
MODELO AVANÇADO DE SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO

MA(i)SAD

ESTRATÉGIAS PARA O ENVELHECIMENTO



UNIÃO DAS MISERICÓRDIAS
PORTUGUESAS

No dia em que
vendeu a burra,
regressou a pé
para o monte e
acreditou que nunca
mais voltaria à vila.
Tinha oitenta anos
e é essa a idade
das decisões para
toda a vida.

José Luís Peixoto *in* "Cal"

Índice Geral

Introdução	9	Avaliação em Segurança	44	Vantagens para o Utente	51
Contextualização/Enquadramento /Oportunidade de Intervenção	11	Tipologia de Serviços a disponibilizar pelas Misericórdias	44	Limitações e/ou Obstáculos	52
Convém não esquecer...	13	Vantagens para o Utente	45	Exemplos de Facilitadores Tecnológicos	52
Perspetivando o Futuro	14	Limitações e/ou Obstáculos	45	Exemplos de Aplicativos Móveis	52
<i>The Baby boomers</i>	14	Exemplos de Facilitadores Tecnológicos	45	Apoio ao Cuidador	52
A Gerontolescência	15	Exemplos de Aplicativos Móveis	45	Avaliação dos Cuidadores	53
Capitais Essenciais	15	Socialização	45	Tipologia de Serviços a disponibilizar pelas Misericórdias	53
A Realidade Incontornável dos Novos Idosos	15	Avaliação em Socialização	47	Vantagens para o Utente	53
O Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) em Portugal	16	Tipologia de Serviços a disponibilizar pelas Misericórdias	47	Limitação e/ou Obstáculos	54
O Serviço de Apoio Domiciliário das Misericórdias de Portugal	20	Vantagens para o Utente	47	Exemplos de Facilitadores Tecnológicos	54
Um Modelo Avançado de Serviço de Apoio Domiciliário	38	Limitações e/ou Obstáculos	48	Exemplos de Aplicativos Móveis	54
A Necessidade de criar Estratégias para o Envelhecimento - Porquê?	38	Exemplos de Facilitadores Tecnológicos	48	Tecnologia	54
Saúde	39	Exemplos de Aplicativos Móveis	48	Tipologia de Serviços a disponibilizar pelas Misericórdias	55
Avaliação em Saúde	40	Comunicação	48	Vantagens para o Utente	56
Avaliação em Saúde – SPMI	40	Avaliação em Comunicação	49	Limitação e/ou Obstáculos	56
Avaliação Geriátrica Global	41	Tipologia de Serviços a disponibilizar pelas Misericórdias	49	Exemplos de Facilitadores Tecnológicos	56
Tipologia de Serviços a disponibilizar pelas Misericórdias	41	Vantagens para o Utente	49	Plano Previsional para Projeto-Piloto de Serviço de Apoio Domiciliário Avançado	58
Vantagens para o Utente	42	Limitações e/ou Obstáculos	50	Conclusões	69
Limitações e/ou Obstáculos	42	Exemplos de Facilitadores Tecnológicos	50	Bibliografia	75
Exemplos de Facilitadores Tecnológicos	42	Exemplos de Aplicativos Móveis	50	Bibliografia Instrumentos de Avaliação	77
Exemplos de Aplicativos Móveis	43	Atividades de Vida Diária (AVD)	50	Índice de Figuras	81
Segurança	43	Avaliação em Atividades de Vida Diária	51	Anexo I	83
		Tipologia de Serviços a disponibilizar pelas Misericórdias	51		

Introdução

Conscientes das transformações inerentes ao processo de envelhecimento, esta atividade pretendeu capacitar a UMP para que consiga junto das Misericórdias apoiar à adequação necessária de abordagem para o fenómeno do envelhecimento e da necessidade de novas respostas sociais para esta área.

Assentes no pressuposto de que cada idoso vive o seu próprio processo de envelhecimento, sendo este altamente influenciado pelo suporte social de que dispõe, procurou-se, ao pensarmos na melhoria e na inovação de um serviço, proporcionar às pessoas não só a garantia das suas atividades de vida diária com qualidade, como também a sua participação social, fazendo com que sejam as próprias pessoas idosas as protagonistas do seu desenvolvimento e bem-estar.

Este profundo trabalho de investigação contou com a preciosa parceria, contributos e validação científica dos representantes da Cintesis – Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (Universidade Medicina do Porto), do Instituto Pedro Nunes (Universidade de Coimbra), do HEI-Lab: Digital Human-Environment Interaction Lab (Universidade Lusófona de Lisboa) e da Escola Superior de Enfermagem do Porto que, conjuntamente com a UMP (Gabinete de Ação Social) contribuíram para a estruturação e a interligação dos eixos estratégicos do MA(i)SAD com vista a criar o modelo.

A elaboração deste Modelo Avançado de Serviço de Apoio Domiciliário (MA(i)SAD) passou pelo delineamento daquela que será a estrutura avançada de SAD adequada às características sociais e geográficas do país e tendo em consideração as assimetrias sociais, cooperando com as famílias e demais atores sociais, prestando um acompanhamento individualizado de apoio à pessoa idosa.

Com uma adaptação dos serviços de apoio domiciliário atuais, a UMP acredita criar as condições para retardar a

residencialização e as Misericórdias encontrarão neste Modelo e nos Seus Instrumentos Anexos, por cada Eixo estrutural do SAD:

- . Os Instrumentos de Avaliação do Eixo;
- . A Tipologia de Serviços que podem ser disponibilizados pelas Misericórdias em cada Eixo;
- . As Vantagens para o Utente;
- . Limitação e/ou Obstáculos possíveis;
- . Exemplos de Facilitadores Tecnológicos;
- . Exemplos de Aplicativos Móveis.

Testámos também a sustentabilidade financeira do Modelo para garantir se o MA(i)SAD é passível de ser aplicado e disseminado pelo país e fixar-se como resposta social sustentável.

O projeto Capacitação Fase II – Modelo Avançado de Serviço de Apoio Domiciliário – compreendeu, para além das sessões individuais com os parceiros, dois inquéritos por questionário aplicados às Misericórdias de Portugal, cujos resultados foram ao encontro da fundamentação do modelo, bem como, ao longo dos meses de investigação, o adaptaram, e cujos resultados se encontram anexos aos *dossiers* do projeto, de acordo com o Regulamento do programa comunitário.

Contextualização/Enquadramento/Oportunidade de Intervenção

ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO

VALOR(ES) DO(S) ANO(S) 2018 E 1960

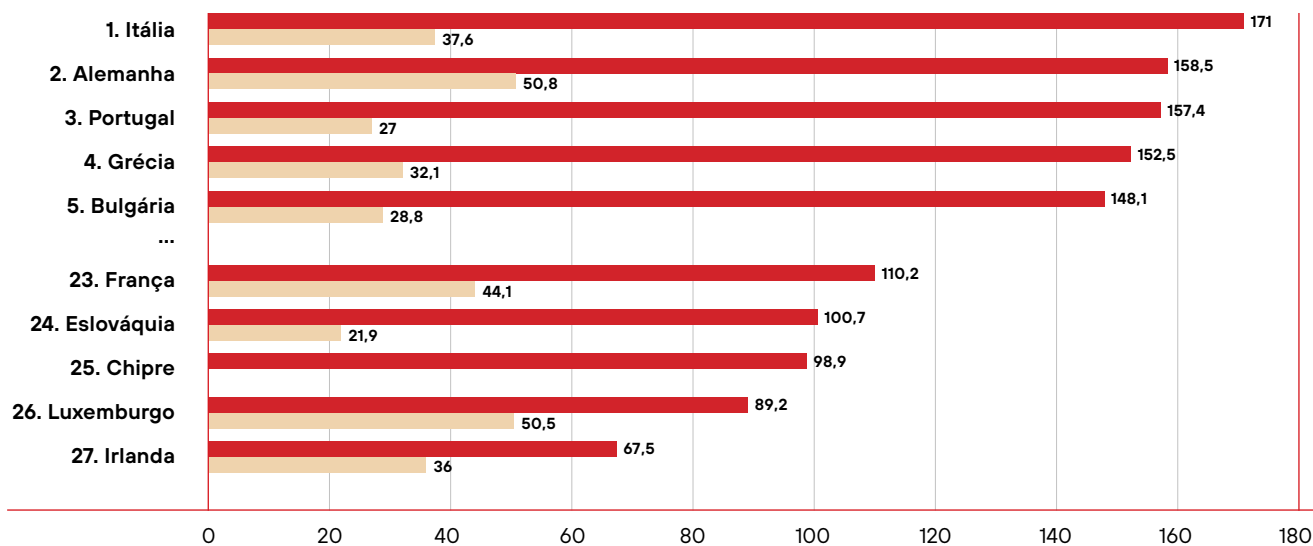


FIGURA 1 – ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO NA EUROPA (RÁCIO – %)

FONTES/ENTIDADES: EUROSTAT/NU/INSTITUTOS NACIONAIS DE ESTATÍSTICA, PORDATA

1960 2018

Portugal tem vindo a registar nas últimas décadas profundas transformações demográficas caracterizadas, entre outros aspetos, pelo aumento da longevidade e da população idosa e pela redução da natalidade e da população jovem (DGS, 2017).

Comparando com outros países da Europa, Portugal, em 2018, encontrava-se em terceiro lugar como sendo o país com maior índice de envelhecimento.

Este índice, em Portugal, passou de 27,5% em 1961 para 161,3% em 2019 (PORDATA, 2020), o que naturalmente

exerce um forte impacto na sociedade como um todo e exige adaptações a respostas de vários níveis, principalmente nos sistemas de suporte como Saúde, Segurança, Participação e Aceitação Social.

Em matéria de envelhecimento ativo e saudável, Portugal está comprometido com a “Estratégia e Plano de Ação Global para o Envelhecimento Saudável” da OMS e com os valores e objetivos fundamentais da União Europeia, que contemplam a promoção do Envelhecimento Ativo e estão refletidos em iniciativas como as Propostas de Ação da UE para a promoção

do Envelhecimento Ativo e Saudável e da Solidariedade entre Gerações (Decisão n.º 940/2011/U, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 14 de Setembro (Ribeiro, et al., 2017).

Nos últimos 58 anos, o índice de envelhecimento teve um aumento de 27,5% (em 1971) para 161,3% (2019). Tendo por base os dados do PORDATA, em Portugal, existe um índice de dependência total de 55,3% da população, sendo de

salientar que 34,2% desse total corresponde ao índice de dependência dos idosos.

Com base nestes mesmos dados, a realidade dos últimos 10 anos revela que, não obstante verificar-se um aumento dos índices de envelhecimento e de dependência dos idosos, o índice de longevidade desde 2010 até 2014 aumentou, contudo, a partir de 2015 tem vindo a diminuir. (Análise com

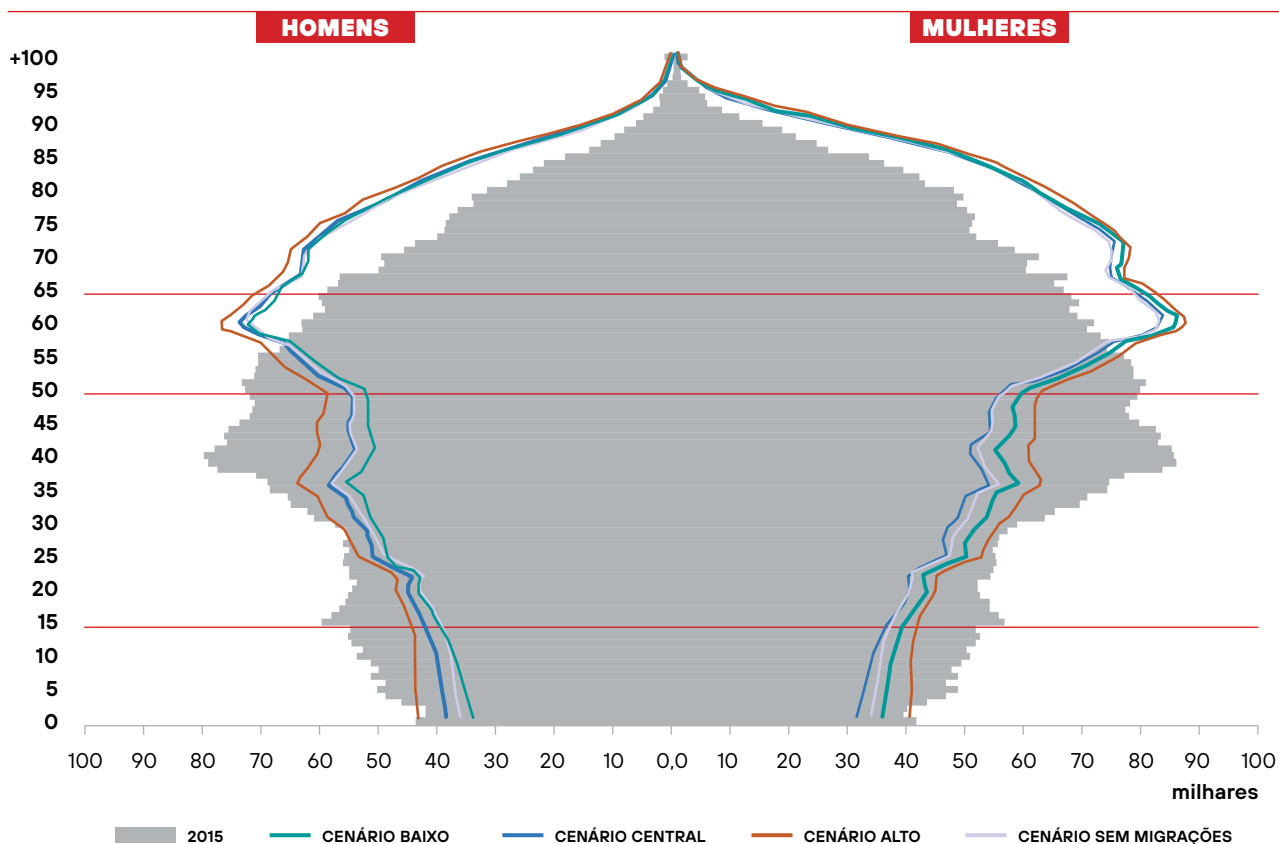


FIGURA 2 – PIRÂMIDE ETÁRIA, PORTUGAL, 2015 (ESTIMATIVAS) E 2035 (PROJEÇÕES POR CENÁRIOS)
FONTE: INSTITUTO DE ESTATÍSTICA, PORDATA "PROJEÇÕES DE POPULAÇÃO RESIDENTE 2015-2080"

base nos dados PORDATA “Indicadores de envelhecimento”, INE, última atualização a 2020-06-15).

“Em 2035, a população poderá variar entre 9,4 milhões no cenário baixo e 10,4 no cenário alto. As diferenças entre os diferentes cenários são agora também visíveis em quase todas as idades, começando já a salientar-se um maior aumento da população idosa no cenário alto, efeito de uma maior longevidade conjugada com saldos migratórios positivos nos anos antecedentes, assim como a redução e envelhecimento da população em idade ativa e das mulheres em idade fértil.”

Importa, ainda, destacar o aumento da população com 80 ou mais anos. Em 1971, esta faixa da população representava 1,43% da população residente em Portugal, passando a representar 6,5% em 2019 (PORDATA, 2020).

Mas o que determina as diferenças na esperança de vida à nascença, que se observam entre as populações europeias, está relacionado com comportamentos de risco e atitudes em geral face ao risco. Não é por isso provável que a esperança de vida à nascença evolua para além dos 85 anos, limiar já conquistado pelas mulheres em alguns países europeus.

Os ganhos em anos de vida medem-se, agora, nas idades mais tardias da estrutura etária. Mas as diferenças entre países traduzem provavelmente diferenças ao nível de condições de vida material, boas práticas em saúde, programas de promoção da saúde e prevenção de doença, e acesso a cuidados de saúde.

Relativamente à morbilidade, os indicadores revelam que as mulheres em Portugal vivem mais tempo, mas em pior estado de saúde (Eurostat, 2016). Assim, homens e mulheres diferem em esperança de vida e condição de saúde ao longo do ciclo de vida, havendo uma discrepância considerável entre a saúde e a capacidade de sobrevivência: os homens são fisicamente mais fortes, mas têm substancialmente maior mortalidade em todas as idades em comparação com as mulheres: este é um paradoxo da saúde e sobrevivência na relação masculino-feminino (Ribeiro, et al., 2017).

O enfoque no género na análise do envelhecimento e da saúde procura enfatizar as particularidades femininas e mas-

culinas; ao fazê-lo, evidenciam-se diferenças entre os sexos que decorrem de desigualdades e desvantagens nas condições sociais e económicas ao longo do ciclo de vida, fenómeno que tem vindo a receber mais atenção ao nível das estruturas governamentais e sociais e que evolui no sentido de ser minimizado, sem prejuízo das diferenças que possam existir ao nível da mortalidade inerentes às questões biológicas do ser humano.

Com a adoção desta perspetiva, tem-se vindo a pesquisar sobre a articulação das relações de género como origem de vulnerabilidade face à doença e ao processo de envelhecimento, reflexo de discriminações estruturais e que são apenas o resultado de opções individuais indo para além dos papéis sociais adotados, envolvendo estruturas socioculturais, as políticas, os modos de organização social e económica e as relações entre os diversos intervenientes.

CONVÉM NÃO ESQUECER...

. Que é pouco provável que a incidência da dependência nos idosos reduza significativamente não obstante o aumento dos anos de vida serem acompanhados por uma melhoria nos estados de saúde durante um maior período de tempo;

. Assim, embora haja mais pessoas consideradas saudáveis com idades avançadas, o número das pessoas idosas com elevada incidência de dependência irá aumentar;

. Em termos qualitativos e à medida que o nível de educação e de rendimento dos idosos aumente, estima-se que haja uma maior exigência em termos de diversidade dos serviços, especificamente em serviços de saúde e outros ligados à manutenção da qualidade de vida.

Perspetivando o Futuro

Um dos desafios ao desenvolver uma resposta ampla para o envelhecimento da população é que muitas das percepções e suposições comuns sobre pessoas mais velhas são baseadas em estereótipos ultrapassados, o que acaba por limitar a forma de conceitualizar os problemas, as perguntas que fazemos e a capacidade de aproveitar as oportunidades inovadoras. As evidências sugerem que perspetivas atuais são necessárias.

O envelhecimento pode variar de indivíduo para indivíduo, sendo gradual para uns e mais rápido para outros (Casetano, 2006). Estas variações, como já exposto anteriormente, poderão estar relacionadas com questões biológicas e com questões sociais e comportamentais.

As grandes populações são caracterizadas por uma grande diversidade, alguns adultos com idades superiores a 80 anos de idade apresentam níveis de capacidade física e mental comparáveis aos níveis de muitos jovens de 20 anos.

As políticas devem ser assim revistas e estruturadas, de forma a que permitam que um maior número de pessoas alcance trajetórias positivas de envelhecimento e devem servir para quebrar as muitas barreiras que limitam a participação social contínua. No entanto, estando conscientes de que muitas pessoas experimentarão declínios significativos de capacidade em idades muito mais jovens, as respostas concretizáveis deverão ir ao encontro das necessidades da própria população e nunca o processo contrário.

Através da Constituição da República Portuguesa, com o artigo 64º, e com a implementação de um Serviço Nacional de Saúde universal e de políticas sociais, os cuidados de saúde foram universalizados, com preponderância para a gratuitidade. Sendo assim, as políticas sociais, que visam a “*criação de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam, designadamente, a proteção da infância, da juventude e da velhice, e pela melhoria sistemática das condi-*

ções de vida e de trabalho, bem como pela promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular, e ainda pelo desenvolvimento da educação sanitária do povo e de práticas de vida saudável” (Constituição, 2011, art. 64º), também o deveriam ser.

É que estes milhões de cidadãos idosos estão a mudar e as suas necessidades são muito diferentes daquelas que estamos habituados a suprir.

THE BABY BOOMERS

É uma definição genérica para crianças nascidas durante uma explosão populacional (*Baby Boom*). Para este projeto, a atual definição refere-se aos filhos pós-Segunda Guerra Mundial, já que logo após a guerra houve uma explosão populacional.

Nascidos entre 1943 e 1964, hoje são indivíduos que foram jovens durante as décadas de 60 e 70 e acompanharam de perto as mudanças culturais e sociais dessas duas décadas. A grande percentagem de pessoas desta geração sente-se mais jovem do que os seus pais se sentiam na mesma idade. Os seus pais foram a “Geração Silêncio”, uma geração inserida no sistema ditatorial em Portugal bem como uma população fortemente marcada pela religião que, associada ao regime governamental, instituiu a obediência, a aceitação, o “pobre mas honrado” e o “silêncio” para aceitar tudo mesmo que tal não gerasse felicidade.

Comparativamente a gerações passadas, os *Boomers* terão mais oportunidades efetivas e mais capacidades para viver uma “velhice” saudável (Greenblatt, 2007).

Vários estudos levados a cabo por diversas organizações mostram que os *Boomers* têm intenções de trabalhar após os 65 de idade, sendo que muitos exprimem o desejo de perseguir uma segunda carreira profissional se lhes forem facilitadas as oportunidades.

Outra questão que se levanta é que os *Boomers* foram uma geração que revolucionou o modo como a sociedade aceitava e se comportava face a diversos paradigmas, e o mesmo irá acontecer relativamente ao ideal de velhice. Eles vão começar a impor as suas preferências numa grande variedade de serviços para seniores, exigindo, por exemplo, que as refeições tenham menos condimentos e sejam confeccionadas com produtos frescos e saudáveis, orgânicas se possível. O psicólogo de referência, Dr. Cartensen refere que os *Boomers* irão atualizar e revolucionar a velhice, exigindo, por exemplo, café de determinada marca nos lares residenciais (Greenblatt, 2007).

A GERONTOLESCÊNCIA¹

Na faixa atualmente dos 65 aos 78 anos, falamos de *baby boomers*. São pessoas que no passado inovaram ou foram motores de inovação. São uma geração muito grande, com mais saúde do que qualquer outra geração anterior, que já beneficiou das vacinas, de cirurgias mais modernas, mais bem nutridos, com melhor nível profissional.

Foram eles que criaram a adolescência, que não existia. Até à Segunda Guerra Mundial saía-se abruptamente da infância para a idade adulta. Aos 12, 14 anos, todos iam trabalhar. E de repente consolidou-se a adolescência, com direito ao estudo e à formação.

E não é agora que estão mais velhos que vão parar. Estes idosos não têm só necessidades. Eles têm direitos... e nós vamos ter de satisfazê-los.

Esta geração quer ser coerente com o seu passado, da mesma forma que fez a emancipação feminina, a libertação sexual, a luta contra o racismo, os movimentos estudantis dos anos 60, a luta contra a homofobia mais recentemente, porque haveriam de ser diferentes agora?

CAPITAIS ESSENCIAIS

Por tudo o que já foi anteriormente exposto e fundamentado, crê-se que o envelhecimento, ou as vivências do envelhecimento, por muito heterogêneas que sejam de país para país, ou de região para região, assentam em cinco capitais

essenciais, que são imprescindíveis às atuais gerações. Os cinco capitais sociais são:

Capital vital: investir na saúde, cuidar da alimentação, não beber em excesso, não fumar, continuar ativo. Continuar a ser um recurso para a sociedade;

Capital conhecimento: trabalhar para ter uma educação contínua ao longo da vida, e em todas as áreas profissionais – ex. o mecânico de automóvel antigamente precisava de aprender só mecânica. Hoje precisa de aprender mecânica e eletrónica;

Capital financeiro: planear mais porque se vai viver muito mais tempo;

Capital social: fazer escolhas, investir na alegria, “ser leve, não negativo”. “O copo está meio cheio. Não, meio vazio... Você está vivo.” Não envelhecer significa morrer cedo. Envelhecer é bom;


Capital natural: que é o recurso que está a ser menos utilizado – não é petróleo, nem energia eólica. É o ser velho! É dar a oportunidade aos idosos de contribuírem para a economia. Não competem com os mais novos, não estão interessados em carreira, pois já a fizeram! Estão apenas interessados em ser mentores, em ajudar, em abrir caminho, em dar oportunidades. E votam!

A REALIDADE INCONTORNÁVEL DOS NOVOS IDOSOS

- . Mais anos de vida saudável e com menos incapacidades;
- . Mais ágeis na interação com o meio;
- . São pessoas que podem estar sozinhas;
- . Farão compras sem sair de casa através da Internet;
- . Marcarão consultas *online*;
- . Mais cidadania sénior e consumidores mais exigentes;
- . Mais jovens e mais ativos mais tempo;
- . Mais saudáveis a nível físico e mental;
- . O bem-estar não se resume ao físico;
- . Querem programas de aprendizagem ao longo da vida;
- . Preferem permanecer em casa mantendo a sua rotina diária;
- . Têm exigências ao nível da saúde, ao nível da sexualidade, dos prestadores de cuidados, das atividades culturais e tecnologias disponíveis.

