalmente a quem recorre?

2.5. Distância a que vive da pessoa a que recorre (referência)

Vivem na mesma casa	
Vivem no mesmo bairro/rua	
Vivem na mesma cidade (menos de 10km)	
Vivem em localidades próximas (menos de 20 km)	
Vivem em localidades afastadas (mais de 20 km)	

4. Condições habitacionais do Idoso

4.1. Regime de ocupação/propriedade

Própria	
Arrendada	
Habitação Social	
Partilhada	
Cedida/Doadada	

4.2. Condições de Habitabilidade e Conforto

Grau de Satisfação

	Muito bom	Bom	N/Bom	Mau	Muito mau
Tamanho da casa					
Isolamento (calor/frio)					
Luminosidade/ventilação					
Qualidade construção					
Comodidade cozinha					
Comodidade casa banho					
Comodidade quarto					
Localização					

5. Serviços de Saúde

5.1. Dispõe de acompanhamento médico?

Sim	Não

Se “sim”, que tipo de serviços?

Consultas de Rotina	
Consultas de Especialidade	
Outro (Especificar)	

5.1. Dispõe de serviços de enfermagem?

Sim	Não

Se “sim”, que tipo de serviços?

Curativos	
Controle tensão arterial	
Controle glicémias	
Injetáveis	
Outros Serviços (Especificar)	

6. Outros Serviços

6.1. Dispõe de algum tipo de ajudas técnicas?

Sim	Não

Se “sim”, que tipo?

Cama Articulada	
Cadeira de Rodas	
Andarilho	
Canadianas	

Outro (Especificar)	
---------------------	--

6.2. Dispõe de algum apoio de instituições/entidades? Qual(ais)?

Sim	Não

Se “sim”, que tipo?

Serviço de Refeições	
Acompanhamento e Apoio na refeição	
Apoio na higiene pessoal diária	
Apoio na higiene habitacional	
Serviço de Lavandaria	
Mobilização/ Apoio nas deambulações em casa	
Apoio na toma da medicação	
Fisioterapia/ Reabilitação	
Acompanhamento a serviços de saúde	
Acompanhamento a visita e/ou eventos sociais	
Acompanhamento a espaços de lazer/ recreativos/ de culto ou similares	
Acompanhamento para aquisição de bens e serviços	
Atividades de Animação	
Serviço de Transporte	
Outro (Especificar)	

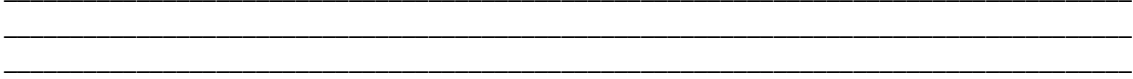
7. Serviço Apoio Domiciliário

7.1. Considera importante a criação do Serviço Apoio Domiciliário para a população idosa, por parte da Liga dos Amigos do Hospital de Évora? Porquê?

7.2. Qual seria(m), para si, o(s) tipo(s) de serviço(s) mais adequado(s) e conveniente(s) à sua situação?

7.3. Refira algumas sugestões de serviços que poderão integrar esta resposta social por parte da Liga de Amigos do Hospital de Évora?

7.2. Se esta resposta social existisse, iria usufruir do Serviço de Apoio Domiciliário?



Obrigada pela Colaboração

Apêndice 2 Declaração de Consentimento

Declaração de Consentimento

No âmbito do segundo ano do Mestrado em Serviço Social – Riscos Sociais e Desenvolvimento Local, do Instituto Politécnico de Beja, a mestranda **Ana Margarida Oliveira Abreu** está a realizar uma investigação sob a orientação científica da Professora Doutora Paula Godinho, que tem como objetivo geral *compreender se o Serviço de Apoio Domiciliário pode ser uma resposta adequada ou de complementaridade das necessidades vivenciadas pelos sócios da Liga de Amigos do HESE com 65 ou mais anos de idade, residentes na União de Freguesias de São Mamede, Sé, São Pedro e Santo Antão.*

Face ao exposto, solicita-se a v. colaboração para participar nesta investigação através da resposta a um inquérito por questionário, num horário a definir, mediante a v. disponibilidade.

Informo, adicionalmente, que a participação nesta investigação tem um carácter voluntário, pelo que o participante pode negá-la ou decidir interromper a sua participação, a qualquer momento, se assim o entender. Muito agradeço a disponibilidade para colaborar. Os dados recolhidos serão apenas utilizados no âmbito do estudo em curso. Garante-se total confidencialidade, respeitando os princípios éticos e deontológicos de investigação em ciências sociais.

Consentimento Informado

Nos termos constantes do RGPD - Regulamento Geral sobre Proteção de Dados informa-se adicionalmente que:

- 1) Os dados que irão ser recolhidos servirão apenas para os fins do estudo em curso, não sendo alvo de divulgação a mais ninguém ou entidade;
- 2) No fim do estudo, o registo áudio/vídeo do inquérito por questionário será destruído;
- 3) O responsável pela recolha e tratamento dos dados é Ana Margarida Oliveira Abreu, contactável através de: anaabreu1997@hotmail.com e 968 599 800;
- 4) O responsável pela área da proteção de dados no IPBeja pode ser contactado através do email: epd@ipbeja.pt podendo expor reclamação, se aplicável.

Tendo tomado conhecimento sobre a informação acerca do estudo e os meus direitos no âmbito do RGPD, declaro que que:

Aceito participar

Não aceito participar

Assinatura: _____ Data: ____/____/2023

Apêndice 3 Grelha de Análise de Conteúdo

Dimensão	Sub-Dimensão	Indicadores	Unidades de Registo