1. TERMO INVENTADO POR ALEXANDRE KALACHE, TEXTO ADAPTADO

O Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) em Portugal

 Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) é uma resposta social que visa prestar cuidados e serviços a famílias e pessoas que se encontrem no seu domicílio, em situação de dependência física e/ou psíquica e que não possam assegurar a satisfação das suas necessidades básicas e/ou a realização das atividades instrumentais da vida diária, nem disponham de apoio familiar para o efeito, conforme refere a legislação reguladora da resposta social, atualmente em vigor, Portaria n.º 38/2013, de 30 de janeiro.

O diploma prevê que os cuidados de serviços prestados pelo SAD devem, preferencialmente, ser disponibilizados todos os dias da semana, devendo, sempre que possível, garantir-se o serviço aos fins de semana (sábados e domingos) e nos feriados.

De acordo com a referida Portaria, podem ser prestados os seguintes cuidados e serviços básicos, entre outros:

- . Cuidados de higiene e conforto pessoal;
- . Higiene habitacional, de acordo com a necessidade do utente;
- . Fornecimento e apoio nas refeições, respeitando as dietas com prescrição médica;
- . Tratamento da roupa do uso pessoal do utente;
- . Atividades de animação e socialização, designadamente, animação, lazer, cultura, aquisição de bens e géneros alimentícios, pagamento de serviços e deslocação a entidades da comunidade;
- . Serviço de teleassistência.

No final da década de 90, o SAD expandiu os seus serviços para a área da saúde, em parceria com os Centros de Saúde, criando assim o Apoio Domiciliário Integrado (ADI) que uniu duas vertentes:

- . a vertente social, com a criação formal do SAD;
- . a vertente da saúde, mediante a participação dos Centros de Saúde.

É um serviço caracterizado pela multidisciplinariedade de cuidados prestados e das suas intervenções, é versátil, é adaptável e articulado, e possui uma equipa de cuidados integrados que efetua as diversas fases da intervenção, desde o planeamento à respetiva avaliação do serviço. Mas contrariamente à tendência Europeia, não vingou fortemente em Portugal.

O SAD tem elevadas vantagens, mas é fundamental uma melhoria dos serviços prestados como, por exemplo, ao nível da diminuta variedade de serviços disponíveis para a população, que geralmente se confina aos serviços mínimos estipulados pela Segurança Social e que são impostos como obrigatórios por esta aos cidadãos, caso queiram manter uma comparticipação estatal.

Estaremos todos de acordo que não faz sentido continuarmos a prestar cuidados domiciliários sem garantir, também, o acesso a serviços de saúde em casa.

Estaremos todos de acordo, ainda, que não faz sentido continuarmos a impor cuidados domiciliários sem garantir, também, que são aqueles que as pessoas efetivamente necessitam.

Sendo o SAD um serviço de salvaguarda e que retarda a institucionalização da pessoa, permitindo que este permaneça no seu meio natural de vida, em Portugal o SAD é essencialmente frequentado por indivíduos com mais de 65 anos de idade. Contudo, esta norma é flexível, podendo ter em conta as necessidades de pessoas mais jovens (aliás, a Portaria que o regula permite isso mesmo).

O SAD em Portugal ainda se apresenta como um serviço subutilizado, cujos modelos organizativos se encontram orientados para a prestação de serviços básicos, embora apresente potencial para uma prestação mais muito mais efetiva.

Segunda a Carta Social, a evolução do número das principais respostas que visam o apoio à população idosa tem apresentado um crescimento muito positivo (59%) entre 2000 e 2016.

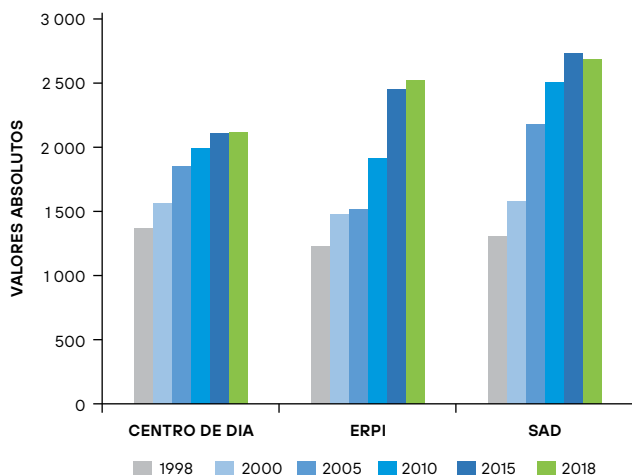


FIGURA 3 – EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE RESPOSTAS SOCIAIS PARA AS PESSOAS IDOSAS, CONTINENTE – 1998-2018
 FONTE: GEP-MTSS, CARTA SOCIAL / QUEBRA DE SÉRIE A PARTIR DE 2017

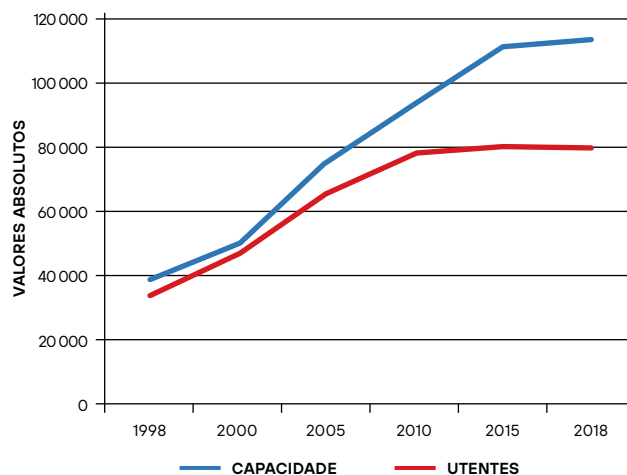


FIGURA 4B – EVOLUÇÃO DA CAPACIDADE E DO N.º DE UTENTES DA RESPOSTA SOCIAL SAD, CONTINENTE – 1998-2018
 FONTE: GEP-MTSS, CARTA SOCIAL

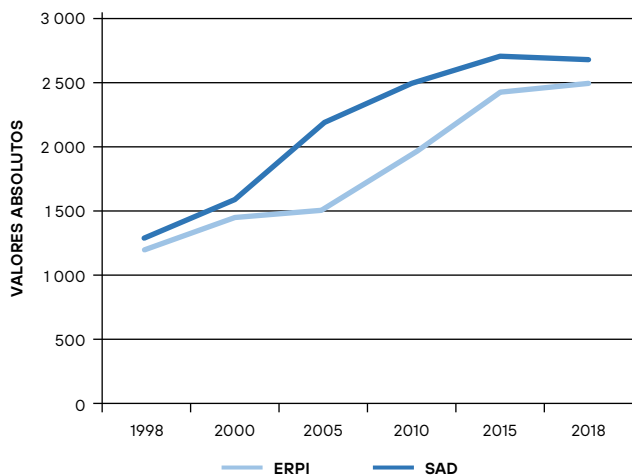


FIGURA 4A – EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE RESPOSTAS SOCIAIS ERPI E SAD
 FONTE: GEP-MTSS, CARTA SOCIAL / QUEBRA DE SÉRIE A PARTIR DE 2017

Desde 1998 até 2018, as respostas sociais direcionadas à população idosa (Centro de Dia, ERPI e SAD) têm registado um desenvolvimento acentuado (89%) no número de respostas sociais, segundo o Relatório da Carta Social.

Segundo o mesmo relatório “[e]m 2018, contabilizaram-se cerca de 7300 respostas de ERPI, SAD e Centro de Dia no território continental, das quais 37% correspondiam a SAD.” No mesmo período temporal é evidente uma maior evolução de respostas SAD quando comparado com a resposta social ERPI.

Segundo os dados apurados no último relatório da Carta Social, verifica-se:

“O número de lugares/capacidade nas principais respostas para as Pessoas Idosas revelou, igualmente, um incremento significativo (104%) ao longo do período de análise (1998-2018), em linha com o aumento do número de respostas (89,3%).”

“Em 2018, por relação ao ano de 1998, contabilizaram-se mais 139 700 novos lugares, totalizando cerca de 274 000 lugares.”

“O SAD constitui a resposta, no conjunto das principais respos-

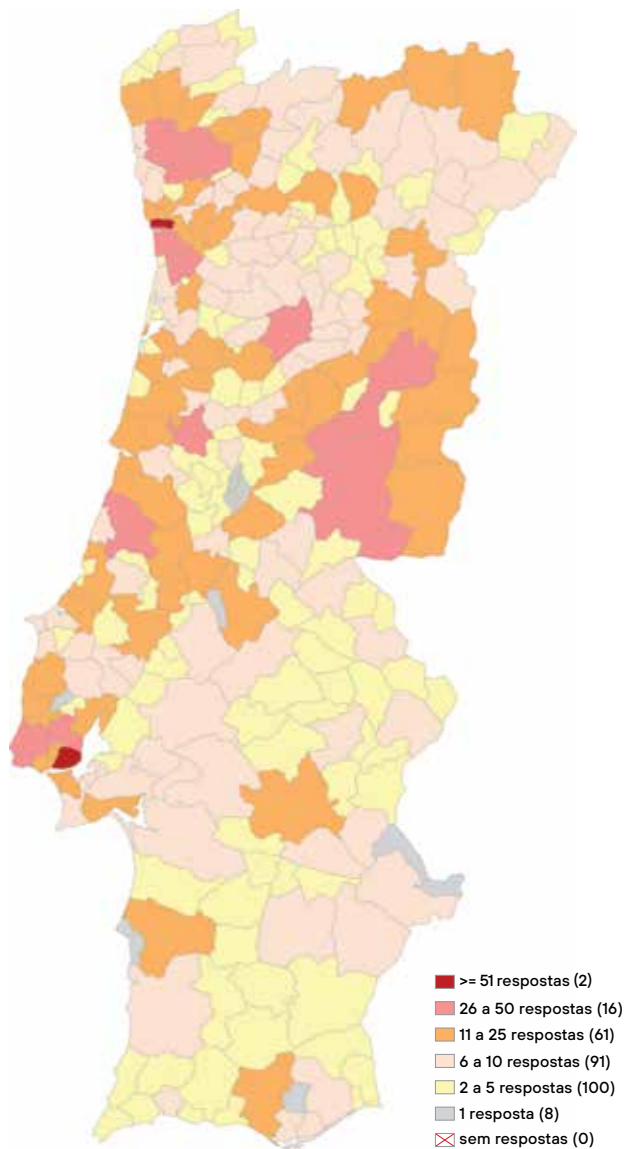


FIGURA 5 – DISTRIBUIÇÃO TERRITORIAL DA RESPOSTA SOCIAL SAD, POR CONCELHO – 2018
 FONTE: GEP-MTSSS, CARTA SOCIAL

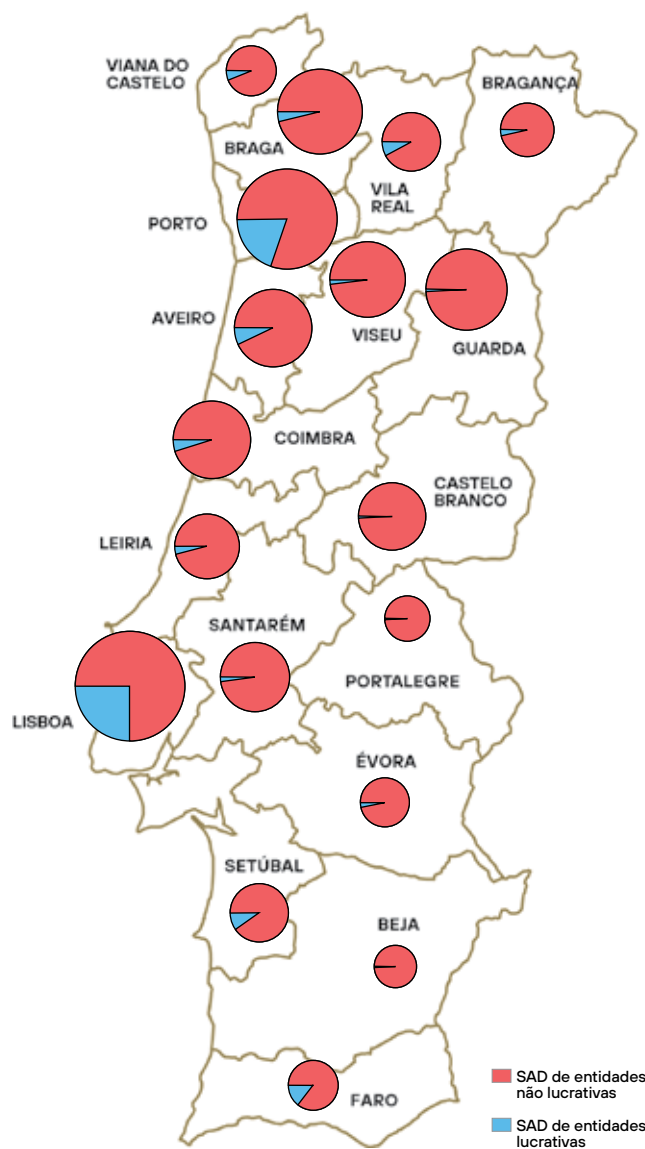


FIGURA 6 – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DA RESPOSTA SOCIAL SAD, POR NATUREZA JURÍDICA DA ENTIDADE PROPRIETÁRIO E DISTRITO – 2018
 FONTE: GEP-MTSSS, CARTA SOCIAL

tas que visam o apoio a idosos, que apresentava maior oferta de lugares (40%), contabilizando, em 2018, 110 400 lugares, aproximadamente. À semelhança do número de lugares, o número de utentes que recebem apoio da resposta SAD tem revelado um crescimento, porém a um ritmo mais moderado. Em 2018, 63% do número total de lugares em SAD estavam abrangidos por acordos de cooperação.”

A resposta social SAD tem uma cobertura nacional, revelando o Relatório da Carta Social que existe uma maior incidência nas regiões Norte e Centro. “De referir, ainda, que a oferta de SAD por parte de entidades da rede solidária é maioritária em todos os distritos, apenas os distritos do Porto e Lisboa apresentavam, em 2018, uma oferta já significativa (acima de 20%) de respostas da rede lucrativa.”

O mesmo relatório refere que existe claramente uma diferenciação no nível de dependência dos utentes face à resposta social, quando analisada a capacidade para realizarem as suas atividades básicas de vida diária. Comparando, existe obviamente uma maior incidência do nível de dependência dos utentes que frequentam a ERPI, seguindo-se os de SAD e só depois os de Centro de Dia.

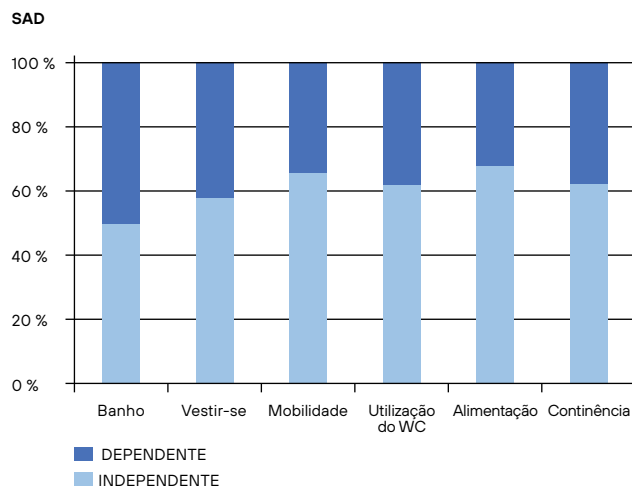
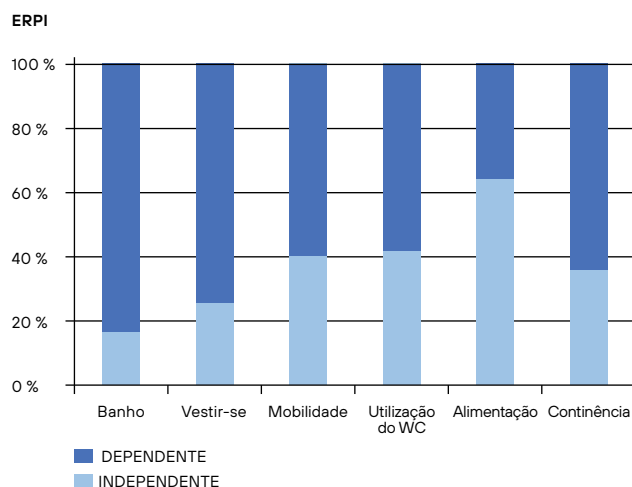
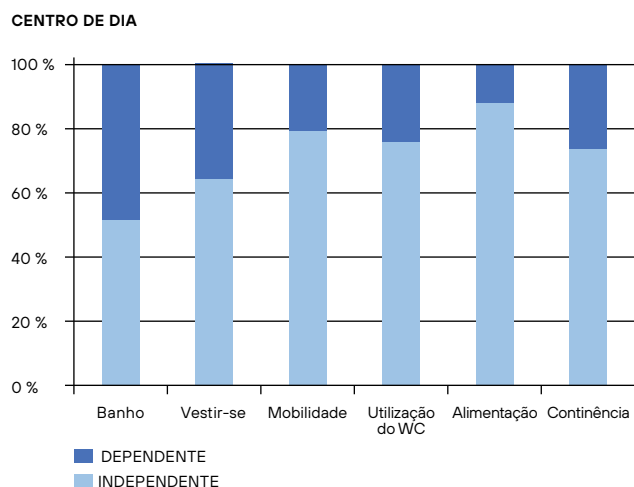


FIGURA 7 – DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS UTENTES EM CENTRO DE DIA, ERPI E SAD POR CAPACIDADE DE REALIZAÇÃO DE ATIVIDADES BÁSICAS DA VIDA DIÁRIA (ABVD), CONTINENTE – 2018
 FONTE: GEP-MTSSS, CARTA SOCIAL

O Serviço de Apoio Domiciliário das Misericórdias de Portugal

De modo a conhecer as necessidades reais das Misericórdias e utentes, revelou-se fundamental recolher toda a informação possível sobre esta matéria. Este objetivo dependeu do contributo das respostas obtidas ao inquérito lançado às Misericórdias em novembro de 2019.

Analizados os resultados e em função da necessidade de aprofundar e clarificar algumas das respostas obtidas, tal como responder a outras questões que se levantaram com a investigação do projeto, a UMP enviou, em janeiro deste ano, um novo inquérito, tendo validado 312 respostas e cujos resultados passamos a apresentar:

CAPACIDADE DO SAD DAS MISERICÓRDIAS



FIGURA 8 – CAPACIDADE DO SAD DAS MISERICÓRDIAS
 FONTE: DADOS OBTIDOS DO INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO APLICADO ÀS SCM

O SAD das Misericórdias apresenta uma capacidade total para 16 712 utentes sendo utilizado por 13 278 utentes, o que se traduz numa taxa de ocupação de 79%.

Em todos os distritos se verifica uma taxa de ocupação inferior à capacidade máxima estabelecida, sendo esta realidade mais evidente nos distritos de:

- . Portalegre (52% da capacidade por ocupar)
- . Beja (45% da capacidade por ocupar)
- . Vila Real (32% da capacidade por ocupar)

Os distritos com maior taxa de ocupação relativamente à capacidade são:

- . Açores
- . Viana do Castelo

OCUPAÇÃO DO SAD POR DISTRITO

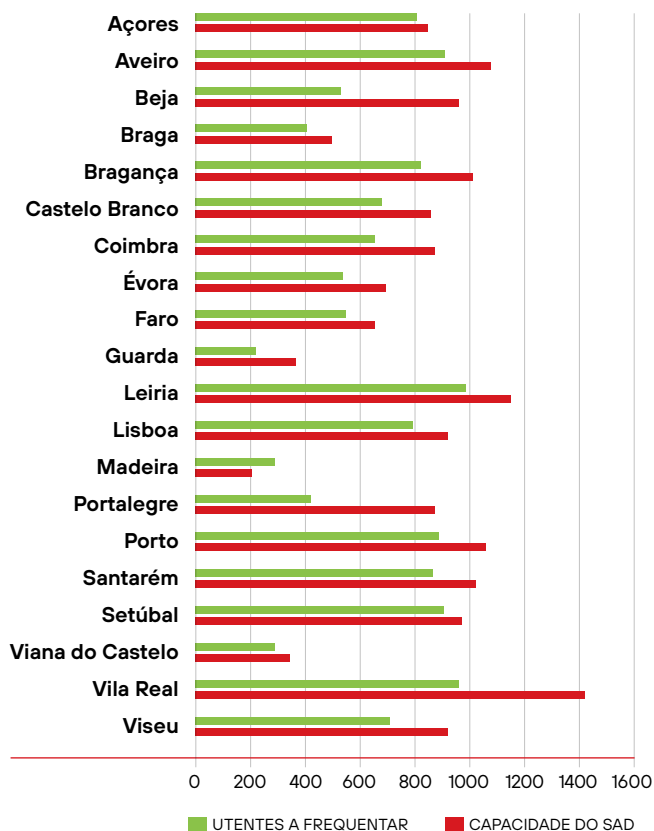


FIGURA 9 – OCUPAÇÃO DO SAD
 FONTE: DADOS OBTIDOS DO INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO APLICADO ÀS SCM

. Setúbal

Na Madeira verifica-se que o número de utentes ultrapassa a capacidade máxima estabelecida.

Os distritos que apresentam o maior número de utentes a frequentar o SAD são:

- . Leiria (979 utentes)
- . Vila Real (959 utentes)
- . Aveiro (915 utentes)

Os distritos que apresentam o menor número de utentes a frequentar o SAD são:

- . Guarda (228)
- . Viana do Castelo (296)
- . Região Autónoma da Madeira (296)

NÚMERO DE UTENTES POR DISTRITO

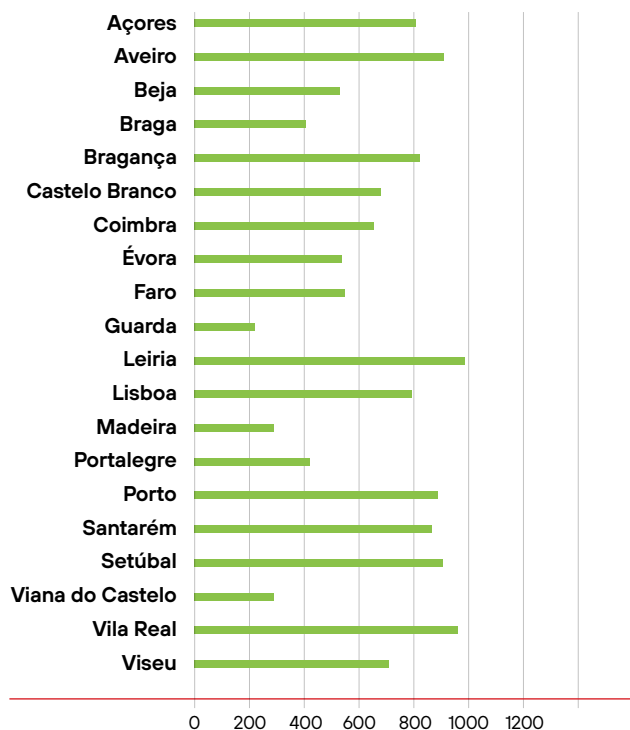


FIGURA 10 – TOTAL DE UTENTES A FREQUENTAR O SAD POR DISTRITO
 FONTE: DADOS OBTIDOS DO INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO APLICADO ÀS SCM

UTENTES COM ACORDO E UTENTES EXTRA-ACORDO

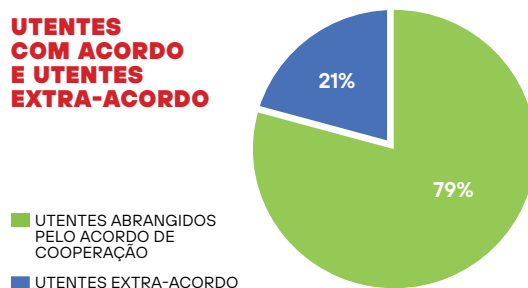


FIGURA 11 – UTENTES COM ACORDO E UTENTES EXTRA-ACORDO
 FONTE: DADOS OBTIDOS DO INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO APLICADO ÀS SCM

13 280 é o número total de utentes abrangidos por acordo de cooperação com a Segurança Social e 3 432 é o número total de utentes extra-acordo. Quer isto dizer que 79% dos utentes são abrangidos pelo acordo de cooperação e 21% são utentes extra acordo.

Como se verifica, a atualização da resposta social à realidade social por parte dos serviços do ISS é muito tardia, originando problemas de legalidade e adequação nas relações institucionais entre o ISS e as Misericórdias.

ÚLTIMA REVISÃO/ASSINATURA DE ADENDA AO ACORDO DE COOPERAÇÃO

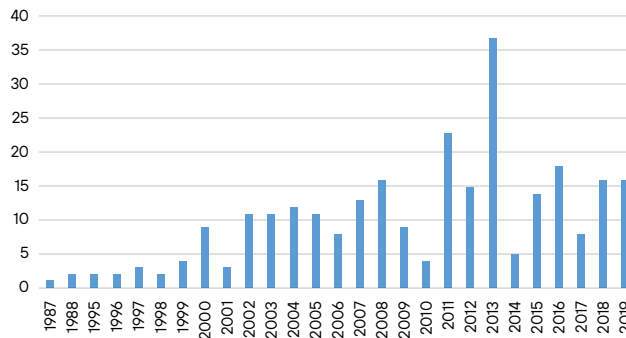


FIGURA 12 – ÚLTIMA REVISÃO/ASSINATURA DE ADENDA AO ACORDO DE COOPERAÇÃO
 FONTE: DADOS OBTIDOS DO INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO APLICADO ÀS SCM

AUTONOMIA DOS UTENTES

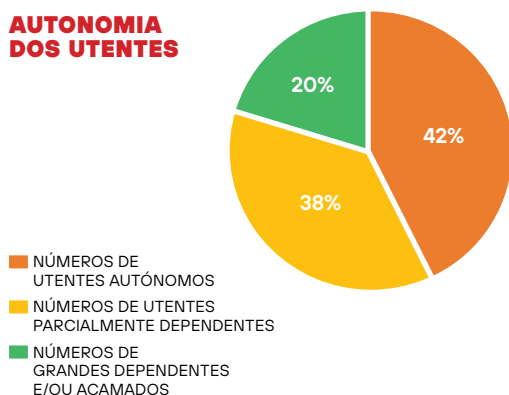


FIGURA 13 – AUTONOMIA DOS UTENTES

FONTE: DADOS OBTIDOS DO INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO APLICADO ÀS SCM

No que respeita à autonomia dos utentes, verificou-se que 42% são autônomos, 38% são utentes parcialmente dependentes e 20% são grandes dependentes e/ou acamados, percecionando-se a necessária alteração dos serviços que são prestados e da forma como são prestados. Claramente, garantir serviços relacionados com as atividades da vida diária pode já não ser suficiente.

FAIXA ETÁRIA DOS UTENTES

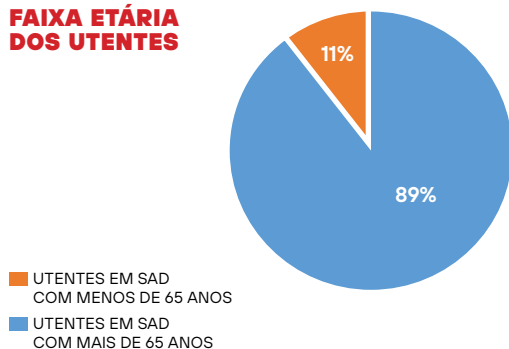


FIGURA 14 – FAIXA ETÁRIA DOS UTENTES

FONTE: DADOS OBTIDOS DO INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO APLICADO ÀS SCM

A grande maioria dos utentes tem mais de 65 anos, representando 89% dos utentes em SAD. Os restantes 11% referem-se a utentes com idade inferior a 65 anos.

Perspetiva-se, num futuro, um aumento de utentes com menos de 65 anos para apoio em serviços especializados e não convencionados.

FUNCIONÁRIOS DO SAD

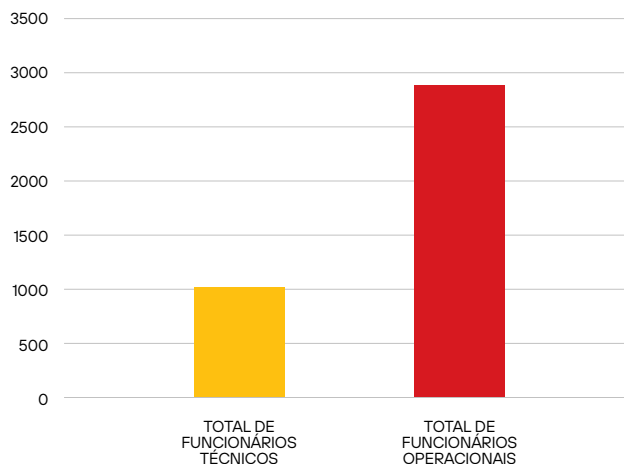


FIGURA 15 – FUNCIONÁRIOS DO SAD

FONTE: DADOS OBTIDOS DO INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO APLICADO ÀS SCM

O SAD conta com 1026 funcionários técnicos e 2902 funcionários operacionais.

Quer isto dizer que, em média, cada SAD tem 3 funcionários técnicos e 9 funcionários operacionais.

NÚMERO DE VEÍCULOS AFETOS AO SAD POR DISTRITO

No que respeita à frota automóvel, apurámos que, no total, o SAD das Misericórdias conta com cerca de 987 veículos. Quanto às deslocações, por semana, são percorridos no

total, cerca de 215 mil Km. Ou seja, em média, cada SAD percorre por semana 827 Km.

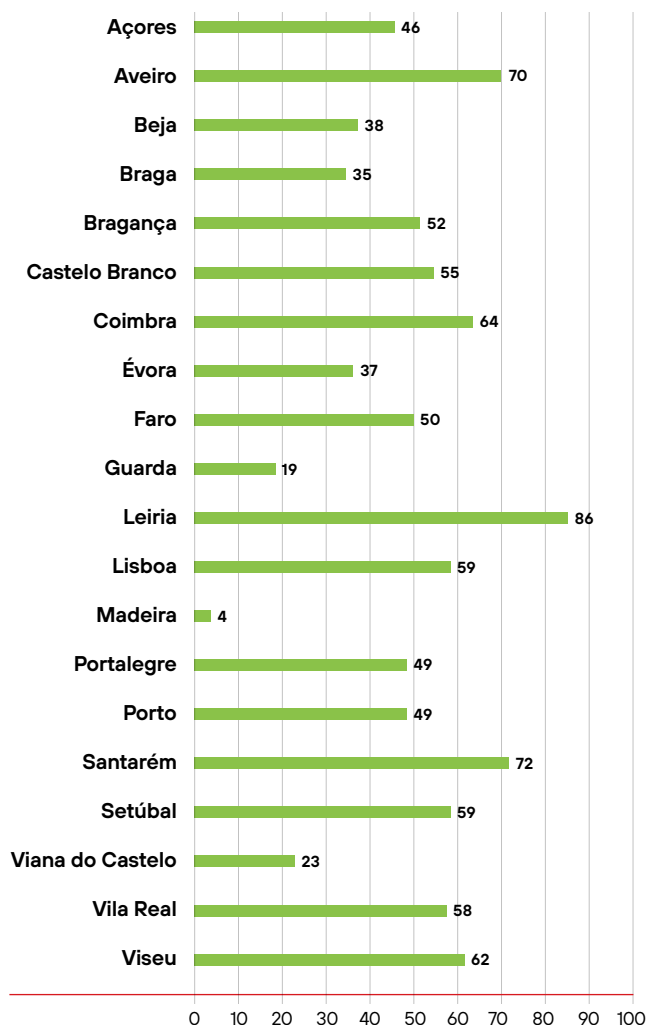


FIGURA 16 – NÚMERO DE VEÍCULOS POR DISTRITOS
 FONTE: DADOS OBTIDOS DO INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO APLICADO ÀS SCM

NÚMERO DE KM PERCORRIDOS POR SEMANA POR DISTRITO

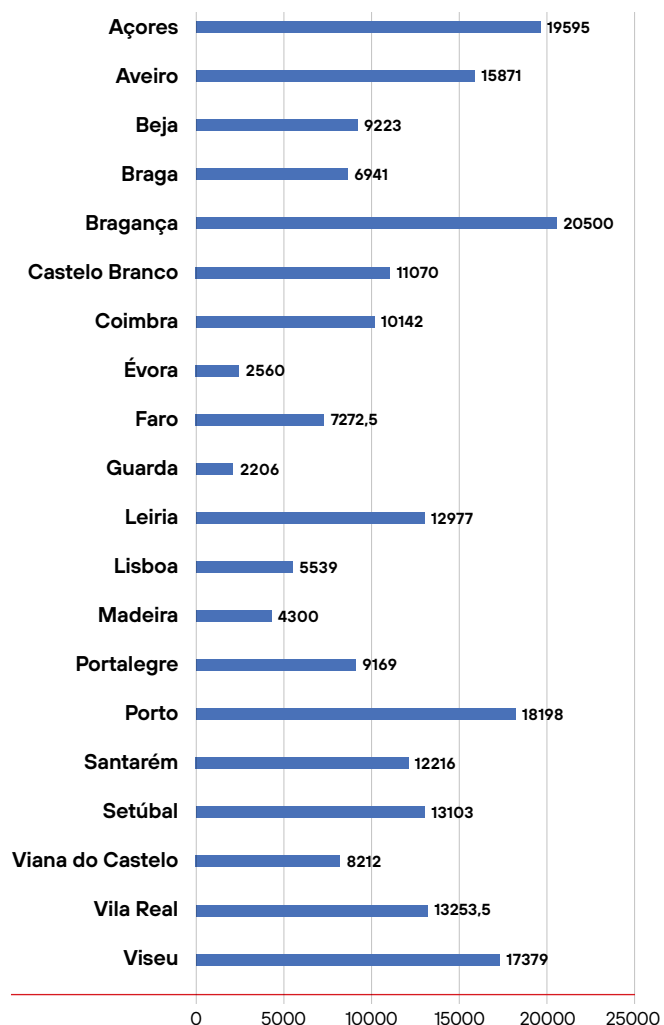


FIGURA 17 – KM/SEMANA POR DISTRITO
 FONTE: DADOS OBTIDOS DO INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO APLICADO ÀS SCM

PRINCIPAIS BENEFÍCIOS DO SAD PARA O UTENTE

Pedimos às Misericórdias que, da lista de benefícios apresentada, seleccionassem, por ordem decrescente (do mais requisitado para o menos), 3 benefícios do SAD para o utente.

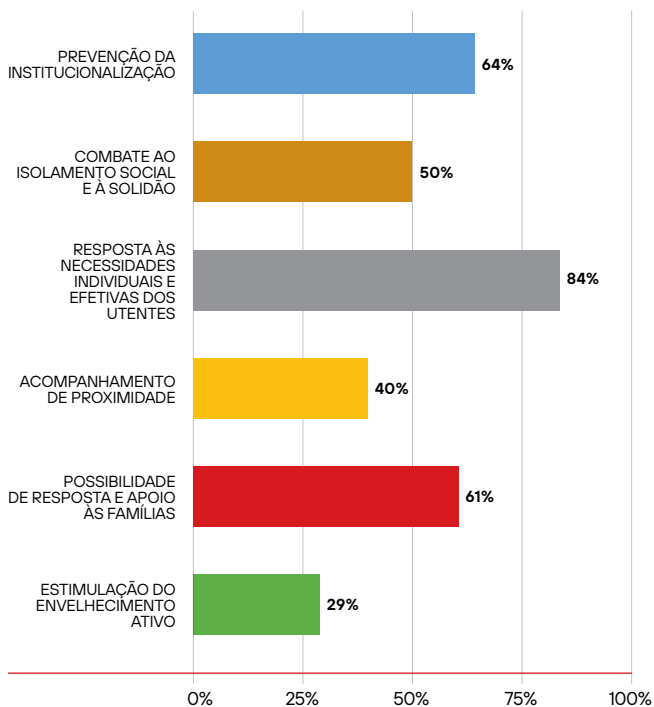


FIGURA 18 – PRINCIPAIS BENEFÍCIOS DO SAD PARA O UTENTE
 FONTE: DADOS OBTIDOS DO INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO APLICADO ÀS SCM

84% da Misericórdias seleccionaram a “Resposta às necessidades individuais e efetivas dos utentes” como o principal benefício do SAD. O segundo benefício considerado mais importante foi a “Prevenção da institucionalização”, seguido do benefício “Possibilidade de resposta e apoio às famílias”.

PRINCIPAIS OBSTÁCULOS DO SAD PARA O UTENTE

Pedimos também que, da lista de obstáculos apresentada, seleccionassem, da mesma forma, 3 obstáculos para o exercício do SAD.

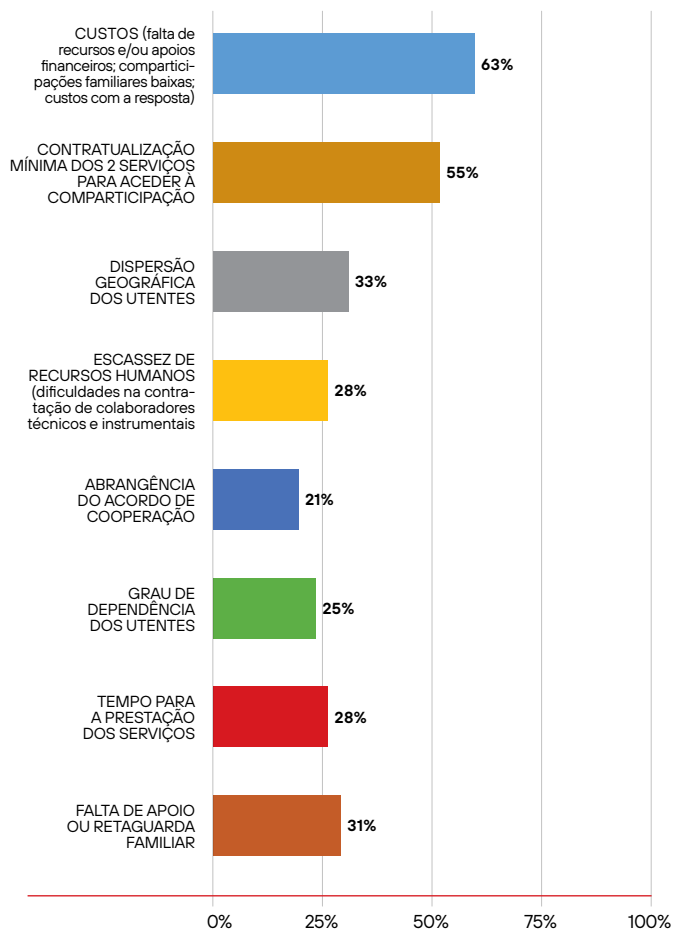


FIGURA 19 – PRINCIPAIS OBSTÁCULOS PARA O EXERCÍCIO DO SAD
 FONTE: DADOS OBTIDOS DO INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO APLICADO ÀS SCM

Os principais obstáculos, identificados pelas Misericórdias, para o exercício do SAD foram os “Custos (falta de recursos e/ou apoios financeiros; Comparticipações familiares baixas; custos com a resposta)”, a obrigatoriedade de “Contratualização mínima dos 2 serviços para aceder à comparticipação” e a “Dispersão geográfica dos utentes”.

Aqui importa referir que 20% dos utentes que usufruem do SAD tinham interesse somente na contratualização de 1 só serviço.

PRINCIPAIS SOLICITAÇÕES DO SAD PARA O UTEENTE

À semelhança das questões anteriores, foi pedido às Misericórdias que, da lista apresentada, identificassem, por ordem decrescente (da mais solicitada para a menos), as três principais solicitações por parte dos utentes desta resposta.

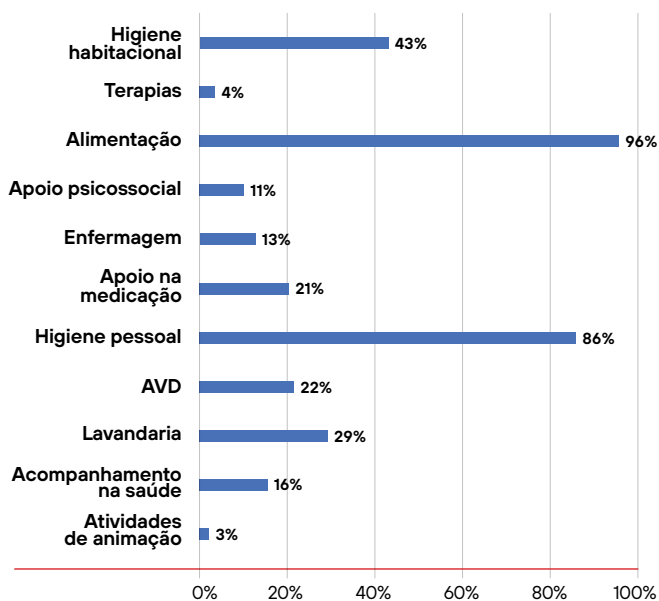


FIGURA 20 – PRINCIPAIS SOLICITAÇÕES DO UTEENTE DE SAD
 FONTE: DADOS OBTIDOS DO INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO APLICADO ÀS SCM

Com grande destaque das outras, as duas principais solicitações por parte dos utentes são a “Alimentação” e a “Higiene pessoal”. O terceiro lugar é ocupado pela “Higiene habitacional”.

Entre as menos solicitadas estão as “Atividades de Animação” e as “Terapias”.

Apesar de estar entre os serviços menos solicitados, considerámos importante perceber quais as terapias mais requisitadas pelos utentes do SAD.

TERAPIAS MAIS SOLICITADAS PELOS UTEENTES DE SAD

Assim verificamos que, de entre as terapias apresentadas, a Fisioterapia destaca-se de todas as outras, apresentando um grande número de solicitações.

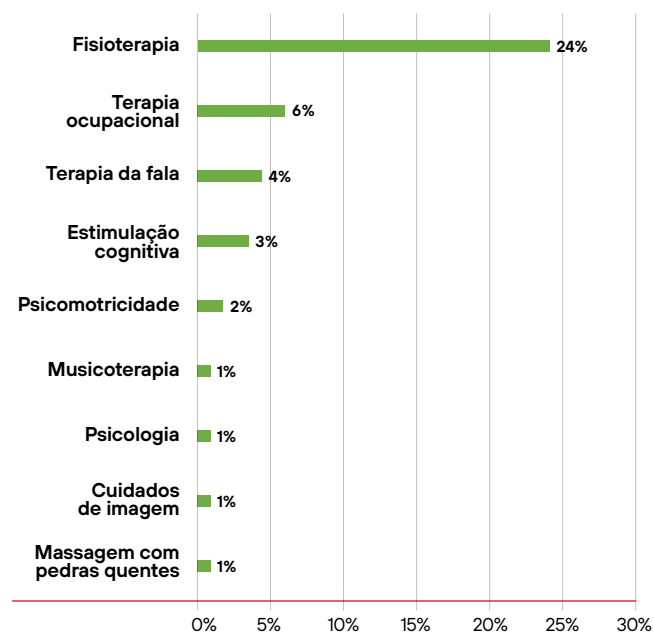


FIGURA 21 – TERAPIAS MAIS SOLICITADAS
 FONTE: DADOS OBTIDOS DO INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO APLICADO ÀS SCM

OUTRAS SOLICITAÇÕES DOS UTENTES DE SAD

Para além das solicitações dos utentes que constam da lista apresentada no gráfico n.º 13, foram ainda identificadas outras pelas Misericórdias, sendo o “Acompanhamento noturno”, a “Teleassistência” e o “Acompanhamento ao exterior” os serviços mais pedidos.

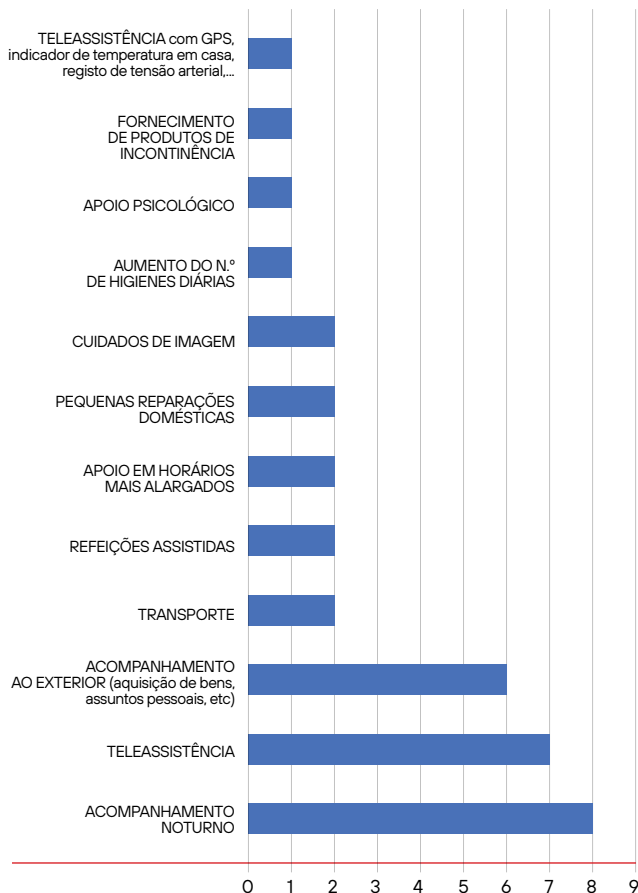


FIGURA 22 – OUTRAS SOLICITAÇÕES

FONTE: DADOS OBTIDOS DO INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO APLICADO ÀS SCM

NECESSIDADES DOS UTENTES NÃO RESPONDIDAS PELO ATUAL MODELO DE SAD

Através do quadro n.º 16 percebemos quais as principais necessidades dos utentes que não estão a ser respondidas pelo atual modelo de SAD. Assim, a “prestação dos serviços ao final do dia” e o “acompanhamento noturno” surgem como as duas principais necessidades não respondidas pelo atual modelo de SAD, seguidas do “acompanhamento a consultas e/ou atos médicos” e da “Substituição por ausência do cuidador”.

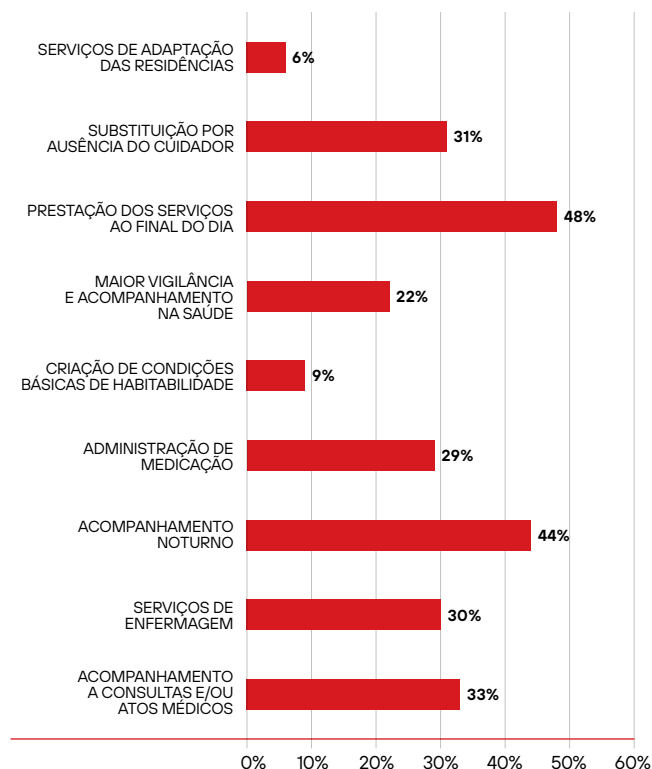


FIGURA 23 – NECESSIDADES DOS UTENTES NÃO RESPONDIDAS PELO ATUAL MODELO DE SAD

FONTE: DADOS OBTIDOS DO INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO APLICADO ÀS SCM

SERVIÇOS DIFERENCIADOS PRESTADOS PELAS MISERICÓRDIAS AOS UTENTES DE SAD

Para além dos serviços tipificados (higiene pessoal, habitacional, alimentação, animação, lavagem de roupa...), algumas Misericórdias prestam alguns serviços diferenciados. Entre os serviços incluídos na lista do gráfico, a “Assistência medicamentosa” surge com grande destaque, sendo o “Acompanhamento a consultas e/ou serviços médicos”, “Atividades de socialização” e “Horário de funcionamento alargado” outros dos serviços diferenciados mais prestados pelas Misericórdias.

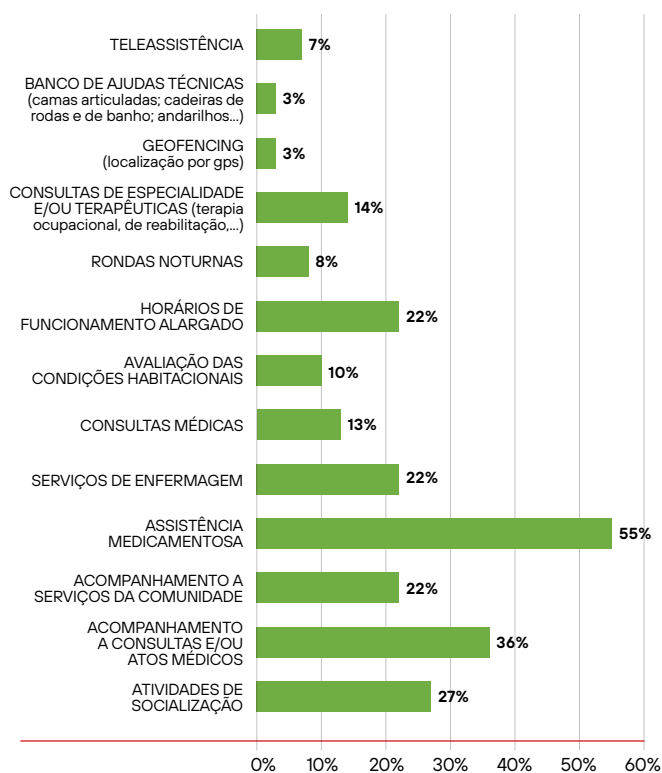


FIGURA 24 – SERVIÇOS DIFERENCIADOS PRESTADOS PELAS MISERICÓRDIAS
 FONTE: DADOS OBTIDOS DO INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO APLICADO ÀS SCM

SERVIÇOS QUE A MISERICÓRDIA CONSIDERA RELEVANTES PARA INTEGRAÇÃO EM SAD

Atendendo aos trabalhos desenvolvidos no sentido de modernizar o serviço de SAD, perguntámos às Misericórdias, dentro de 6 áreas diferentes, e dos serviços apresentados para cada uma dessas áreas, quais os mais relevantes para a integração no apoio domiciliário.

Na área da saúde, o serviço que obteve a maior percentagem de respostas foi a realização de “Consultas e atos médicos específicos no contexto do utente (Psiquiatria; Psicologia; Fisioterapia; Nutrição; Oftalmologia/otorrino; CSP e/ou consultas hospitalares de especialidade; Referência para outras áreas específicas)”, seguido da “Avaliação da capacidade física (mobilidade e quedas)” e das “Colheitas de sangue, expetoração e outros, para análises clínicas (Glicémia, Colesterol, entre outros)”.

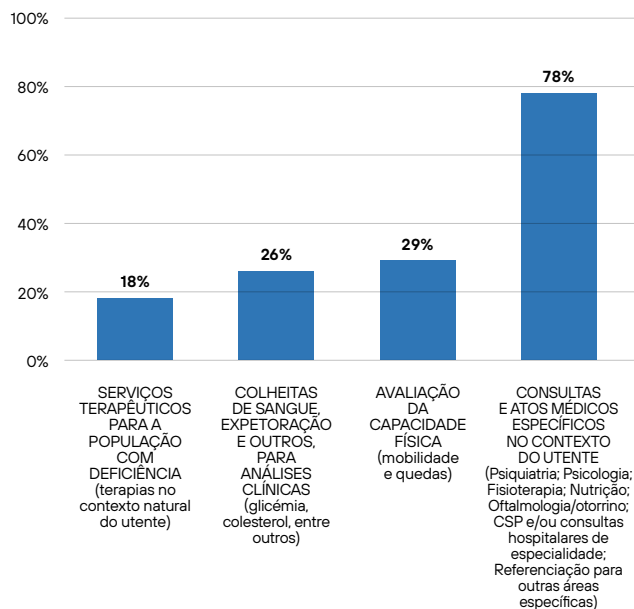


FIGURA 25 – SAÚDE – SERVIÇOS PARA INTEGRAÇÃO EM SAD
 FONTE: DADOS OBTIDOS DO INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO APLICADO ÀS SCM

SEGURANÇA PARA OS UTENTES EM SAD

Para integração em SAD na área da segurança, as Misericórdias consideraram ser mais relevantes o “Acompanhamento noturno”. Em segundo lugar, e com a mesma percentagem de respostas, surgem a “Receção de alarmes sempre que o utente necessitar de auxílio” e a “Instalação de sistemas de vigilância inteligente (gás, fogo e quedas)”.

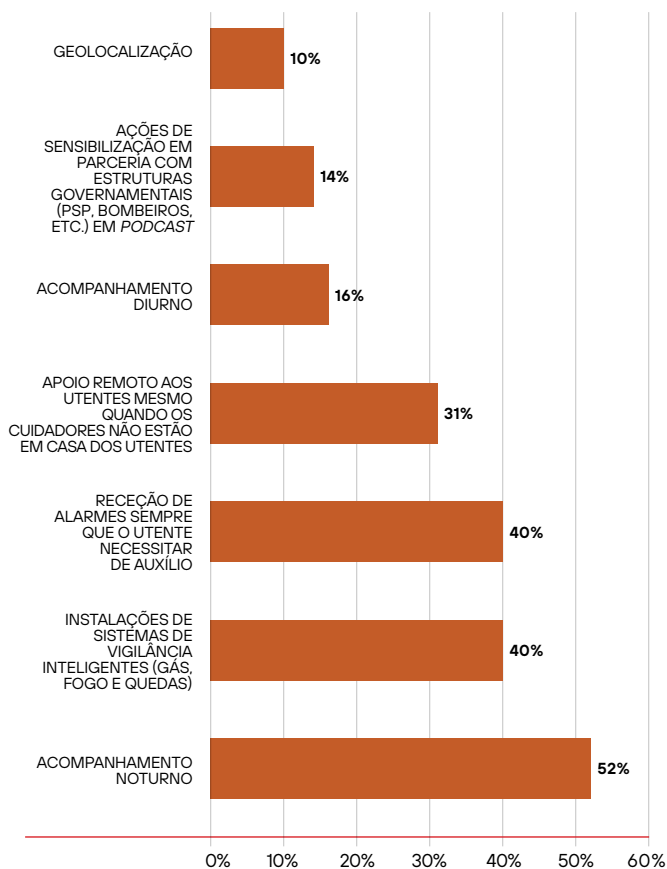


FIGURA 26 – SEGURANÇA – SERVIÇOS PARA INTEGRAÇÃO EM SAD
FONTE: DADOS OBTIDOS DO INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO APLICADO ÀS SCM

COMUNICAÇÃO PARA OS UTENTES EM SAD

No que diz respeito à comunicação, as Misericórdias selecionaram a “Criação de rede de voluntários que prestem contacto regular, contínuo e previsível à pessoa idosa” como o serviço mais relevante para integração em SAD. 19% elegeram a “Rede de comunicação fechada a utilizadores autorizados, acessível e simplificada, com os cuidadores informais” e 6% das Misericórdias consideraram os dois serviços relevantes para integrarem o SAD.

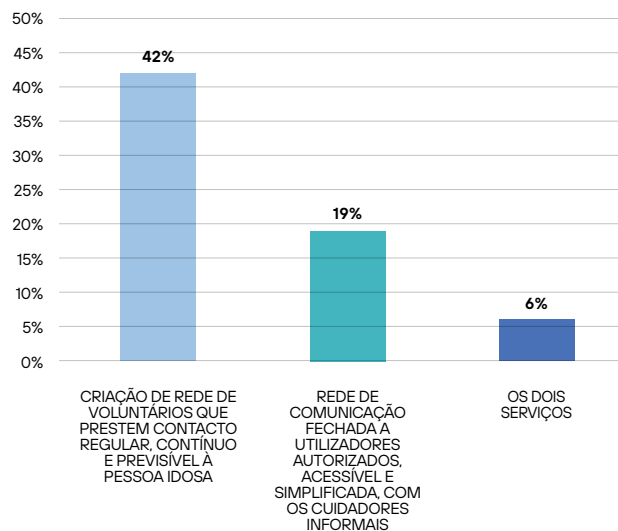


FIGURA 27 – COMUNICAÇÃO – SERVIÇOS PARA INTEGRAÇÃO EM SAD
FONTE: DADOS OBTIDOS DO INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO APLICADO ÀS SCM

SOCIALIZAÇÃO PARA OS UTENTES EM SAD

Para a área da socialização o grande destaque vai para o “Desenvolvimento de atividades culturais e recreativas e de entretenimento no domicílio, tais como leitura, jogos, expressão plástica, (re)aprendizagem de línguas escritas e faladas” e para a “Ocupação Positiva do Tempo Livre combatendo o sedentarismo e a inatividade”.

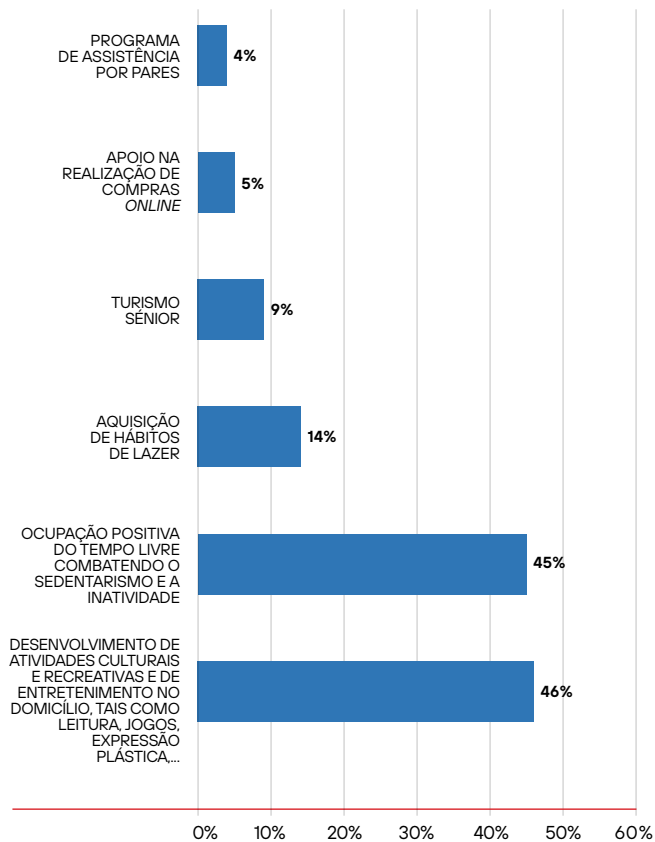


FIGURA 28 – SOCIALIZAÇÃO – SERVIÇOS PARA INTEGRAÇÃO EM SAD
 FONTE: DADOS OBTIDOS DO INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO APLICADO ÀS SCM

SERVIÇOS PARA O CUIDADOR FORMAL

Quanto à área do cuidador informal, os 3 principais serviços considerados mais relevantes para a integração em SAD a “*Formação ao cuidador informal*”, a “*Substituição do cuidador informal (descanso do cuidador informal)*” e “*Informação (apoios e prestações sociais, atestado médico de incapacidade de multiusos, como aceder e navegar nos recursos, etc.)*”.

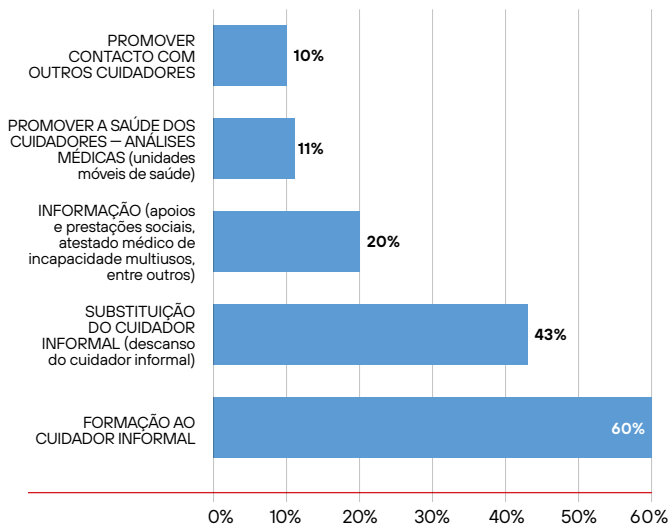


FIGURA 29 – CUIDADOR INFORMAL – SERVIÇOS PARA INTEGRAÇÃO EM SAD
 FONTE: DADOS OBTIDOS DO INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO APLICADO ÀS SCM

AS AVD PARA OS UTENTES EM SAD

No que concerne as AVD, e tal como podemos observar no gráfico em cima, as percentagens de respostas para cada um dos serviços foram bastante equilibradas, revelando assim a importância da integração em SAD destes 3 serviços.

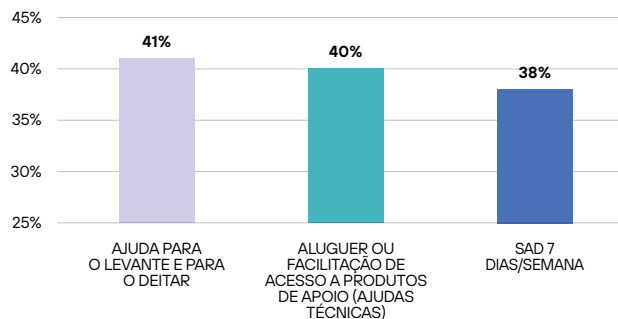


FIGURA 30 – AVD – SERVIÇOS PARA INTEGRAÇÃO EM SAD
 FONTE: DADOS OBTIDOS DO INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO APLICADO ÀS SCM

SERVIÇOS DISPONIBILIZADOS PELO SAD PARA OS FAMILIARES DO UTENTE/CUIDADORES INFORMAIS

Dos serviços disponibilizados pelo SAD das Misericórdias para os familiares dos utentes, os que mais se destacam são o “Gabinete de apoio ao utente e família”, o “Acompanhamento psicológico” e o “Apoio/Formação/Descanso ao Cuidador Informal”.

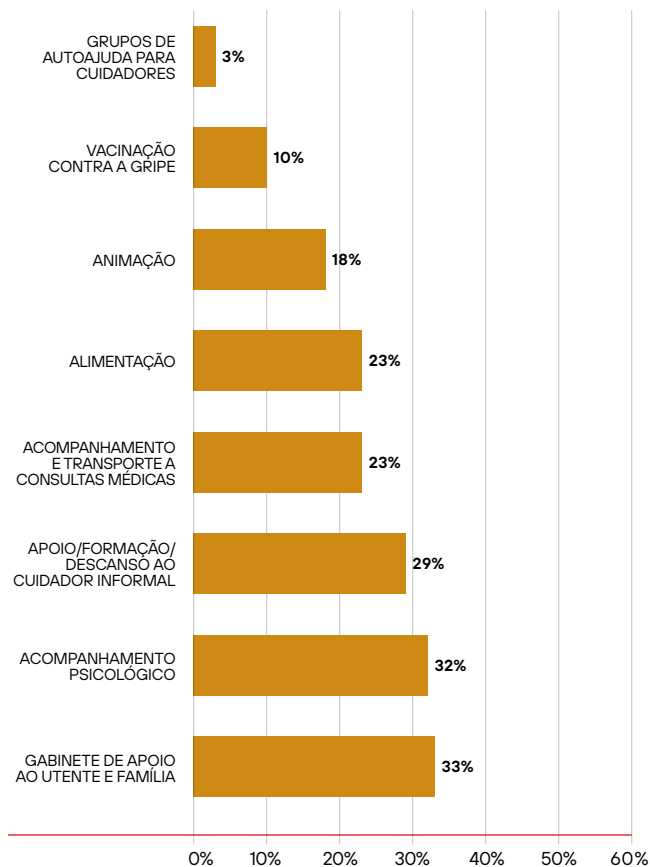


FIGURA 31 – SERVIÇOS DISPONIBILIZADOS PELO SAD PARA OS FAMILIARES DOS UTENTES/CUIDADORES INFORMAIS
 FONTE: DADOS OBTIDOS DO INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO APLICADO ÀS SCM

PARCERIAS COM OUTRAS ENTIDADES PARA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO

Das várias parcerias com outras entidades para prestação do Serviço de Apoio Domiciliário, destacam-se as parcerias com o Serviço Nacional de Saúde, com as câmaras municipais e com a segurança social. Aparecem ainda parcerias com IPSS, GNR, bibliotecas municipais, entre outros.

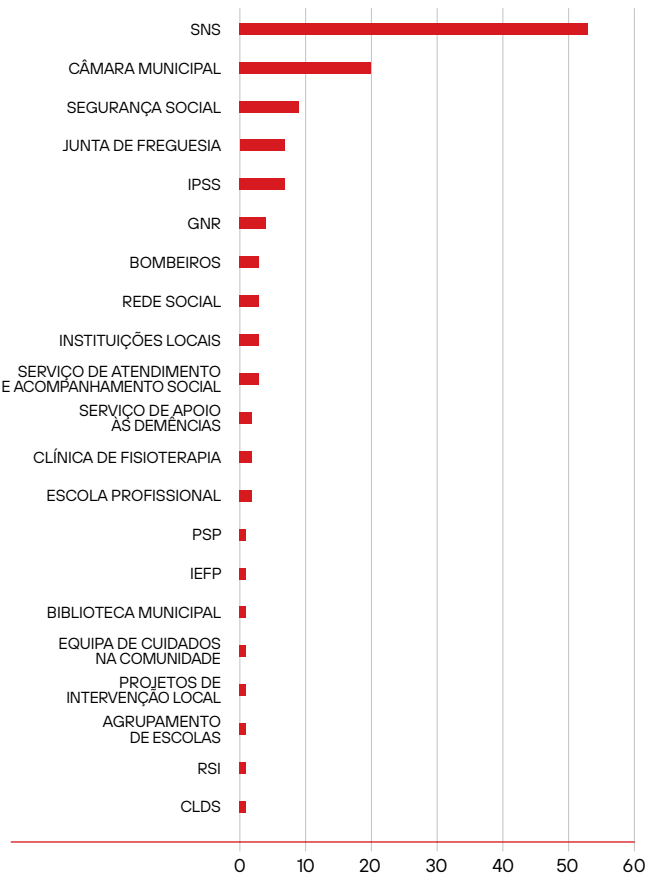


FIGURA 32 – PARCERIAS COM OUTRAS ENTIDADES PARA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO
 FONTE: DADOS OBTIDOS DO INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO APLICADO ÀS SCM

SERVIÇOS DE SAÚDE QUE A MISERICÓRDIA PRESTA NO SAD

Foi perguntado às Misericórdias, das que prestam serviços de saúde no SAD, quais são esses serviços. Da lista apresentada no gráfico abaixo, verificamos que, o serviço de saúde que as Misericórdias mais prestam no SAD é o “apoio na administração e preparação da medicação”.

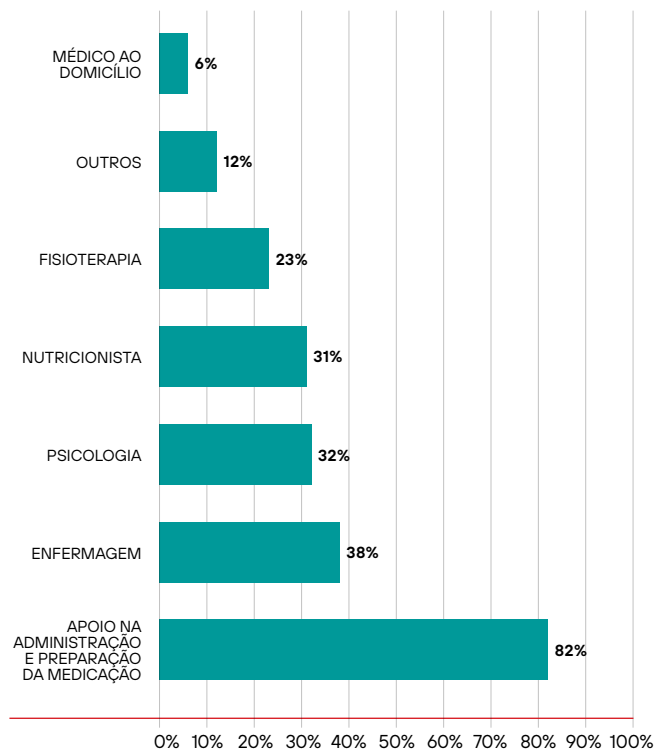


FIGURA 33 – SERVIÇOS DE SAÚDE QUE A MISERICÓRDIA PRESTA NO SAD
 FONTE: DADOS OBTIDOS DO INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO APLICADO ÀS SCM

São, também, prestados serviços de enfermagem, psicologia, fisioterapia e médico ao domicílio, tendo ainda sido identificados outros serviços:

OUTROS SERVIÇOS DE SAÚDE PRESTADOS PELA MISERICÓRDIA NO SAD



FIGURA 34 – OUTROS SERVIÇOS DE SAÚDE PRESTADOS PELA MISERICÓRDIA NO SAD
 FONTE: DADOS OBTIDOS DO INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO APLICADO ÀS SCM

Destes, a “Terapia ocupacional” e a “Psicomotricidade” são os mais prestados, seguem-se a “Podologia”, o “Registo e monitorização de dados vitais e de outros indicadores (tensão arterial, etc.)”, entre outros.

OS UTENTES DE SAD SÃO ACOMPANHADOS POR OUTROS SERVIÇOS NÃO PRESTADOS PELA MISERICÓRDIA?

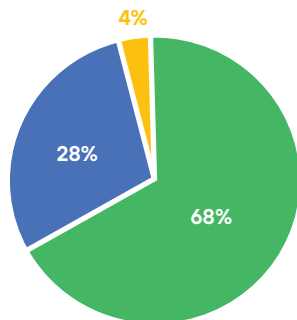
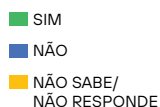


FIGURA 35 – OS UTENTES DE SAD SÃO ACOMPANHADOS POR OUTROS SERVIÇOS NÃO PRESTADOS PELA MISERICÓRDIA?

FONTE: DADOS OBTIDOS DO INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO APLICADO ÀS SCM

Através deste inquérito, apuramos que 70% dos utentes de SAD recorrem a outros serviços não prestados pelas Misericórdias.

E QUAIS SÃO ESSES SERVIÇOS?

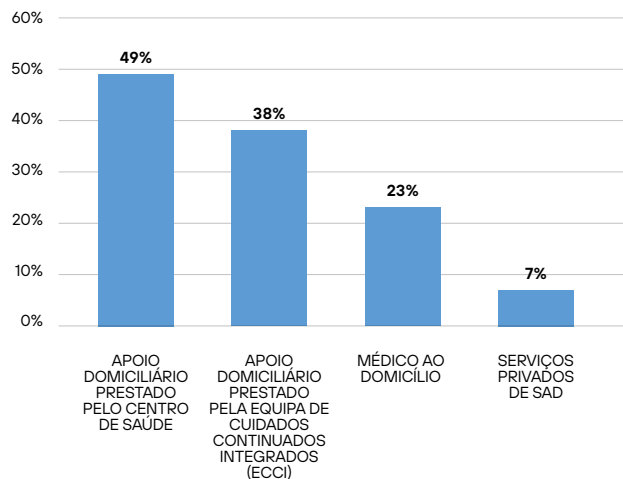


FIGURA 36 – PRINCIPAIS SERVIÇOS, NÃO PRESTADOS PELAS MISERICÓRDIAS, A QUE OS UTENTES DE SAD RECORREM

FONTE: DADOS OBTIDOS DO INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO APLICADO ÀS SCM

Os principais serviços, não prestados pelas Misericórdias, a que os utentes de SAD recorrem, são o “Apoio domiciliário prestado pelo centro de saúde”, “Apoio domiciliário prestado pela equipa de cuidados continuados integrados (ECCI)” e “Médico ao domicílio”. 7% dos utentes recorrem a “Serviços privados de SAD”.

QUAIS SÃO OS SERVIÇOS PRIVADOS A QUE OS UTENTES DE SAD RECORREM?

O destaque no que respeita à utilização de serviços privados de SAD vai para a contratação de “cuidadores formais que prestam acompanhamento noturno”, pois, como vimos atrás, o acompanhamento noturno é a segunda maior necessidade do utente não respondida pelo atual modelo de SAD. Recorrem ainda a “serviços de enfermagem”, a “cuidadores particulares para serviços no final do dia e ao fim de semana”, entre outros.

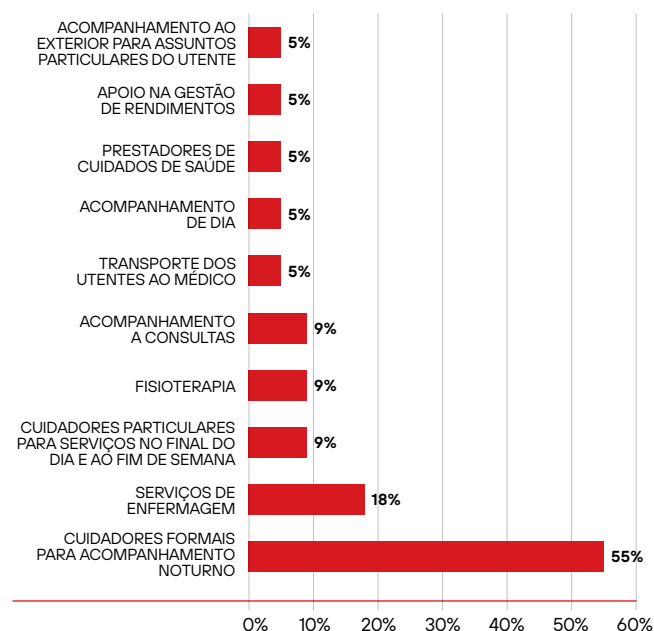


FIGURA 37 – SERVIÇOS PRIVADOS A QUE OS UTENTES DE SAD RECORREM

FONTE: DADOS OBTIDOS DO INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO APLICADO ÀS SCM

A MISERICÓRDIA DISPÕE DE ALGUM SISTEMA DE AVALIAÇÃO/REGISTO DA ASSIDUIDADE E DA AÇÃO DAS AJUDANTES FAMILIARES EM CASA DOS UTENTES?

- SIM
- NÃO
- NÃO SABE/ NÃO RESPONDE

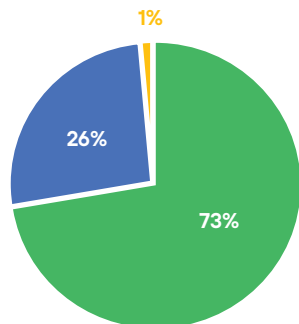


FIGURA 38 – UTILIZA ALGUM SISTEMA DE AVALIAÇÃO/REGISTO DA ASSIDUIDADE E DA AÇÃO DAS AJUDANTES FAMILIARES EM CASA DOS UTENTES?
 FONTE: DADOS OBTIDOS DO INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO APLICADO ÀS SCM

73% das Misericórdias dispõem de algum tipo de sistema de registo. 26% não possuem nenhum tipo de sistema de registo.

QUE TIPO DE SISTEMA DE AVALIAÇÃO/REGISTO É UTILIZADO?

- PAPEL
- INFORMÁTICO
- NÃO SABE/ NÃO RESPONDE

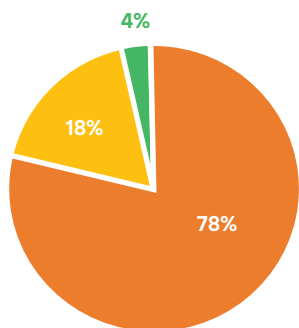


FIGURA 39 – TIPO DE SISTEMA DE AVALIAÇÃO/REGISTO UTILIZADO
 FONTE: DADOS OBTIDOS DO INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO APLICADO ÀS SCM

78% das Misericórdias fazem esse registo em papel e apenas 18% das Misericórdias utilizam algum tipo de sistema informático.

OS SISTEMAS INFORMÁTICOS MAIS UTILIZADOS PELAS MISERICÓRDIAS

Através deste inquérito, apuramos que, 70% dos utentes de SAD recorrem a outros serviços não prestados pelas Misericórdias.



FIGURA 40 – SISTEMAS INFORMÁTICOS MAIS UTILIZADOS PELAS MISERICÓRDIAS

FONTE: DADOS OBTIDOS DO INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO APLICADO ÀS SCM

QUAIS OS PRINCIPAIS MOTIVOS QUE LEVAM O UTENTE DE SAD A SOLICITAR A SUA INSTITUCIONALIZAÇÃO EM ERPI?

Foram vários os motivos apresentados, na opinião das Misericórdias, para a solicitação da institucionalização em ERPI, sendo o principal motivo o “Aumento do grau de dependência”, seguido da “falta de retaguarda familiar”, “falta de acompanhamento nocturno” e “isolamento/solidão/ insegurança”.



FIGURA 41 – PRINCIPAIS MOTIVOS QUE LEVAM O UTENTE DE SAD A SOLICITAR A SUA INSTITUCIONALIZAÇÃO

FONTE: DADOS OBTIDOS DO INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO APLICADO ÀS SCM

OUTROS MOTIVOS QUE LEVAM O UTENTE DE SAD A SOLICITAR A SUA INSTITUCIONALIZAÇÃO EM ERPI

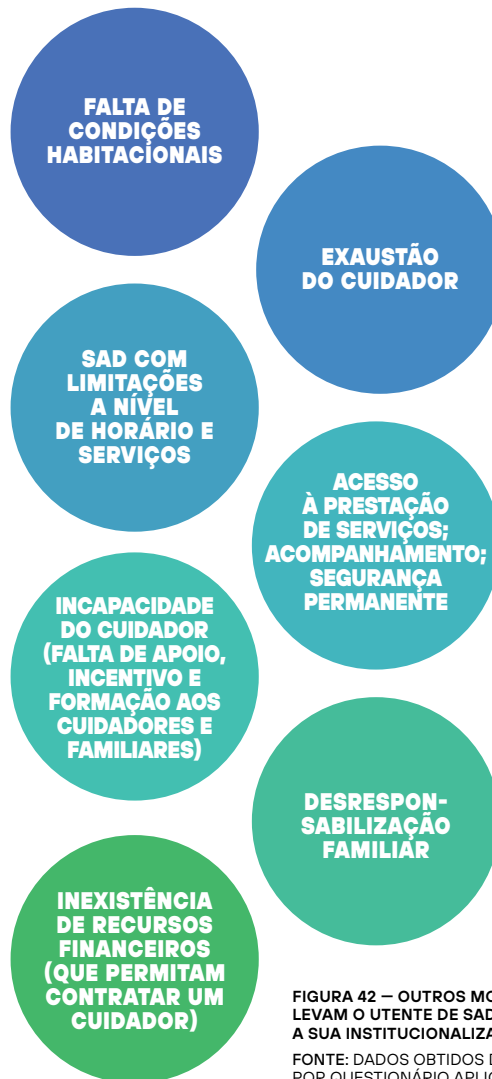


FIGURA 42 – OUTROS MOTIVOS QUE LEVAM O UTENTE DE SAD A SOLICITAR A SUA INSTITUCIONALIZAÇÃO

FONTE: DADOS OBTIDOS DO INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO APLICADO ÀS SCM

EM RESUMO

. O SAD nas Misericórdias tem apenas uma ocupação de 79% da sua capacidade. Em todos os distritos se verifica uma taxa de ocupação inferior à capacidade máxima estabelecida, com exceção da Madeira onde a percentagem de ocupação é superior à capacidade máxima estabelecida. Quando comparamos o número de utentes a frequentar o SAD por distrito, verificamos a existência de grandes assimetrias no país. Possivelmente o que se torna necessário num futuro próximo, não é o aumento das vagas em SAD, mas sim a otimização dos recursos disponíveis através da sua requalificação, de modo a possibilitar mais e melhores prestações de serviço.

Este resultado vem confirmar uma realidade já conhecida no âmbito do relatório da Carta Social que afirma existir uma evolução da capacidade da resposta social, não sendo, no entanto, acompanhada pelo número de utentes que usufruem da resposta social em apreço.

. Os acordos de cooperação são essenciais para a sustentabilidade das Misericórdias e para a acessibilidade aos serviços e respostas sociais por parte dos cidadãos económica e socialmente mais desfavorecidos.

. Para além disso, verificamos que se impõe a necessidade de rever muitos dos acordos de cooperação em vigor e que estão sem atualização, alguns, há mais de uma década.

. No que respeita à autonomia dos utentes, sendo 38% utentes parcialmente dependentes e 20% grandes dependentes e/ou acamados, percebe-se a necessária e urgente alteração dos serviços que são prestados e da forma como são prestados. Claramente, garantir serviços relacionados com as atividades da vida diária já não é suficiente.

. Perspetiva-se, num futuro, um aumento de utentes com menos de 65 anos para apoio em serviços especializados e

não convenionados neste momento com a Segurança Social e que, nalguns casos, estão a ser suprimidos pelo setor privado.

. Quando analisámos o número de Km/semana por distrito, quanto às deslocações, por semana, são percorridos no total, cerca de 215 mil Km. Ou seja, em média, cada SAD de cada Misericórdia percorre por semana 827 Km, o que nos deve levar a refletir seriamente sobre as alternativas mais ecológicas para estas deslocações.

. Para o exercício do SAD foram os “Custos (falta de recursos e/ou apoios financeiros; participações familiares baixas; custos com a resposta;)”, a obrigatoriedade de “Contratualização mínima dos 2 serviços para aceder à participação” e a “Dispersão geográfica dos utentes” que as Misericórdias mais identificaram como sendo os maiores obstáculos para o exercício do SAD.

. Aqui importa referir que 20% dos utentes que usufruem do SAD tinham interesse somente na contratualização de 1 só serviço.

. As duas principais solicitações do utente de SAD, com grande destaque das outras, são a “Alimentação” e a “Higiene pessoal”. O terceiro lugar é ocupado pela “Higiene habitacional”, o que não surpreende já que são os serviços disponíveis e participados pelo Estado. Entre as menos solicitadas estão as “Atividades de Animação” e as “Terapias”.

(Também os dados da Carta Social, designadamente no Relatório do ano de 2018, é corroborada a maior procura de serviços de Alimentação, seguido de Higiene Pessoal e Higiene Habitacional, no que concerne ao eixo das Atividades de Vida Diária. No referido documento é ainda identificado que *“para além dos serviços de base, também já são disponibilizados em algumas respostas serviços de animação, acompanhamento dos utentes para resolução de assuntos*

personais e obrigações legais, reparações no domicílio e tele-assistência”).

. Ainda assim, a terapia mais solicitada é a Fisioterapia.

. Sublinha-se com importância acrescida que o “Acompanhamento noturno”, a “Teleassistência” e o “Acompanhamento ao exterior” são os serviços mais pedidos fora dos convencionados.

. Sobre as necessidades dos utentes não respondidas pelo atual modelo de SAD surge novamente a “prestação dos serviços ao final do dia” e o “acompanhamento noturno”, seguidas do “acompanhamento a consultas e/ou atos médicos” e da “Substituição por ausência do cuidador”. Ou seja, fica claro que as necessidades maiores se movem com uma maior permanência no acompanhamento à pessoa.

. Os serviços diferenciados prestados pelas Misericórdias, para além dos serviços tipificados, são a “Assistência medicamentosa” (que surge com grande destaque), sendo o “Acompanhamento a consultas e/ou serviços médicos”, as “Atividades de socialização” e o “Horário de funcionamento alargado” outros dos serviços diferenciados mais prestados pelas Misericórdias. O mesmo que se destacava nos outros gráficos, significando o aumento de necessidade crescente.

. Quando perguntámos às Misericórdias, dentro de 6 áreas diferentes, quais os serviços mais relevantes para a integração no apoio domiciliário:

Na Saúde foram as “Consultas e atos médicos específicos no contexto do utente”, seguido da “Avaliação da capacidade física (mobilidade e quedas)” e das “Colheitas de sangue, expectoração e outros, para análises clínicas”.

Na Segurança foram o “Acompanhamento noturno”, “Receção de alarmes sempre que o utente necessitar de auxílio” e a “Instalação de sistemas de vigilância inteligente (gás, fogo e quedas)”.

Na Comunicação foram a “Criação de rede de voluntários que prestem contacto regular, contínuo e previsível à pessoa idosa” e “Rede de comunicação fechada a utilizadores autorizados, acessível e simplificada, com os cuidadores informais”. Na Socialização foram o “Desenvolvimento de atividades culturais e recreativas e de entretenimento no domicílio” e a “Ocupação Positiva do Tempo Livre combatendo o sedentarismo e a inatividade”.

Sobre o Cuidador informal foram a “Formação ao cuidador informal”, “Substituição do cuidador informal (descanso do cuidador informal)” e “Informação sobre apoios e prestações sociais, atestado médico de incapacidade multiusos, como aceder e navegar nos recursos, etc”.

Nas AVD foram a “Ajuda para o levantar e para o deitar”, “Aluguer ou facilitação de acesso a produtos de apoio (ajudas técnicas)” e “SAD 7 dias/semana”.

. Já com regularidade, as Misericórdias prestam aos familiares dos utentes/cuidadores informais serviços como “Gabinete de apoio ao utente e família”, “Acompanhamento psicológico” e “Apoio/Formação/Descanso ao Cuidador Informal”.

. Os serviços de saúde que as Misericórdias mais prestam no SAD é o “apoio na administração e preparação da medicação”.

. São ainda prestados serviços de enfermagem, psicologia, fisioterapia e médico ao domicílio, tendo ainda sido identificados outros serviços, tais como a “Terapia ocupacional” e a “Psicomotricidade”.

. Através deste inquérito, apuramos que, 70% dos utentes de SAD recorrem a outros serviços domiciliários não prestados pelas Misericórdias.

. Os principais serviços, não prestados pelas Misericórdias, a que os utentes de SAD recorrem, são o “Apoio domiciliário prestado pelo centro de saúde”, o “Apoio domiciliário pres-

tado pela equipa de cuidados continuados integrados (ECCI) e “Médico ao domicílio”.

. Mas 7% dos utentes recorrem a “Serviços privados de SAD” em acumulação com os da Misericórdia.

. Estes serviços privados a que os utentes de SAD recorrem são a “contratação de acompanhamento noturno”, confirmando que o acompanhamento noturno é a segunda maior necessidade do utente não respondida pelo atual modelo de SAD (a primeira maior necessidade é a “prestação dos serviços ao final do dia”). Recorrem ainda a “serviços de enfermagem”, a “cuidadores particulares para serviços no final do dia e ao fim de semana”, entre outros.

. Destaca-se negativamente que 26% das Misericórdias não possuem nenhum tipo de sistema de registo, isto é, nem em papel!

. Mas, 79% das Misericórdias fazem esse registo em papel. Apenas 18% das Misericórdias utilizam algum tipo de sistema informático ou tecnologia para os registos de SAD.

. Os principais motivos que levam o utente de SAD a solicitar a sua institucionalização são por esta ordem: 1º – “Aumento do grau de dependência”, 2º – “falta de retaguarda familiar”, 3º – “falta de acompanhamento noturno” e 4º – “isolamento/solidão/insegurança”.

. Mais especificamente, outros motivos que levam o utente de SAD a solicitar a sua institucionalização são:

1. Falta de condições habitacionais
2. Exaustão do cuidador
3. SAD com limitações a nível de horário e serviços
4. Acesso à prestação de serviços/ acompanhamento / segurança permanente
5. Incapacidade do cuidador

(falta de apoio, incentivo e formação aos cuidadores e familiares).

Estão assim identificados os serviços que urge serem disponibilizados de forma a se reestruturar esta resposta correspondendo às efetivas necessidades das comunidades.

Um Modelo Avançado de Serviço de Apoio Domiciliário

A NECESSIDADE DE CRIAR ESTRATÉGIAS PARA O ENVELHECIMENTO – PORQUÊ?

- . Porque “Não há mais a pessoa tipicamente velha”;
- . Porque uma vida mais longa será um recurso incrivelmente valioso – estudos, carreira profissional, atividades de lazer, sexualidade, felicidade;
- . Porque há uma amplitude de oportunidades consequentes do aumento da longevidade;
- . Porque para as pessoas com declínios na capacidade, os ambientes de apoio podem garantir que elas vivam dignas e com crescimento pessoal contínuo;
- . Porque a construção de um modelo único e pluridimensional pode ser um modelo para as entidades de economia social em Portugal que:
 - . Efetive a mudança das estratégias para o envelhecimento;
 - . Contribua para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e famílias;
 - . Retarde ou evite a institucionalização;
 - . Assegure aos indivíduos e famílias a satisfação de necessidades básicas;
 - . Preste cuidados de ordem física e apoio psicossocial às famílias e indivíduos, contribuindo para o seu equilíbrio e bem-estar;
 - . Colabore na prestação dos cuidados de saúde aliviando um SNS frequentemente em sobrecarga.

Por esse motivo, este projeto apoia a geração e o desenvolvimento de ideias de inovação social com o objetivo de fornecer às Misericórdias um modelo de aplicabilidade possível, independentemente da sua dimensão, incluindo metodologias práticas de como desenvolver cada uma das vertentes principais.

Se o Serviço de Apoio Domiciliário tem como fim proporcionar o bem-estar e o desenvolvimento individual das

pessoas, num clima de segurança afetiva, física e psíquica, através de um atendimento individualizado e personalizado e numa partilha de responsabilidades em todo o processo de acompanhamento;

Se esta resposta permite a permanência das pessoas no seu meio natural de vida, com os seus afetos e pertences, com possibilidade de novos relacionamentos por via dos cuidadores formais, que se deslocam ao domicílio podendo constituir para muitas dessas pessoas o único elo de ligação com o exterior; significa isto que o SAD requer mesmo que a flexibilidade da intervenção deva ser uma possibilidade a ter em conta permanentemente na gestão desta resposta social.

É que mediante a natureza dos tipos de cuidados domiciliários, devemos identificar dois tipos:

— **Os cuidados quotidianos**, a que chamamos “*the care*”, cujo objetivo se encontra centrado nas atividades que garantem alguma autonomia e que são essenciais ao funcionamento humano como: beber, comer, lavar-se, evacuar, mobilizar-se. A prestação deste tipo de cuidados possibilita o desenvolvimento da pessoa, mantendo a sua autoimagem e permitindo a relação com tudo e com todos;

— **Os cuidados de reparação**, “*the cure*”, ligados à necessidade de reparar o que constitui obstáculo à vida; têm como objetivo combater as fragilidades físicas e psicológicas, isto é, atacar as suas causas (adaptado de COLLIÈRE, 1989).

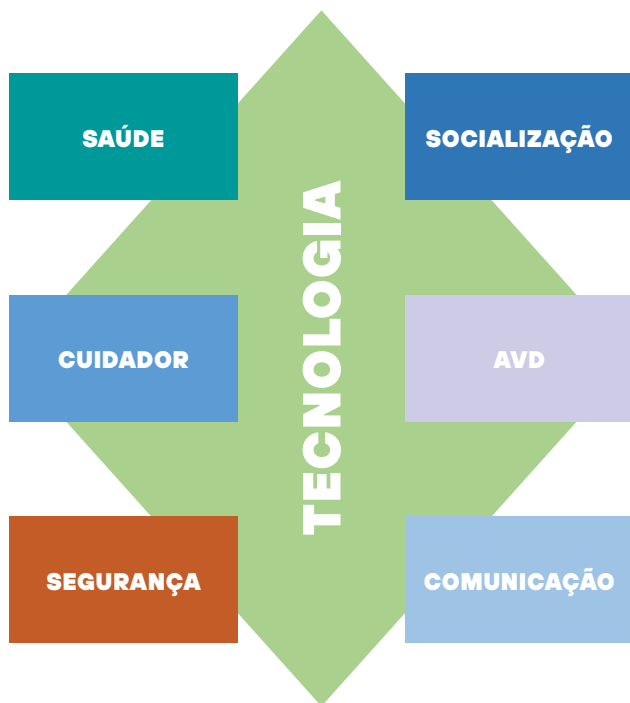
O “cuidar” e o “curar” devem centrar-se na ação sobre a pessoa como sujeito de cuidados, numa perspetiva biopsicossocial, isto é, deve contemplar não só os aspetos relacionais com a pessoa alvo de cuidados como também do seu meio ambiente.

O atual modelo vigente para o SAD não permite isto, sendo comum as pessoas terem a prestação de dois serviços quando apenas precisam de um ou terem apenas quatro

serviços quando precisam de seis, como confirmámos nos resultados do inquérito realizado às Misericórdias.

Estas necessidades alteram-se muitas vezes em pouco tempo e urge flexibilizar a ação de resposta por quem, em proximidade, está no terreno e conhece as pessoas.

Neste sentido, desenvolveu-se um modelo assente nos seguintes eixos:



Saúde

O paradigma de envelhecimento ativo, lançado pela Organização Mundial de Saúde em 2002, surgiu como resposta aos múltiplos desafios deste fenómeno. Este é caracterizado por três pressupostos fundamentais: a saúde, a participação social e a segurança, preconizando que o envelhecimento seja visto como um processo contínuo que se estende ao longo de todo o ciclo vital e como uma experiência positiva que, através de uma integração progressiva dos idosos na sociedade, permita uma expectativa de vida saudável com autonomia, independência e qualidade de vida (Veloso, 2015).

Numa perspetiva da saúde, o envelhecimento é um conjunto de processos dinâmicos, complexos e progressivos. Estes processos não afetam de modo igual todos os órgãos, sendo a deterioração mais rápida nos tecidos elásticos – aparelho respiratório, circulatório e pele – e mais lenta nos tecidos nervosos (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2004). Respeitando-se as limitações assinaladas e dentro de uma visão prioritariamente biogerontológica, o envelhecimento é, como anteriormente referido, um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas, que determinam perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte (Papaléo Netto, 1996).

A perda de autonomia associada ao envelhecimento pode ser causada por doença crónica ou derivar da perda de funções associadas ao processo de envelhecimento. No primeiro caso, são as doenças cardiovasculares, as doenças músculo-esqueléticas, as doenças respiratórias ou as doenças mentais que concorrem para a perda de autonomia e dependência. No segundo caso, a perda de capacidades surge associada à idade avançada dos indivíduos. Neste

sentido, importa considerar os termos de independência e autonomia, os quais estão estritamente associados à definição de Atividades de Vida Diária e contrários ao conceito de dependência (Fechine & Trompieri, 2012).

A OMS propõe, face ao exposto, um quadro de ação em saúde pública para o envelhecimento saudável. Neste quadro é possível identificar diversas oportunidades de promoção do envelhecimento saudável no percurso de vida, sempre com um objetivo comum: maximizar a capacidade funcional das pessoas idosas (World Health Organization, 2015), assim como é possível perceber que as ações dirigidas às pessoas com níveis altos e estáveis de capacidade intrínseca (capacidades físicas e mentais) visam aumentar ou manter estes níveis ao longo do tempo. Por outro lado, as ações dirigidas à população com redução das suas capacidades intrínsecas visam travar, reduzir, reverter e gerir estes quadros para que causem o menor impacto possível na capacidade funcional dessas pessoas (Saúde O. M., 2015).

Os diversos Programas e Estratégias Nacionais vigentes no setor da saúde refletem as principais prioridades nacionais no domínio da promoção da saúde da população ao longo do percurso de vida, da prevenção das doenças crónicas não transmissíveis e da readequação do sistema de saúde aos novos desafios em saúde (Saúde O. M., 2015), e, com os mesmos objetivos, é fulcral que o serviço de Apoio Domiciliário comece também a sofrer algumas transformações que espelhem esta preocupação nacional e que os adequem àquelas que serão as necessidades efetivas da população idosa.

Com base nestes pressupostos, e sob a convicção de criar uma abordagem integrada e multisectorial do Serviço de Apoio Domiciliário na vertente da Saúde, são propostos serviços que visam a promoção de iniciativas e práticas que visem reduzir a incidência, adiar o aparecimento e controlar o agravamento e o impacto das doenças crónicas e da redução das capacidades físicas e mentais nas pessoas e potenciar a sua autonomia.

AVALIAÇÃO EM SAÚDE

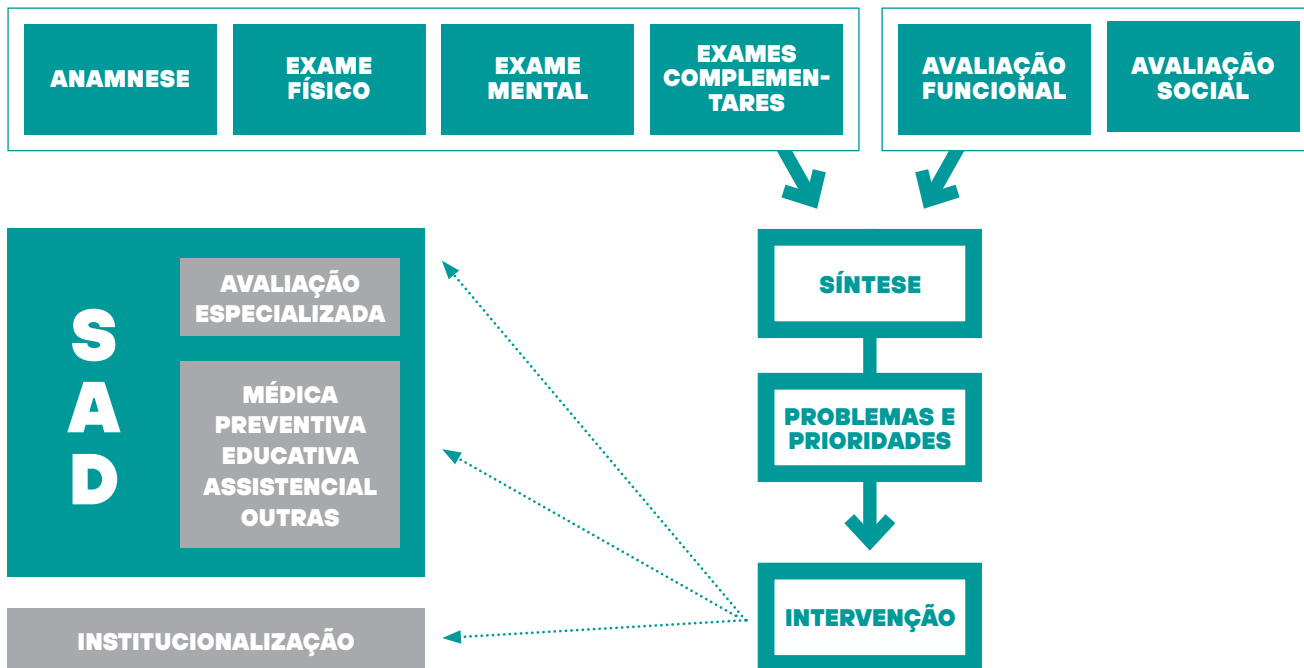
Ficha de Cuidados de Saúde:

- . Identificação do Utente;
- . Cuidadores informais e outros contactos;
- . *Familiares;*
- . *Informações do Centro de Saúde;*
- . Identificação das Entidades e Equipas Prestadoras de Cuidados Domiciliários;
- . *Informação Clínica:* problemas de saúde, *tipo de alimentação, consultas agendadas,* indicação terapêutica – informação genérica, medicação e indicação terapêutica, SOS – regras gerais de atuação;
- . *Folha de Ocorrências;*
- . *Notas (recolha de dados adicionais dos familiares).*

AVALIAÇÃO EM SAÚDE – SPMI

- . Escala de Lawton e Brody — autonomia do idoso para realizar as AVD instrumentais;
- . Classificação Funcional de Marcha de Holden;
- . Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage;
- . Mini Mental State Examination de Folstein;
- . Mini Nutritional Assessment.

AVALIAÇÃO GERIÁTRICA GLOBAL



TIPOLOGIA DE SERVIÇOS A DISPONIBILIZAR PELAS MISERICÓRDIAS

Unidade Móvel de Saúde com Equipas médicas e de enfermagem para:

- . Colheitas de sangue, expetoração e outros, para análises clínicas (Glicemia, Colesterol, entre outros);
- . Avaliação/Monitorização de sinais vitais;
- . Avaliação Sensorial (visão, audição, comunicação);
- . Avaliação da capacidade física (mobilidade e quedas);
- . Intervenção nas áreas do Sofrimento emocional, Incontinência, Cognição;
- . Monitorização da toma de medicação – redução / retirada de polimedicação com efeitos sedativos.

Consultas e atos médicos específicos no contexto do utente:

- . Psiquiatria;
- . Psicologia;
- . Fisioterapia;
- . Nutrição;
- . Oftalmologia/otorrino:
 - . CSP e/ou consultas hospitalares de especialidade;
 - . Referenciação para outras áreas específicas.

Atuação na componente Reabilitativa:

- . Terapia da fala;
- . Treino vesical;
- . Treino cognitivo;

- . Avaliação de iatrogenia e medicação excessiva associada;
- . Programas de treino cognitivo;
- . Redução/retirada de polimedicação com efeito sedativo;
- . Diretiva Antecipada de Vontade.

VANTAGENS PARA O UTENTE

- . Maior conexão e comunicação com os outros e o mundo em geral;
- . Diminuição do risco de evolução para situações de demência;
- . Diminuição da ocorrência de alterações comportamentais e psicológicas;
- . Redução da solidão e isolamento;
- . Cuidados centrados no Utente;
- . Valorização das prioridades do Utente;
- . Detecção precoce e intervenção.

LIMITAÇÕES E/OU OBSTÁCULOS

- . Adaptação acomodativa (negação, minimização e resignação face aos problemas por parte dos idosos);
- . Dificuldades económicas;
- . Infraestruturas existentes inadequadas e pouco ou nada adaptáveis;
- . Dificuldade por parte dos técnicos em avaliar, por limitação de formação ou treino;
- . Modelos atuais das participações financeiras do Serviço de Apoio Domiciliário.

EXEMPLOS DE FACILITADORES TECNOLÓGICOS

BIOBEAT:

Monitorização sem fios, não invasiva e contínua de indivíduos com uma variedade de condições médicas, incluindo acamados e com mobilidade reduzida, quer estejam em repouso ou em movimento.

Sinais medidos: Batimento cardíaco e variabilidade; Saturação SPO₂; Tensão arterial contínua; Pressão de pulso; Volume sistólico; Débito cardíaco; Resistência vascular; Sono

de qualidade; Notificação de quedas; Suor; Temperatura corporal; Passos e calorias; Frequência respiratória.

APP: Cloud Biobeat – todos os dados recolhidos são armazenados (cumprindo as normas HIPPA e RGPD); Monitorização em qualquer lugar de forma remota e contínua; Alertas não só para o utilizador, mas também para o profissional de saúde, cuidador ou familiar, quando é detetada alguma irregularidade.

SiDLY Care:

Medição do batimento cardíaco; Medição da temperatura da pele; Detecção de quedas e alerta (aviso é automaticamente enviado para o cuidador); Botão SOS (aviso é enviado para o cuidador quando o utilizador pressiona o botão); Localização GPS (enviada junto com os alertas); Alertas de medicação; Pedómetro; App e plataforma de monitorização.

Sensor care:

Kit composto por uma mala, um conjunto de sensores e uma aplicação móvel para *tablet*. Mede e regista alguns dados relevantes na ótica da prevenção de saúde, como por exemplo: peso, tensão arterial, ritmo cardíaco e oximetria. Os dados compilados são recolhidos através de Bluetooth pela aplicação móvel instalada no *tablet*, que os envia automaticamente para o registo pessoal de saúde (PHR).

Keepcare:

Trata-se de uma plataforma Web e respetiva app (para Android) que permite a comunicação efetiva entre os cuidadores e idosos e permite às instituições gerir os recursos, qualidade de serviço e seus idosos. Toda a solução está pensada no idioma nativo dos seus utilizadores, permitindo aos in-fuexcluídos sentirem-se familiarizados com o KeepCare. As aplicações estão preparadas ainda para comunicar com sensores de medição de parâmetros biomédicos. Desta forma, poderá recolher dados em tempo real, contínuo ou pontualmente, alertando para quando valores ultrapassem limites, previamente definidos.

EXEMPLOS DE APLICATIVOS MÓVEIS

Caixa de Remédios:

O app Caixa de Remédios está planeado para organizar os medicamentos e emitir lembretes para serem tomados na hora certa. O aplicativo organiza uma agenda e dá orientações sobre o uso de cada medicamento.

Smart Pressão Arterial (ou SmartBP):

SmartBP é uma aplicação que gere a pressão sanguínea e que permite gravar, acompanhar, analisar e compartilhar informações usando o Android.

“Hydro+ beba água”:

A app Hydro motiva-o a beber regularmente a quantidade de água adequada. A sua calculadora avaliará e sugerir-lhe-á quanta água o seu corpo necessita, sendo esse o objetivo diário. Como tal, e através de lembretes, esta app ajuda-o a não esquecer da hidratação diária. Poderá ainda observar e comparar gráficos e estatísticas dos seus resultados.

Segurança

A **Segurança** é uma das necessidades humanas fundamentais e assume-se como um direito declarado, tanto a nível pessoal como social, pela Declaração Universal dos Direitos do Homem (ONU, 1948).

O envelhecimento da população e a urbanização são duas tendências globais que, em conjunto, constituem forças fundamentais que estão a moldar o século XXI. À medida que as cidades crescem, aumenta a sua percentagem de residentes com idades superiores a 60 anos. As pessoas mais velhas são um recurso para as respetivas famílias, comunidades e economias, em meios envolventes que lhes proporcionam apoio e a possibilidade de capacitação. A OMS considera o envelhecimento ativo um processo contínuo, determinado por vários fatores que, isolados ou em conjun-

to, contribuem para a saúde, a participação e a segurança na terceira idade (Saúde O. M., 2008).

As quedas nas pessoas idosas têm um impacto imediato no seu dia a dia resultante da lesão local (principalmente fratura), com repercussões na sua independência e funcionalidade e acarretam importantes implicações sociais e económicas (World Health Organization, 2008). De facto, além das consequências diretas das lesões provocadas pelas quedas, também o medo de cair pode restringir a capacidade de realização das tarefas da vida diária, resultando em dependência, perda de autonomia e diminuição da qualidade de vida (Denkinger, Lukas, Nikolaus, & Hauer, 2015; Hoang, Jullamate, Piphatvanitcha, & Rosenberg, 2017; Tinetti, Mendes de Leon, Doucette, & Baker, 1994). Acresce que os custos de saúde, da dependência e da institucionalização induzidos pelas quedas exigem recursos acrescidos que têm reflexo na pessoa idosa, na família e na comunidade (Dellinger & Stevens, 2006) (Ambrose, Paul, & Hausdorff, 2013; Gelbard *et al.*, 2014). Por estas razões, a prevenção da queda na pessoa idosa tornou-se uma ação prioritária da Comissão Europeia na iniciativa Active and Healthy Ageing (European Commission, 2017), em que Portugal se insere (Pereira, *et al.*, 2017).

Os mais recentes desenvolvimentos tecnológicos, fruto da inovação interdisciplinar em diversos domínios, têm o potencial de reduzir a dependência dos idosos em geral, nomeadamente daqueles que sofrem de alguma forma de demência, atrasando a sua progressão e a institucionalização dos doentes. As “Assistive Living Technologies” (ALT) têm como objetivo fornecerem serviços e tecnologias que sejam capazes de melhorar a qualidade de vida, a autonomia e segurança dos idosos, bem como a sua saúde e integração social (Bechtold; Sotoudeh, 2013 *cit in* Ribeiro Ó. , 2014).

A crescente evidência de que tais tecnologias poderão oferecer serviços sem mais custos efetivos, estimularão as entidades oficiais, ao mesmo tempo que proporcionam aos cuidadores informais mais flexibilidade e mais suporte. Os idosos e os dependentes procurarão a sua autonomia,

independência e bem-estar, elementos que poderão ser proporcionados por estas novas tecnologias (Lewin *et al.*, 2010).

As “Assisted Living Technologies” (ALT) são tecnologias que utilizam sensores, dispositivos e sistemas de comunicação, destinados a prestarem, a partir de uma localização remota, Assisted Living Services (ALS) na casa de idosos ou de pessoas incapacitadas (Lewin *et al.*, 2010).

Num contexto de Segurança poderemos referir os sistemas de casas inteligentes, que utilizam sensores de diferente tipo, como infravermelhos, ultrassons ou de pressão, e que podem estar, por exemplo, colocados na cama ou no chão. Estas casas inteligentes permitem recolher informação sobre os seus habitantes, possibilitando então a intervenção posterior sempre e quando necessário.

Deste modo, ao falarmos de segurança num contexto de envelhecimento, considera-se o conjunto de iniciativas e ações que promovam a segurança em casa, prevenção do risco de incêndio, prevenção do risco de queda, alarmes de pânico, assim como segurança em:

. Prédios Públicos:

. Rampas, elevadores, escadas adaptadas, portas e corredores amplos, áreas de estar adequadas, etc.

. Espaços Públicos:

. Pisos antiderrapantes, passeios nivelados, vias acessíveis e sem obstáculos à mobilidade, cruzamentos seguros (semáforos para peões com mais tempo), sistemas de vigilância.

. Transporte:

. Piso rebaixado, assentos amplos, destinos para locais chave (hospitais, centros de saúde, centros comerciais, centros de convivência), assentos amplos e elevados, vigilância das estações ou locais de destino.

. Residência:

. Superfícies niveladas, elevadores (caso exista mais de um piso), corrimãos, casa de banho e cozinhas adaptadas, portas largas (cadeira de rodas, aparelhos facilitadores de marcha), sistemas de alarme e assistência centralizados e conectados às autoridades, fechaduras automatizadas.

AVALIAÇÃO EM SEGURANÇA

. Bateria de testes *fullerton advanced balance (fab) scale* — avalia o equilíbrio dinâmico e estático, sendo composto por dez testes cotados numa Escala Ordinal variando entre 0 (pior) e 4 pontos (melhor).

. Bateria de testes *senior fitness test (sft)* ajustado — avalia a aptidão funcional e é composto por oito testes — força inferior e superior, composição corporal (índice de massa corporal, IMC), flexibilidade inferior e superior; agilidade e capacidade cardiorrespiratória.

TIPOLOGIA DE SERVIÇOS A DISPONIBILIZAR PELAS MISERICÓRDIAS

. Diagnóstico precoce das situações de risco – evitar acidentes em casa e no exterior;

. Aconselhamento sobre adaptação da residência do utente às capacidades ambulatorias do próprio, reduzindo os obstáculos à locomoção e reduzindo os riscos domiciliários de queda;

. Serviços de manutenção da residência física do utente (oficina domiciliária);

. Otimização de afetação de meios e recursos, em função das verdadeiras prioridades, com possibilidade de acompanhamento em tempo real – manutenção da funcionalidade cognitiva do utente;

. Acompanhamento individual através da coordenação das ações com os vários agentes intervenientes no processo de resolução de incidentes (pedidos de ajuda, quedas, violações de zonas de segurança, deteção de mudanças comportamentais);

. Receção de alarmes sempre que o utente necessitar de auxílio;

. Apoio remoto aos utentes mesmo quando os cuidadores não estão em casa dos utentes;

. Ações de sensibilização em parceria com estruturas governamentais (PSP, Bombeiros, etc.) em *podcast* ou presenciais;

. Uso de dispositivos de localização *outdoor*;

- . Adaptações ao domicílio;
- . Vigilância Inteligente.

VANTAGENS PARA O UTENTE

- . Evitar acidentes que, considerando a idade, podem ser fatais;
- . Minimizar efeitos secundários de habitações não adaptadas;
- . Garantir o bem-estar do utente, podendo prestar um serviço diferenciador;
- . Retardar institucionalização;
- . Manter a vida independente;
- . Otimizar a qualidade de vida.

LIMITAÇÕES E/OU OBSTÁCULOS

- . Limitações físicas e cognitivas por parte do idoso;
- . Casas não adaptadas às limitações referidas;
- . Situações comuns de isolamento;
- . Não são comuns os serviços que se destinam à prevenção.

EXEMPLOS DE FACILITADORES TECNOLÓGICOS

Vivago Domi:

Este sistema permite analisar o comportamento do utilizador, com informação em tempo real, 24 h/365ano. Em função dos seus padrões normais de comportamento, podem ser lançados automaticamente sinais de alarme (*e.g.* em situações de inconsciência dos utentes), de forma personalizada, mesmo quando as circunstâncias impedem a utilização do botão de alarme dos relógios. Faz o lançamento de alarmes automáticos de forma personalizada no caso de ser identificado algo de anormal nos sinais de bem-estar rececionados por parte de um determinado utilizador, por exemplo, em eventuais cenários de queda, perda de consciência ou de desvio significativo face aos correspondentes padrões normais de atividade do utente.

Onecare safe:

Solução para acompanhamento de idosos, de pessoas com demência ou com necessidades especiais, em ambiente domiciliário e no exterior. A pessoa utiliza um dispositivo (sob a forma de pendente, bracelete ou no clip de cinto) que lhe

permite acionar um alerta para o prestador de cuidados e/ou familiar, bem como efetuar chamadas e/ou sms. O equipamento permite ainda ao familiar/cuidador saber a localização da pessoa, sempre que for necessário.

Vigilância Inteligente:

Serviço de ligação e Teleassistência através da Central de Controlo Operacional: A tecnologia instalada na casa deteta fumo, gás, intrusão e alarme automático perante queda ou imobilização prolongada.

EXEMPLOS DE APLICATIVOS MÓVEIS

Frailsurvey:

A condição de fragilidade pode ocorrer associada ao processo de envelhecimento e está relacionada com fatores fisiológicos e psicossociais que podem ser minimizados e retardados, de forma a prevenir-se a síndrome de fragilidade. Esta app mede esses fatores e calcula o índice de fragilidade humano.

Não deixe a vovó cair:

O jogo Não Deixe a Vovó Cair é um instrumento que auxilia a reduzir os riscos do ambiente domiciliário que propiciam a ocorrência de quedas nos idosos.

O ZoeMob Family Locator:

O Assistente familiar ZoeMob é um serviço criado para aproximar pais e filhos que permite que toda família se mantenha segura, comunique melhor e organize suas atividades e compromissos em comum.

Socialização

A maioria dos idosos resiste à ideia de deixar a sua casa, mesmo face a uma realidade de declínio físico e incapacidade para viver de forma independente, sendo sentida como uma perda de identidade, é o seu espaço que

fica para trás (King & Jonhson, in Hill, Thorn, Bowling & Morrison, 2002).

Nos idosos, os distúrbios psíquicos de maior incidência são as síndromes depressiva e demencial (Carvalho & Fernandez, in Netto, 2002). Na análise dos níveis de depressividade mencionados em idosos institucionalizados relativamente aos não institucionalizados, concluiu-se que também a depressividade varia em função do contexto habitacional do idoso (Barroso, 2006).

Também as perturbações de humor são um dos problemas de saúde mais comuns nos idosos, sendo responsáveis pela perda de autonomia e pelo agravamento dos quadros patológicos pré-existentes. Entre este tipo de problemas, a depressão é a mais frequente e está associada a um maior risco de morbilidade e de mortalidade, ao aumento da utilização dos serviços de saúde, à negligência no autocuidado, à não adesão aos regimes terapêuticos e a um maior risco de suicídio (Salgueiro, 2007). Relativamente ao suicídio, em Portugal, regista-se uma maior prevalência nos grupos etários acima dos 75 anos, sobretudo no sexo masculino (Gusmão, 2005).

Para Morrison (1997), o isolamento social não é saudável para os seres humanos, pelo que são as redes sociais (comunitárias) que fazem a diferença entre saúde e doença. Nesse sentido, para abordar o isolamento social é necessário ter em conta vários conceitos, como o suporte, o apoio e as redes sociais; e pode ser influenciado pelas diferenças linguísticas, cultura, etnia ou sistema religioso [(Berkman *et al*, 2000; Lubkin e Larsen; 2006) *cit in* (Santos, 2016)].

Para Paúl (2005), a rede social é concebida em três vertentes:

1. a integração social (frequência de contactos com os outros);
2. o apoio recebido (quantidade de ajuda efetivamente disponibilizada pelos elementos da rede);
3. e o apoio percebido (crença de que os outros significativos podem ajudar em caso de necessidade).

Para Berkman et al (2000), as redes sociais dizem respeito às redes de relações sociais e ao comportamento social e

interpessoal que envolvem o indivíduo e as características desses laços, incorporando quatro níveis de impacto na sua estrutura e função:

a) **A provisão de suporte social**, a qual por sua vez apresenta quatro dimensões: a emocional, pela “quantidade” de amor, carinho, simpatia, compreensão, valorização e estima disponível de outros, como é o caso de um(a) confidente ou pessoa íntima; a instrumental, relacionando-se com a ajuda, assistência ou suporte nas necessidades da vida prática, como as compras da mercearia, ir a consultas, telefonar, limpar, pagar as contas e outras assistências de géneros, dinheiro ou trabalho; a de valorização, para ajudar na tomada de decisão e na sua concretização e o *feedback* apropriado; e o informativo, que se direciona para o conselho ou informação sobre necessidades particulares.

b) **A influência social**, que se refere à influência entre uma ou mais pessoas, que podem ou não se conhecer, mas cujos comportamentos ou atitudes irão ter um impacto no outro.

c) **A conectividade e conexão social**, sendo que a primeira é a propriedade ou capacidade de conexão e a segunda refere-se à ligação/vínculo entre pessoas. Estas referem-se ainda ao tamanho da rede social, aos papéis sociais significativos, oportunidades de companheirismo e sociabilidade, e ainda um sentido de valor e pertença (Santos, 2016).

Assim, a satisfação na vida e a felicidade estão positivamente correlacionadas com a participação social, destacando-se os contactos sociais regulares.

d) O acesso a recursos humanos e materiais, pois o suporte social pode conceder ou restringir oportunidades.

Estas **dimensões do isolamento social já induzem a alguns fatores de risco**, os quais, segundo Nicholson (2012), podem ser distintos em diferentes categorias:

1. **Físicas**: excesso de peso associado a pobre imagem corporal e/ou a elevado número de problemas de saúde; doenças crónicas/problemas de saúde/saúde deteriorada; diminuição ou perda de algum dos sentidos, como a visão ou a audição; mobilidade alterada, incontinência urinária; alterações no

sono, como a insónia; ingestão excessiva de bebidas alcoólicas ou alcoolismo; tabagismo, declínio funcional e cognitivo; dificuldade nas atividades de vida diárias.

2. **Psicológicas:** satisfação baixa com a vida; depressão ou outros problemas de humor; distúrbio da personalidade; declínio cognitivo e relação direta com interação social e/ou qualidade da rede social; *stress*; demência.

3. **Económicas:** reforma baixa, diminuição nas redes sociais e nos contactos sociais; dificuldades financeiras, baixo rendimento económico (salário e *status* socioeconómico).

4. **Mudanças familiares e/ou laborais:** perdas e mortes de amigos ou familiares; perda do parceiro.

5. **Ambientais:** ambientes pouco seguros; níveis elevados de vandalismo; problemas com a vizinhança; viver sozinho(a); viver sozinho(a) por períodos cada vez maiores; não ser casado(a) ou estar divorciado(a); envelhecimento/idade mais avançada; nível de educação; relações sociais negativas; distância grande dos familiares; transportes/deslocação/mobilidade.

6. **Outros:** poucos(as) amigos(as) e/ou familiares; não ter filhos(as); medo de ser atacado(a); timidez; historial de institucionalização; historial de admissão em Psiquiatria.

Pelo exposto, e tendo em conta a realidade portuguesa, é imperativo que as Misericórdias utilizem todas as ferramentas que estão ao seu alcance para disponibilizar serviços de socialização que promovam a criação e/ou manutenção das redes sociais dos utentes.

AVALIAÇÃO EM SOCIALIZAÇÃO

- . Ecomapa
- . Genograma

TIPOLOGIA DE SERVIÇOS A DISPONIBILIZAR PELAS MISERICÓRDIAS

- . Programas de formação contínua e de produção de conhecimento;
- . Socialização efetiva da pessoa idosa considerando as redes de suporte social (formais e informais);

. Criação de padrões de socialização adequados entre a pessoa idosa e os cuidadores formais e informais através de Terapia Ocupacional ou programas e estimulação da Atividade Física;

. Criação de oportunidades de participação (atividades economicamente acessíveis e diversificadas):

. Visitas a museus, idas ao teatro, passeios ao ar livre, etc.;

. Desenvolvimento de atividades culturais e recreativas e de entretenimento no domicílio, tais como leitura, jogos, expressão plástica, (re)aprendizagem de línguas escritas e faladas;

. Turismo Sénior;

. Utilização de plataformas digitais com ensino e acompanhamento na utilização de redes sociais e aplicações de conversação e apoio social digital;

. Atividades de animação, estimulação cognitiva e sensorial, acompanhamento de saídas ao exterior (passeios, etc.);

. Criação de “Repúblicas Sénior” em alternativa aos cuidados no domicílio próprio;

. Senior Sitting – Acompanhamento ocupacional temporário diurno;

. Programa de Assistência por Pares;

. Universidades Sénior.

VANTAGENS PARA O UTENTE

. Promoção de sentido de integridade na trajetória de vida;

. Reforço da mobilidade com impacto positivo na autonomia e potencial melhoria da perceção individual da qualidade de vida;

. Melhoria nas relações interpessoais e respetivo impacto na qualidade de vida;

. Oportunidade diária de interação com os pares e outros significativos;

. Fortalecimento da rede de suporte informal;

. Acréscimo de conhecimento e experiências de lazer;

. Possibilidade de, apesar de possíveis limitações físicas, manter uma rede de apoio alargado e poder aceder a novos conhecimentos;

. Diminuição dos momentos em que está ou se sente sozinho;

- . Sensibilização da pessoa idosa para a importância da sua participação na sociedade;
- . Estimulação do contacto com os pares e da participação em atividades intergeracionais.

LIMITAÇÕES E/OU OBSTÁCULOS

- . Comprometimentos na autonomia devido a incapacidades adquiridas (défices sensoriais da mobilidade e/ou cognitivos);
- . Utilização recorrente de padrões de comunicação disfuncionais;
- . Isolamento e infoexclusão;
- . Dificuldades no acesso a equipamentos adaptados;
- . Falta de domínio e compreensão da importância e utilidade das formas de socialização;
- . Custo associado a criação de novos espaços que estimulem o contacto interpares;
- . Dificuldades na mobilização e comprometimento da pessoa idosa em novas tarefas.

EXEMPLOS DE FACILITADORES TECNOLÓGICOS

Produtos e serviços true-kare:

Serviço complementar ao apoio domiciliário para permitir um apoio remoto aos utentes, quando os cuidadores não estão em casa dos utentes. Permite diversas ajudas, como o apoio na toma de medicação, alertas para diversas tarefas quotidianas, controlo de indicadores de saúde localização e emergência.

Sioslife – for Younger Spirits:

Trata-se de um sistema interativo orientado para seniores, em áreas como estimulação cognitiva, estimulação física, comunicação simplificada, promoção da criatividade, culto religioso, entre muitos outros conteúdos multimédia. Comunicar por vídeo e voz, e um álbum de fotografias familiar são dois exemplos do que é possível com esta tecnologia.

EXEMPLOS DE APLICATIVOS MÓVEIS

Lumosity:

Desafie a sua memória com esta app. Com mais de 25 jogos, idealizados para treinar a sua memória e desafiar o seu cérebro, esta app ajuda a melhorar o seu desempenho cognitivo. Divirta-se ao mesmo tempo que cuida da sua saúde.

Be2:

Aplicativo de relacionamento amoroso além do já conhecido Tinder, mas para pessoas com mais de 60 anos. Podem ajustar as suas preferências, e fazer o “Match” perfeito.

Facebook:

O Facebook é um *site* e serviço de rede social em que os usuários publicam comentários, compartilham fotos e *links* para notícias. Além de outros conteúdos interessantes na web, também podem jogar, conversar e transmitir vídeos ao vivo. O conteúdo compartilhado pode ser disponibilizado publicamente ou apenas entre um grupo seletivo de amigos, familiares ou com uma única pessoa. Os usuários criam os seus perfis que podem incluir desde fotos até lista de interesses pessoais.

Comunicação

O processo de comunicação representa um dos fenómenos mais importantes da espécie humana. Compreendê-lo implica voltar no tempo, às origens da fala, ao desenvolvimento das linguagens e à verificação de como e porquê se modificou ao longo da história. A linguagem, a cultura e a tecnologia são elementos indissociáveis do processo de comunicação (Perles, S/D).

Na atualidade, as redes digitais impactam os próprios sistemas sociais, conjugam interesses comuns, e nesse aspeto podem ter longa duração e grande abrangência,

mesmo com uma possível fugacidade e restrição das aspirações que deram origem a esses interesses: como simples e rápidas trocas de serviços ou complexas trocas de informação.

A comunicação mediada por computador tem evoluído desde os serviços simples de texto, *chat* da internet e correio eletrônico, para serviços de multimídia mais poderosos, como sejam as conferências por vídeo, as mensagens instantâneas e, mais recentemente, os serviços das redes sociais *online* (Pires, 2010 *cit in* (Júdice, 2011)).

A comunicação é mais que uma simples troca de palavras, *“trata-se de um processo dinâmico verbal e não verbal, permitindo que duas pessoas se tornem acessíveis uma à outra, que consigam pôr em comum sentimentos, opiniões, experiências e informações”* Riopele (1996) *cit por* Berger (1995:475). Comunicar é relacionar-se com empatia. Mas para que uma verdadeira relação empática se estabeleça é necessário que se conjuguem vários fatores relacionados com as pessoas envolvidas no processo (Alves, 2003).

Ora neste sentido, o eixo da comunicação, integrado no Modelo Avançado de Serviço de Apoio Domiciliário, consiste, não só na articulação com serviços e/ou meios tecnológicos, mas também nas ações que possam ser desenvolvidas pelas Misericórdias, de forma a promover a manutenção e/ou criação das relações familiares ou sociais, dando resposta às eventuais necessidades dos utentes neste campo fundamental.

AVALIAÇÃO EM COMUNICAÇÃO

- . Manual de Exercícios – Comunicação Pessoal e Organizacional
- . Instrumentos de Diagnóstico de Necessidades Comunicação

TIPOLOGIA DE SERVIÇOS A DISPONIBILIZAR PELAS MISERICÓRDIAS

- . Rede de comunicação fechada a utilizadores autorizados, acessível e simplificada para cada utente;

. Facilitação de comunicação entre os utentes e os intervenientes do processo de SAD:

- . Criação/utilização de padrões de comunicação assertiva entre o idoso e os seus cuidadores;
- . Instalação de plataformas de comunicação *online* (Skype ou Zoom, por exemplo);
- . Agilização e facilitação da comunicação com órgãos e estruturas governamentais ou da comunidade;
- . Esclarecimento e Apoio na obtenção de Prestações Sociais (Complemento por Dependência, Pensão de Invalidez, Complemento Solidário para Idosos, entre outros);
- . Criação de rede de voluntários que prestem apoio regular, contínuo e previsível à pessoa idosa, mesmo que à distância;
- . Alargar as oportunidades de comunicação utilizando plataformas digitais:
 - . Apoio na realização de compras *online*;
 - . Apoio à utilização eficaz de serviços de teleassistência.
- . Reabilitação e treino cognitivo específico nas áreas da comunicação verbal e não verbal;
- . Desenvolvimento de aplicações digitais intuitivas e simples, facilitadoras da comunicação;
- . Aprendizagem e treino de competências de comunicação assertiva;
- . Ensino e supervisão do manuseamento e utilização das tecnologias.

VANTAGENS PARA O UTENTE

- . Possibilidade de expressar, eficazmente, aos outros as suas vontades, sentimentos e desejos;
- . Melhoria nas relações interpessoais estabelecidas e respetivo impacto na qualidade de vida;
- . Oportunidade de interação diária e de apoio de pessoas dentro e fora do núcleo familiar e de cuidados profissionais;
- . Fortalecimento de rede de suporte informal;
- . Possibilidade de, apesar de possíveis limitações físicas, manter uma rede de apoio social alargado;
- . Diminuição dos níveis de ansiedade nos momentos em que está sozinho.

LIMITAÇÕES E/OU OBSTÁCULOS

- . Comprometimentos na utilização da linguagem devido a incapacidades adquiridas (défices sensoriais e/ou cognitivos);
- . Utilização recorrente de padrões de comunicação disfuncionais;
- . Conflito relacional com a família;
- . Sobrecarga e exaustão dos cuidadores formais e informais;
- . Recrutamento de voluntários com perfil de comunicação adequado com a pessoa idosa;
- . Dificuldades no acesso a equipamentos adaptados;
- . Custo associado a alguns serviços;
- . Dificuldades na adesão da pessoa idosa à utilização dos equipamentos.

EXEMPLOS DE FACILITADORES TECNOLÓGICOS

DI.Valências

Solução para gerir as respostas sociais SAD, CD e ERPI. Abrange área social, operacional, gestão da qualidade, administrativa e financeira. Gere os processos de forma específica em cada uma das fases: candidatura, lista de espera, admissão. Permite definir os planos individuais e controlar a sua execução. Permite definir todo o tipo de AVD e serviços de SAD e outras respostas sociais, o seu planeamento, registo e controlo de execução.

EXEMPLOS DE APLICATIVOS MÓVEIS

Duolingo

É uma plataforma de ensino de idiomas que compreende um *site*, aplicativos para diversas plataformas e também um exame de proficiência digital. O Duolingo está disponível na Web, iOS, Android, Windows Phone e Linux e é uma boa forma de manter o cérebro ativo e aprender novas línguas.


iDosos

É um aplicativo especialmente direcionado para idosos, onde se aprenderá, através de tutoriais, como utilizar as funções básicas de um *smartphone* (Atender e fazer telefonemas; escrever, ler e responder mensagens de texto; adicionar, editar, excluir e ligar para um contacto na agenda, entre outros).

Skype

O Skype é uma app que permite que comunique por voz, por mensagem ou por videochamada com outras pessoas sempre que estiverem afastados.

Atividades de Vida Diária (AVD)

 O envelhecimento humano consiste num processo de mudança progressiva da estrutura biológica, psicológica e social das pessoas que se inicia antes do nascimento e se desenvolve ao longo da vida (Direção Geral de Saúde – DGS, 2004).

O envelhecimento não é um problema, mas um processo do ciclo vital que deve ser vivido de uma forma saudável e autónoma o maior tempo possível (DGS, 2004). Para isso, é necessário que as pessoas idosas se envolvam na vida social, económica, cultural, espiritual e civil, para que envelheçam de uma forma ativa (Soeiro, 2010).

A avaliação da capacidade funcional nos idosos é efetuada com base no desempenho das atividades de vida diária (AVD), sendo estas divididas em: atividades básicas de vida diária (ABVD), associadas ao autocuidado e à sobrevivência (como o alimentar-se, vestir-se, tomar banho, deambular, controlar esfíncteres); atividades instrumentais de vida diária (AIVD), que abrangem tarefas que permitem a manutenção da vida em comunidade (como realizar compras, utilizar o telefone, gerir assuntos económicos ou utilizar meios de transporte); e atividades avançadas de vida diária (AAVD), mais complexas, que se subdividem nos domínios físico, lazer, social e produtivo. Estas últimas exigem, como expectável, maiores níveis de funcionalidade (Dias, Andrade, Duarte, Santos e Lebrão, 2015).

Vários autores reforçam a ideia de que a preservação do desempenho das AVD é um fator protetor na conservação das funções mentais. Assim, um estilo de vida ativo

pode favorecer a proteção das funções cognitivas. Os idosos deverão ser incentivados a executar atividades quer instrumentais, quer intelectuais, visando a promoção ou manutenção da capacidade cognitiva.

Os cuidados à pessoa com independência para atividades de vida diária referem-se à companhia, supervisão e prevenção de riscos, execução de atividades menores (servir o prato, confirmar uso correto de medicamentos) e atenção a queixas e manifestações anormais.

As pessoas com classificação de independência para AVD necessitarão então de suporte em caso de algum risco eminente ou alterações iniciais de suas capacidades funcionais, ainda sem prejuízo de autonomia.

As principais condições que impõem a necessidade de um Cuidador mais permanente são o risco ou histórico de quedas, hipertensão descompensada com ou sem sequelas de agravamento, diabetes (medicamentos, dieta e acompanhamento da glicemia) e défices iniciais de memória com histórico de risco importante (esquecimento de gás ligado, por exemplo).

Assim, a principal atribuição do cuidador domiciliário é garantir a manutenção das Atividades de Vida Diária (ou AVD) das pessoas assistidas, ou seja, o conforto e o bem-estar da pessoa. Isso inclui uma série de tarefas relacionadas com o utente e o ambiente à sua volta de acordo com a suas capacidades funcionais.

O próprio Estado Português, reconhecendo este processo, para garantir a qualidade de vida e dos serviços prestados a todas as pessoas que se encontrem em situação de dependência, sejam elas idosas ou não, já contempla no diploma legal que define as condições de instalação e funcionamento do Serviço de Apoio Domiciliário, a Portaria n.º 38/2013, de 30 de janeiro, que “[a]s diferentes alterações que se têm verificado na sociedade atual, sobretudo a nível da organização familiar e da solidariedade intergeracional e social, conduzem um grande número de pessoas, em situação de dependência, a procurar no serviço de apoio domiciliário resposta para as suas necessidades

básicas e ou instrumentais da vida diária.” Lê-se ainda no mesmo diploma que, “[n]este contexto, o presente diploma vem proceder ao ajustamento desta resposta social às exigências de uma gestão eficaz e eficiente dos recursos e a uma gestão da qualidade e segurança que incide ao nível da equidade do acesso a cuidados flexíveis, transitórios ou de longa duração e, ainda, da promoção de famílias mais inclusivas e qualificadas para a prestação dos cuidados, garantindo condições para a permanência das pessoas no seu ambiente familiar.”

Partindo deste princípio e havendo a oportunidade e abertura para a modernização do SAD, faz todo o sentido que se reestruem as atividades e serviços para aquelas que são e serão, atualmente e num futuro breve, as reais necessidades dos utentes.

AVALIAÇÃO EM ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA

. Escala de Avaliação em AVD KATZ

TIPOLOGIA DE SERVIÇOS A DISPONIBILIZAR PELAS MISERICÓRDIAS

. Cuidados básicos:

- . Cuidados de higiene e conforto pessoal diários;
- . Distribuição de refeições - alimentação;
- . Cuidados de imagem.

. Apoio no tratamento de roupas (lavandaria);

. Higiene habitacional;

. Atividades instrumentais da vida quotidiana como aquisição ou apoio na aquisição de bens e serviços.

VANTAGENS PARA O UTENTE

. Melhoria da qualidade de vida;

. Oportunidade diária de interação significativa com os outros;

. Possibilidade de, apesar de possíveis limitações físicas, manter uma rede de apoio alargado nas AVD;

. Diminuição dos momentos em que está ou se sente sozinho;

. Cuidados centrados no Utente;

. Valorização das prioridades do Utente;

- . Garantir o bem-estar do Utente;
- . Retardar a institucionalização;
- . Manter a vida independente;

LIMITAÇÕES E/OU OBSTÁCULOS

- . A escassez de condições diversas no domicílio dos clientes;
- . Modelos atuais das comparticipações financeiras do Serviço de Apoio Domiciliário;

EXEMPLOS DE FACILITADORES TECNOLÓGICOS

TSR – Qualidade terceira idade

Simplifica o agendamento e o controlo na execução das tarefas/atividades, a realizar pelos colaboradores aos utentes da instituição. Funciona autonomamente dentro e fora da instituição.

MySenior

Agiliza a recolha de informações acerca das atividades diárias realizadas nas respostas sociais. Acesso fácil e rápido ao plano de cada utente, de forma a registar os cuidados prestados, sinais vitais, ocorrências e ausências. Elimina erros de comunicação por esquecimento ou comunicação diferida.

Gestão de atividades da vida diária

Pequeno terminal de recolha de dados de apenas 12 teclas, com grande autonomia de bateria e de utilização extremamente fácil por pessoas sem conhecimentos das novas tecnologias, permite manter os processos dos clientes devidamente organizados com os registos das atividades praticadas, local de registo, colaborador e/ou equipa, bem como da data e hora, tudo isto com 100% de fiabilidade.

EXEMPLOS DE APLICATIVOS MÓVEIS

Idoso Ativo

Programa de exercícios funcionais que foi elaborado por profissionais fisioterapeutas, com o objetivo de orientar e estimular os idosos a praticarem atividade física, com enfo-

que em membros inferiores e promover o controle da postura, do equilíbrio e da marcha, contribuindo, assim, para a melhora da realização das atividades de vida diária.

Apoio ao Cuidador

É produtor que o processo de envelhecimento seja encarado como natural e não como um problema. Contudo, para que seja vivenciado com autonomia e independência é necessária uma mudança nos comportamentos e nas atitudes da população, na formação dos profissionais de saúde e de apoio social, além de uma adaptação dos serviços de saúde e de apoio social às novas realidades sociais e familiares das pessoas idosas, assim como a adaptação do meio ambiente de acordo com as fragilidades que prevalecem com maior frequência nas pessoas com idade avançada (DGS, 2004).

Os cuidados a longo prazo são definidos pela OMS (2005, p.22) como os “*sistemas de atividades desenvolvidas por cuidadores informais (família, amigos e/ou vizinhos) e/ ou profissionais de saúde ou de serviços sociais*” para assegurar que a uma pessoa que não seja capaz de efetuar as suas atividades de vida diárias tenha uma maior qualidade de vida (OMS, 2000).

Desta forma, os cuidados assegurados em contexto domiciliário são frequentemente suportados por prestadores de cuidados informais, na maior parte das vezes, familiares ou vizinhos, existindo uma tendência para que estes cuidados sejam assegurados por mulheres. Esta tendência foi constatada pelo relatório do projeto Eurofamcare (2004) que, entre outros aspetos, já naquela altura traçou o perfil de cuidadores informais de pessoas idosas de Portugal. De acordo com este relatório, os cuidadores informais eram maioritariamente familiares da pessoa de quem cuidam (nomeadamente esposas ou filhas/noras); tinham idades

entre os 45 e os 55 anos (no caso de filhas/noras), ou 65 anos ou mais (no caso de esposas); residiam com a pessoa de quem cuidam; apresentam baixa escolaridade; prestam cuidados durante quatro ou mais horas e auferem, potencialmente, baixos rendimentos.

Mantendo-se a mesma caracterização, falamos de pessoas que necessitam de apoio para esta função, nomeadamente, capacitação para cuidar e, ainda assim, manter a sua qualidade de vida.

As tarefas asseguradas pelos cuidadores informais variam entre as mais simples (supervisão) e as mais complexas (higiene pessoal a um ente querido). Por isso estes cuidadores enfrentam no seu dia a dia enormes desafios, quer do ponto de vista físico quer emocional, sendo o dia a dia um *mix* de emoções positivas e negativas.

Segundo Bugalho (2005:90), a Segurança Social procura contribuir para uma política cada vez mais ampla de respostas inclusivas, melhorando a qualidade de vida das famílias quer nos seus aspetos económicos e pessoais, quer elevando o seu nível de cidadania e responsabilização no futuro coletivo de todos, numa intervenção que se quer cada vez mais participado e concertada por todas as áreas intervenientes nesta temática.

Assim, para além de se reconhecer o valor inestimável da família e dos vizinhos, que facilitam a permanência do idoso no seu quadro habitual de vida, entende-se que deverão ainda ser implementadas medidas de política, que favoreçam a manutenção dos idosos no seu domicílio e estimulem estes laços tradicionais, para além de se considerar pertinente o desenvolvimento de um Plano Gerontológico Nacional (Soeiro, 2010).

Nesta perspetiva, e com a publicação da Lei n.º 100/2019, de 06 de setembro, que define e regula o Estatuto do Cuidador Informal, é imperativo que as Misericórdias possam começar a prestar os serviços que estes necessitem numa vertente de cooperação e formação, cujo objetivo seja o seu bem-estar e o bem-estar do utente/pessoa. Exemplos desses serviços são:

AVALIAÇÃO DOS CUIDADORES

- . Índice para avaliação das satisfações do prestador de cuidados (CASI)
- . Índice para avaliação das dificuldades do prestador de cuidados (CADI)
- . Índice para avaliação do Índice de Gestão do prestador de cuidados (CAMI)

TIPOLOGIA DE SERVIÇOS A DISPONIBILIZAR PELAS MISERICÓRDIAS

- . Formação ao cuidador:
 - . Cuidar do doente, Adaptação do espaço, Higiene, Vestuário, Mobilização, Alimentação, Planeamento de situações de emergência;
 - . Informação (apoios e prestações sociais, atestado médico de incapacidade multiusos, como aceder e navegar nos recursos, etc.);
- . Aconselhamento sobre ajudas técnicas/produtos de apoio – tipologia e finalidades dos produtos, condições de aquisição (financiamentos e/ou planos prestacionais);
- . Serviços dedicados ao Cuidador em si;
- . Boas práticas sobre como cuidar de si, promoção de hábitos saudáveis, descanso do cuidador;
- . Promover contacto com outros Cuidadores;
- . Promover a saúde dos Cuidadores – análises médicas (unidades móveis de saúde);
- . Serviços de lavandaria e alimentação aos Cuidadores.

VANTAGENS PARA O UTENTE

- . Melhoria da qualidade de vida;
- . Melhoria no inter-relacionamento com os cuidadores;
- . Possibilidade de, apesar de possíveis limitações físicas, manter uma rede de apoio mais alargada e claramente mais capacitada;
- . Retardar a institucionalização;
- . Manter uma vida mais apoiada;

LIMITAÇÃO E/OU OBSTÁCULOS

- . Conflito relacional;
- . Sobrecarga e exaustão dos cuidadores;
- . Cuidadores com perfil relacional inadequado a pessoa idosa;
- . Dificuldades no acesso a serviços e equipamentos;
- . Falta de domínio e compreensão do processo de envelhecimento por parte dos cuidadores;
- . Custo associado a alguns serviços;
- . Dificuldades na adesão do cuidador ao cuidado partilhado.

EXEMPLOS DE FACILITADORES TECNOLÓGICOS

OneCareAAL

É um sistema integrado de monitorização inteligente das rotinas diárias, combinando à medida sensores de ambiente, jogos neurocognitivos e parâmetros de saúde e uma forte componente de socialização e divulgação cultural direcionada às motivações e interesses do sénior.

Este sistema pode ser configurado em função das rotinas diárias de cada um, constituindo um serviço através do qual os cuidadores recebem notificações acerca das rotinas diárias do sénior, podendo atuar precocemente quando estas apresentam desvios ao considerado normal.

EXEMPLOS DE APLICATIVOS MÓVEIS

Careceiver

A app Careceiver é uma solução inovadora que tem como objetivo facilitar a vida dos cuidadores de doentes crónicos, aliando a tecnologia à saúde e ao bem-estar.

Tecnologia

○ sucesso da inovação na área das Tecnologias da Informação e da Tecnologia em geral, não depende apenas do produto ou serviço, *per si*, mas também do ecossistema no qual está inserido o novo produto ou serviços. (Ribeiro Ó., 2014).

Neste ecossistema da inovação, há algumas características e dinâmicas que deverão ser tidas em conta para que se possa entender a difusão da inovação. Chakravorti (2004) identifica algumas características importantes a considerar. A primeira diz respeito à rede de externalidades. Cada rede gera economias de escala. Um outro elemento a ter em conta é o equilíbrio entre os principais *stakeholders* (Ribeiro Ó., 2014).

Tal como nos mercados, a rede de intervenientes procura o equilíbrio, assumindo-se que cada um age de acordo com os seus interesses. Como as interconexões entre os diferentes intervenientes é elevado, o resultado das suas escolhas depende ainda mais das respostas dos competidores. O inovador que desafia esse equilíbrio instalado, deverá procurar um novo *status quo*, correspondendo assim aos interesses do maior número possível de elementos da rede, que acolherão o novo produto ou serviço como a sua “melhor escolha”. A inovação poderá assim ter de se adaptar, ou mesmo de sacrificar alguns elementos, por forma a corresponder a este desiderato.

Sob a perspectiva de que vivemos num ecossistema da inovação, há algumas características e dinâmicas que deverão ser tidas em conta para que se possa entender a difusão da inovação.

Assim sendo, adaptando os serviços e equipamentos que já existem, e que na sua maioria já fazem parte do quotidiano do utente, podemos procurar almejar um equilíbrio e complementaridade, assumindo-se que cada um age de acordo com os seus interesses. O exemplo prático deste facto é a existência de relógios inteligentes e “*smartfits*” que medem com extrema precisão e emitem avisos de irregularidade em dados como ritmo cardíaco, pulsação anormal, temperatura corporal, energia em atividade entre outros, que poderão ser comunicados a serviços de saúde centrais. Como as interconexões entre os diferentes intervenientes podem ser agilizadas, estamos convictos de que a eficácia dos serviços aumentará substancialmente, e consequentemente, a satisfação e saúde dos utentes.

A maioria das pessoas mais velhas prefere permanecer na sua casa, na sua comunidade – desde que sejam capazes

de manter um nível desejado de autonomia e de bem-estar. O conceito de Ambient/Active Assisted Living (AAL) corresponde a um novo paradigma que explora as potencialidades de dispositivos tecnológicos ubíquos – isto é, a ideia básica de que a informática se insere na vida quotidiana das pessoas – assim como de novas formas de interação para uma vivência independente e em comunidade, contribuindo para que se evite/adié a institucionalização, também com recurso às cada vez mais diversificadas soluções tecnológicas (Wichert & Eberhardt, 2011). Estas soluções tecnológicas fazem uso de sensores, dispositivos e sistemas de comunicação desenhados para apoiar as pessoas mais velhas no desempenho das suas atividades do dia a dia (Lewin *et al*, 2010). Casas inteligentes, dispositivos móveis para monitorizar o estado de saúde ou a localização dos indivíduos; sensores concebidos para medir parâmetros bioquímicos, de movimento e sinais vitais; robótica destinada a gerir a toma de medicação, ingestão e preparação de alimentos são exemplos de soluções tecnológicas deste cariz (Rashidi, 2013).

Nesta área destaca-se a “*Gerontecologia*”, que significa o estudo do processo e necessidades provenientes do envelhecimento procurando soluções da tecnologia para melhorar a qualidade de vida de pessoas idosas.

A *Gerontecologia* tem por finalidade a criação de soluções e instrumentos que viabilizem a produção de equipamentos para uso doméstico ou no ambiente de trabalho, que adaptem o auxílio médico e capacitem os cuidadores formais e informais.

A *Gerontecologia* também tem importância na compensação das fragilidades humanas, auxiliando e otimizando as capacidades funcionais das pessoas. O desenvolvimento de dispositivos de auxílio e modificações nos ambientes para melhor prestar assistência às pessoas vão contribuir muito na manutenção da sua independência.

Dos mais simples ao mais complexo problemas, a tecnologia pode criar dispositivos que facilitem o manuseio de objetos domésticos, tais como abrir potes, para quem tem as mãos doridas por um reumatismo por exemplo,

levantar da poltrona, da cadeira, facilitar a locomoção, seja no uso de meios de transportes ou com o uso de uma bengala específica, reduzindo a carga das articulações, uso de barras em escadas e WC, andarilhos e cadeiras de rodas, sapatos adaptados com proteções almofadadas para amortecer impacto, etc.

Os avanços da tecnologia não otimizam apenas o tempo, mas também reduzem a necessidade de força física para as pessoas mais velhas.

Com o conhecimento da *Gerontecologia*, o mercado já pode proporcionar o aumento da segurança, eficiência e bem-estar às pessoas idosas.

Os cuidados domiciliários devem elencar o uso da tecnologia para manter os utentes ativos, integrados e independentes, compensando declínios, mantendo capacidades funcionais associadas à idade e restabelecendo a autonomia, sendo fundamental principalmente para os mais idosos.

Todos nós queremos envelhecer com qualidade de vida, saúde, conforto e segurança.

TIPOLOGIA DE SERVIÇOS A DISPONIBILIZAR PELAS MISERICÓDIAS

- . Fornecimento de sistemas de vigilância inteligente;
- . Palmilhas e pulseiras com geolocalização para utentes com demência;
- . Plataformas de gestão e consulta dos dados do processo;
- . Adequação dos serviços ao utente e não do utente ao serviço;
- . Estimulação cognitiva, estimulação física, comunicação simplificada, promoção de criatividade, culto religioso através de dispositivos e aplicações móveis;
- . Planos de treino e respetivas atividades através de aplicações móveis;
- . Dispositivos para espoletar alarmes e estabelecer redes de proximidade sempre que o utente necessitar de auxílio;
- . Apoio remoto aos utentes mesmo quando os cuidadores informais não estão em casa dos utentes;
- . Programas de estimulação da atividade física; adaptação do domicílio;

. Utilização de plataformas digitais com ensino e acompanhamento na utilização de redes sociais e aplicações de conversação e apoio social digital.

VANTAGENS PARA O UTENTE

- . Melhoria da qualidade de vida;
- . Oportunidade diária de interação significativa com os outros;
- . Possibilidade de, apesar de possíveis limitações físicas, manter uma rede de apoio alargada;
- . Retardar a institucionalização;
- . Manter a vida independente.

LIMITAÇÃO E/OU OBSTÁCULOS

- . Resistência à aprendizagem na utilização das tecnologias;
- . Dificuldades no acesso a serviços e equipamentos;
- . Falta de domínio e compreensão na utilização da tecnologia;
- . Custo associado a alguns serviços;
- . Limitações dependentes da idade funcional do idoso;
- . Limitações dependentes da incapacidade física para a utilização de alguns instrumentos tecnológicos.

EXEMPLOS DE FACILITADORES TECNOLÓGICOS

GPS SmartSole®

É um *chip* escondido e selado numa palmilha. A principal vantagem: GPS SmartSole® é discreto e não-invasivo! Mantendo os idosos mais seguros e independentes por um preço acessível.

MobileHelp

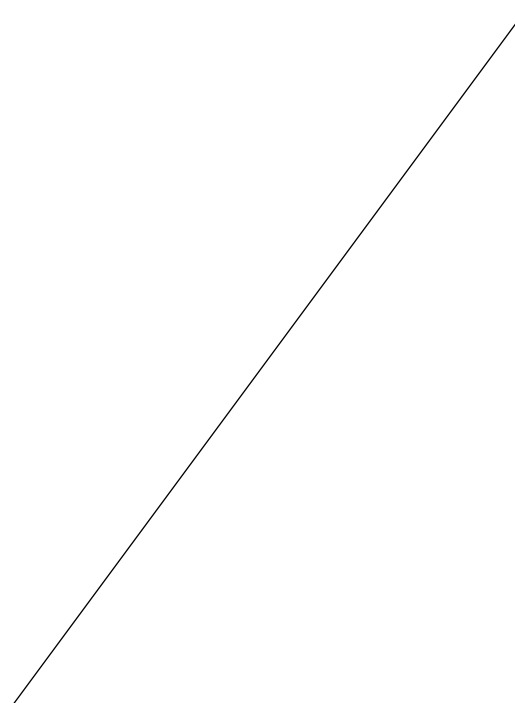
É um sistema duo que tem uma estação de base e uma unidade móvel. Em casa, ele funciona como um sistema de alerta médico tradicional. Longe de casa, a unidade móvel pode ser levada no bolso ou na mala. Um simples toque no botão conecta automaticamente o usuário a um operador MobileHelp de emergência que sabe onde ele está e podendo enviar ajuda para a sua localização exata, mesmo se o usuário não conseguir comunicar.

Fitbit

É dedicada a ajudar as pessoas a levar vidas mais saudáveis, mais ativas. Para o efeito, a empresa cria produtos inovadores e serviços *online* que aproveitam o poder das novas tecnologias para tornar as pessoas mais conscientes de suas atividades diárias e motivá-las a fazer mais para serem saudáveis.

O TabSafe

Sistema de gestão de medicamentos, com alertas e mensagens sobre o cumprimento, inventário e outras informações de saúde que é acessível a partir de qualquer dispositivo com Internet. A medicação é inserida pelo farmacêutico, proprietário ou familiar num cartucho (a sua conceção permite um tipo de medicação por cartucho ou vários medicamentos usando um cartucho multidose opcional).



Plano Previsional para Projeto-Piloto de Serviço de Apoio Domiciliário Avançado

Testamos a sustentabilidade financeira do modelo numa perspetiva “negativa” e com valores salariais inflacionados para verificar:

1. Se representará um projeto somente de encargos e sem resultados financeiros positivos ou sequer autossustentável;
2. Se é passível de ser aplicado logo desde a sua criação e fixar-se como resposta social sustentável;
3. Verificar se o setor privado vai continuar a aumentar a sua capacidade nos cuidados domiciliários.

Desta forma, o **Plano Previsional prevê a constituição de uma empresa de serviços domiciliários, para um modelo tipo com capacidade para 100 clientes**, que possibilite usufruírem dos serviços do modelo de acordo com a sua idade funcional.

Incluímos a contratação de categorias profissionais que não são obrigatórias no enquadramento legal e outras que apenas fazem sentido no setor privado.

Deduzimos que este projeto-piloto recorrerá a *outsourcing* para o fornecimento de alimentação.

Refira-se, ainda, que este Serviço de Apoio Domiciliário irá oferecer serviços médicos, de enfermagem e de reabilitação, com os quais se evitará a deslocação dos utentes para unidades hospitalares quando necessitem de determinados cuidados de saúde.

O horizonte temporal projetado foi de 10 anos (2019 a 2029), sendo 2019 o ano de arranque de atividade, tornando-se, por isso, o ano zero.

IMPLEMENTAÇÃO DO SAD

Na fase de implementação do SAD, o universo temporal preconizado foi delimitado em trimestres, considerando para o primeiro trimestre uma bolsa de 25 clientes, alargada para 50 clientes no segundo trimestre, 75 clientes no terceiro trimestre, com concretização da totalidade da capacidade, no quarto trimestre, com 100 utentes.

INVESTIMENTO NO ANO DE ARRANQUE	Valor Unitário		2019
Imobilizado Incorpóreo			11 677 €
Desp. Inst. Constituição da Empresa	710 €		710 €
Desp. Inst. Licenciamento	467 €	por unidade	467 €
Desp. Inst. Certificação ISO	10 500 €	por triénio	10 500 €
Despesas de Investigação e Desenvolvimento			
Propriedade Industrial e Outros Direitos			
Trespases			
Imobilizado Corpóreo			6 000 €
Terrenos e Recursos Naturais			
Edifícios e Outras Construções	0 €	por unidade	0 €
Equip. Básico Mobiliário	500 €	por colaborador	3 000 €
Equipamento de Transporte			
Ferramentas e Utensílios			
Equip. Admin. Computadores	500 €	por colaborador	3 000 €
Outras Imobilizações Corpóreas			
TOTAL INVESTIMENTO			17 677 €

FIGURA 43 – INVESTIMENTO INICIAL

Releva referir que na análise foram tidos em conta as tipologias de serviços a implementar, os indicadores de recursos humanos legalmente aconselhados para esta tipologia de serviços, bem como o número de clientes em perspetiva.

CUSTOS COM PESSOAL

Relativamente aos custos com o pessoal para o primeiro ano de atividade normal estimam-se gastos de 404 045 €, para com 32 trabalhadores (considerando uma frequência anual média de 63 utentes em SAD). Estes custos foram projetados com o aumento da taxa de inflação estimando-se

passarem de 404 045 €, no 1.º ano de atividade (velocidade cruzeiro) para 558 720 € no 10.º ano de atividade (2029), reforça-se, no entanto, a manutenção do mesmo número de trabalhadores, já que este número apenas aumenta com o crescimento do número de clientes, e neste caso, o equipamento já está a operar na capacidade máxima no último trimestre do 1.º ano.

Os valores refletem o Seguro de Acidentes de Trabalho (taxa de 2.00%), Subsídio de Alimentação por dia/ trabalhador (22 dias x 6,41 €), Subsídio de Turno (25%) e gastos com Higiene e Segurança no Trabalho.

Rácio	Base Salarial	Recursos Humanos/Tabela Salarial Propostas/Número de Clientes			
		25	50	75	100
Administração	2 908 €				
Quadros/Advogados	2 093 €				
Contabilistas	1 745 €				
Diretor Técnico	1 500 €	1	1	1	1
Ajudantes Domiciliárias	680 €	13	17	21	25
Vendedor Lojas	698 €	1	1	1	1
Trabalhador Serv. Gerais	615 €				
Animador Social	761 €	1	1	3	3
Administrativo	756 €	1	1	1	1
Téc. Reabilitação/Terap. Ocupacional	1 120 €	1	1	1	1
Cozinheiro	756 €				
Ajudante de Cozinheiro	640 €				
Médicos	2 326 €	0,5	0,5	1	1
Enfermeiros	1 396 €	1	1	2	2

FIGURA 44 – RÁCIO DE RECURSOS HUMANOS/CLIENTE/ENCARGO SALARIAL

	Valor Unitário	Base	CF	CV	2019	2020T1	2020T2	2020T3	2020T4	2021T1	2021T2	2021T3	2021T4	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
Tratamento de Roupa *	40	mês p/ utente	1	1		3.010	6.042	9.094	12.168	12.210	12.253	12.296	12.338	30.315	49.097	50.235	51.239	52.264	53.309	54.376	55.463	56.572	57.704
Eletricidade	250	mês p/ imóvel	1	1		753	755	758	761	763	766	768	771	3.026	3.069	3.140	3.202	3.267	3.332	3.398	3.466	3.536	3.606
Combustíveis	20	dia p/ carro	1	1		12.644	16.313	20.008	23.728	23.810	23.893	23.976	24.060	72.692	95.739	97.958	99.917	101.915	103.953	106.033	108.153	110.316	112.523
Água	125	mês p/ imóvel	1	1		376	378	379	380	382	383	384	386	1.513	1.534	1.570	1.601	1.633	1.666	1.699	1.733	1.768	1.803
Ferramentas e Utensílios	160	mês p/ ajudante	1	1		6.262	8.217	10.186	12.168	12.210	12.253	12.296	12.338	36.832	49.097	50.235	51.239	52.264	53.309	54.376	55.463	56.572	57.704
Livros e Documentação Técnica				1																			
Material de Escritório		ano p/ colab.	1	1																			
Artigos para Oferta - Microondas	30	p/ utente	1	1		753	755	758	761					3.026									
Rendas	4.138	mês p/ imóvel	1	1		12.456	12.499	12.543	12.586	12.630	12.674	12.718	12.762	50.084	50.785	51.962	53.001	54.061	55.142	56.245	57.370	58.517	59.687
Despesas de Representação				1																			
Comunicação				1																			
Seguros	150	mês p/ imóvel	1	1		452	453	455	456	458	459	461	463	1.816	1.841	1.884	1.921	1.960	1.999	2.039	2.080	2.121	2.164
Seguro Automóvel	40	mês p/ carro	1	1		843	1.088	1.334	1.582	1.587	1.593	1.598	1.604	4.846	6.383	6.531	6.661	6.794	6.930	7.069	7.210	7.354	7.502
Transportes de Pessoal				1																			
Deslocações e Estadas				1																			
Honorários – Apoio Jurídico *	5	mês p/ utente	1	1		376	755	1.137	1.521	1.526	1.532	1.537	1.542	3.789	6.137	6.279	6.405	6.533	6.664	6.797	6.933	7.072	7.213
Honorários – Contabilista *	6	mês p/ utente	1	1		452	906	1.364	1.825	1.832	1.838	1.844	1.851	4.547	7.365	7.535	7.686	7.840	7.996	8.156	8.319	8.486	8.656
Honorários – Médicos *		mês u.n	1	1		4.085	4.099	4.113	4.128	4.142	4.156	4.171	4.185	16.424	16.654	16.706	17.040	17.381	17.729	18.083	18.445	18.814	19.190
Honorários – Enfermagem *		mês u.n	1	1		9.803	9.837	9.872	9.906	9.941	9.975	10.010	10.045	39.418	39.970	40.094	40.896	41.714	42.549	43.400	44.268	45.153	46.056
Conservação e Reparação				1																			
Limpeza, Higiene e Conforto *	100	mês p/ imóvel	1	1		301	302	303	304	305	306	307	308	1.210	1.227	1.256	1.281	1.307	1.333	1.359	1.387	1.414	1.443
Vigilância e Segurança *	50	mês p/ imóvel	1	1		151	151	152	152	153	153	154	154	605	614	628	640	653	666	680	693	707	721
Leasing (c/ transf. veículos)	250	mês p/ carro	1	1		5.268	6.797	8.336	9.887	9.921	9.955	9.990	10.025	30.288	39.891	40.816	41.632	42.465	43.314	44.180	45.064	45.965	46.884
Custos com Comunicações	20	mês p/ ajudante	1	1		783	1.027	1.273	1.521	1.526	1.532	1.537	1.542	4.604	6.137	6.279	6.405	6.533	6.664	6.797	6.933	7.072	7.213
Custos com IT	300	mês	1	1		903	906	909	913	916	919	922	925	3.631	3.682	3.768	3.843	3.920	3.998	4.078	4.160	4.243	4.328
Subscrições				1																			
Custos com Artigos Variados				1																			
Catering	5	dia p/ utente	1	1		11.289	22.657	34.104	45.630	45.789	45.948	46.108	46.269	113.680	184.114	188.380	192.148	195.991	199.910	203.909	207.987	212.147	216.390
Correios e Expedição				1																			
Marketing	40.000	p/ unidade	1	1	40.000	20.280	10.140	5.070	5.070	5.141	5.141	5.141	5.141	40.560	20.564	21.224	21.649	22.082	22.523	22.974	23.433	23.902	24.380
Subscrições				1																			
FSE – Custos Fixos			19%			20.749	22.755	24.774	26.808	26.901	26.995	27.089	27.183	95.087	108.167	110.673	112.887	115.145	117.447	119.796	122.192	124.636	127.129
FSE – Custos Variáveis			81%		40.000	70.489	81.323	97.372	118.638	118.341	118.735	119.131	119.528	367.822	475.735	485.805	495.521	505.431	515.540	525.851	536.368	547.095	558.037
TOTAL FSE					40.000	91.239	104.078	122.147	145.445	145.242	145.730	146.219	146.711	462.909	583.902	596.478	608.408	620.576	632.987	645.647	658.560	671.731	685.166

FIGURA 45 – FORNECIMENTOS E SERVIÇOS EXTERNOS VALORES EM EUROS

* OUTSOURCING

SERVIÇOS E FORNECIMENTOS EXTERNOS

No primeiro ano de atividade, o total de custos de exploração apresentados são referentes apenas a uma média mensal de 62,5 clientes a frequentar o SAD, sendo que nos anos seguintes o valor é muito superior dado que é consi-

derado o funcionamento normal, abrangendo a totalidade da capacidade instalada.

No total dos custos de Fornecimentos e Serviços Externos, verificamos que a rubrica com maior impacto financeiro se reporta a gastos com Alimentação (113 680 €), seguida das

valor mensal a cobrar por cliente, e somente para um serviço padrão (a que chamámos *kit* básico), de **980 €**.

Ora, o serviço padrão (*kit* básico) incluiria:

- . Avaliação de necessidades (Avaliação Individual de Cuidados e respetivo PIC e o Plano de Comodidade e Conforto);
- . Alimentação Base (duas refeições principais e uma secundária);
- . Higiene pessoal (banho, unhas e cabelo);
- . Higiene habitacional (realizar e preparar lista de compras; supervisionar a manutenção doméstica geral; organizar e limpar; tratar das plantas caseiras e assistência a animais domésticos);
- . Teleassistência (sistema de alerta telefónico que garante proteção 24h/dia, dispondo de assistência imediata em situações de emergência ou insegurança – a base deste sistema assenta num *call center*);
- . Saúde I: Dispensador de Medicamentos (elaborado semanalmente por enfermeiro);
- . Saúde II: Monitorização de sinais vitais (efetuada diariamente por ajudante com supervisão semanal pelo enfermeiro);
- . Saúde III: Sistema de coleta e análise de dados vitais (colocação dos dados em plataforma acessível possibilitará que a qualquer hora o médico reveja os indicadores, gerindo necessidades de intervenção. Estará presencialmente com o cliente, numa base mensal).

Neste cenário, o projeto poderá obter volumes de negócios crescentes, desde o primeiro ano de atividade (2020) com um valor provisional de 735 000 € respeitantes a 12 meses de funcionamento. Ressalvamos que, para o cálculo do volume de negócios, aplicou-se a multiplicação da mensalidade base do SAD com o “*kit* básico”, pelo número de clientes e meses de serviço contratado.

A demonstração de resultados provisionais aponta logo para um crescimento do volume de negócios do primeiro trimestre de 2020 para o segundo trimestre de 2020.

Com o aumento de apenas 25 clientes (verificado no total de 50 clientes), o volume de negócios cresce 100% passando o volume negocial, necessariamente de 73 500 € para 147 000 €.

Ao atingir os 75 clientes aumentará em 50% em relação aos 50 clientes e ao chegar aos 100 clientes haverá um cresci-

mento de 34% em relação aos 75 clientes, passando a um volume de negócios no valor de 294 000 €.

Após atingir os 100 clientes (a partir do quarto trimestre de 2020 e seguintes), o volume de negócios tem uma baixa oscilação, sendo que a pouca variação que ocorre é devida à inflação.

Os anos com maior necessidade de reforço ao nível de fundo de maneio serão 2020 e 2021, apurando-se a desnecessidade de investimento em fundo de maneio em 2022, os montantes nos anos seguintes não impactarão de forma alguma como nos anos iniciais.

Equacionados os parâmetros de análise, os ativos são suficientes para cobrir as obrigações de curto prazo, ou seja, para haver liquidez corrente o valor calculado tem de ser superior a 1, pois só desta forma é que o capital de giro líquido é positivo. No ano de arranque efetivo do SAD, 2020, por exemplo, para um 1% do passivo a empresa terá 2% de ativo. Posto isto, verifica-se a existência de liquidez corrente, pois o ciclo Ativo/ Passivo é autossustentável.

MAPA DE CASH FLOWS OPERACIONAIS

Através do mapa de *Cash Flows* pode ter-se uma maior noção da análise de desempenho em termos monetários do projeto. Assim sendo, e tendo em conta todos os investimentos a realizar, os seus *Cash Flows* são sempre positivos, à exceção do ano zero (2019) e ano de implementação (2020), uma vez que nesses anos existe forte investimento (investimento em capital fixo e investimento em fundo de maneio), e devido a esse facto somente em 2024 é que o *Cash Flow* acumulado do MA(i)SAD se torna positivo.

Verifica-se que nos dois primeiros anos o *Free Cash Flow* gerados pelo projeto é negativo. O valor negativo relativo ao ano 2019 deriva do elevado custo de fornecimentos e serviços externos variáveis desse mesmo ano (ano prévio ao arranque do serviço SAD) que seria na ordem dos 50 429 €.

Em 2020, o custo dos fornecimentos e serviços externos apresentam um aumento acentuado, passando para 367 822 € (arranque da prestação de serviços ao público), contudo,

Número de Utentes		100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
Resultado Líquido	-50.429	-136.971	87.866	82.045	86.619	85.584	87.368	89.188	90.873	92.767	94.698
Amortizações do exercício		5.017	5.017	5.017	1.126	4.913	4.913	4.913	5.146	5.145	5.145
Provisões do exercício											
Gross Cash Flow	-50.429	-131.954	92.883	87.062	87.745	90.498	92.282	94.101	96.019	97.912	99.843
Investimento em Fundo de Maneio		-64.231	-50.912	107	-1.007	-3.446	-2.294	-1.334	-2.891	-2.934	-1.416
Cash Flow de Exploração	-50.429	-196.185	41.971	87.169	86.738	87.052	89.988	92.767	93.127	94.978	98.427
Investimento em Capital Fixo	-17.677				-14.366			-12.061	-6.000		-12.799
Free Cash Flow	-68.106	-196.185	41.971	87.169	72.372	87.052	89.988	80.706	87.127	94.978	85.627
Cash Flow Acumulado	-68.106	-264.290	-222.320	-135.151	-62.779	24.273	114.261	194.967	282.094	377.072	462.699

FIGURA 47 – CASH FLOWS VALORES EM EUROS

apesar desse aumento em relação a 2019, acaba por haver uma influência positiva no Resultado Líquido, visto que também há um aumento do volume de negócios muito relevante, passando de 0 euros (2019) para 735 000 € (2020), o que anulará o aumento dos fornecimentos e serviços externos e influenciará positivamente o Resultado Líquido.

Com o aumento do Resultado Líquido seria de esperar que o *Free Cash Flow* também melhorasse, contudo ocorre o inverso e o *Free Cash Flow* em 2020 torna-se ainda mais negativo que em 2019. A explicação para tal deve-se ao facto de ter sido necessário investir em fundo maneio no ano de 2020, coisa que não acontece em 2019.

Apesar de o investimento em capital fixo ter sido menor em 2020 que em 2019, este facto não é o suficiente para melhorar o *Free Cash Flow*, pois a variação do investimento em fundo de maneio será necessariamente muito elevada, continuando a influenciar negativamente o *Free Cash Flow*. Ou seja, só no ano de 2021 e seguintes é que a estrutura do projeto terá disponibilidade financeira para assegurar as suas responsabilidades, cumprir as suas obrigações mensais e manter-se autonomamente em funcionamento.

DEMONSTRAÇÃO DE RESULTADOS

De uma forma geral, os resultados sofreram uma evolução favorável no decorrer da vida útil do projeto, consequência de uma continuidade favorável previsível da atividade do serviço.

Em relação à análise da Demonstração de Resultados, constata-se que os resultados líquidos, à exceção do primeiro ano, alcançaram uma variação positiva ao longo de todo o projeto, atingindo um resultado de 373 966 € no último ano.

Esta evolução positiva dos resultados líquidos deve-se à manutenção do volume da prestação de serviços por contrapartida de uma redução do valor das amortizações e dos custos de financiamento.

Em termos de custos de financiamento, considerámos os iniciais, inerentes à constituição, aquisição de equipamento diverso e viaturas, bem como os suportados por via de fornecimentos e serviços externos. Após a análise anterior em relação ao volume de negócios, através da demonstração de resultados provisional conseguimos confirmar este mesmo crescimento.

Relativamente ao EBITDA no primeiro, segundo e terceiro trimestre de 2020, este é negativo, isto deve-se ao facto do elevado peso dos fornecimentos e serviços exter-

nos totais (fixos e variáveis) e dos custos com pessoal, pois são mais elevados que o volume de negócios desses mesmos anos.

Contudo, no último trimestre de 2020 o volume de negócios tem um aumento que é o suficiente para suportar os FSE e gastos com pessoal, tornando o EBITDA positivo, aumen-

tando o lucro para combater os juros, impostos, depreciações e amortizações.

O EBIT no primeiro, segundo e terceiro trimestres de 2020 é negativo, pois o peso dos fornecimentos e serviços externos totais (fixos e variáveis) e dos custos com pessoal são mais elevados que o volume de negócios desse mes-

	2019	2020T1	2020T2	2020T3	2020T4	2021T1	2021T2	2021T3	2021T4	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
Prestação de Serviços / Vendas		73.500	147.000	220.500	294.000	298.116	298.116	298.116	298.116	735.000	1192.464	1199.520	1223.510	1247.981	1272.940	1298.399	1324.367	1350.854	1.377.871
% Crescimento Vendas			100,0%	50,0%	33,3%	1,4%					62,2%	0,6%	2,0%	2,0%	2,0%	2,0%	2,0%	2,0%	2,0%
Outras Receitas																			
Volume de Negócio		73.500	147.000	220.500	294.000	298.116	298.116	298.116	298.116	735.000	1192.464	1199.520	1223.510	1247.981	1272.940	1298.399	1324.367	1350.854	1.377.871
(-) Variação da Produção																			
CMVMC																			
Outros custos variáveis (vendas)																			
FSE Variáveis Vendas	-40.000	-70.489	-81.323	-97.372	-118.638	-118.341	-118.735	-119.131	-119.528	-367.822	-475.735	-485.805	-495.521	-505.431	-515.540	-525.851	-536.368	-547.095	-558.037
Margem Bruta		73.500	147.000	220.500	294.000	298.116	298.116	298.116	298.116	735.000	1192.464	1199.520	1223.510	1247.981	1272.940	1298.399	1324.367	1350.854	1.377.871
% Margem Bruta/VN		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Margem Bruta de Contribuição	-40.000	3.011	65.677	123.128	175.362	179.775	179.381	178.985	178.588	367.178	716.729	713.715	727.989	742.549	757.400	772.548	787.999	803.759	819.834
MBC/VN		4,1%	44,7%	55,8%	59,6%	60,3%	60,2%	60,0%	59,9%	50,0%	60,1%	59,5%	59,5%	59,5%	59,5%	59,5%	59,5%	59,5%	59,5%
FSE Fixos		-20.749	-22.755	-24.774	-26.808	-26.901	-26.995	-27.089	-27.183	-95.087	-108.167	-110.673	-112.887	-115.145	-117.447	-119.796	-122.192	-124.636	-127.129
Resultado Económico	-40.000	-17.739	42.922	98.353	148.555	152.874	152.386	151.897	151.405	272.091	608.562	603.042	615.103	627.405	639.953	652.752	665.807	679.123	692.706
Impostos																			
Custos com o Pessoal	-10.429	-77.687	-91.569	-105.546	-119.620	-120.314	-120.726	-121.140	-121.555	-404.045	-483.999	-486.400	-496.128	-506.050	-516.171	-526.495	-537.024	-547.765	-558.720
% CP/VN		105,7%	62,3%	47,9%	40,7%	40,4%	40,5%	40,6%	40,8%	55,0%	40,6%	40,5%	40,5%	40,5%	40,5%	40,5%	40,5%	40,5%	40,5%
Outros Custos Operacionais																			
Outros Operacionais																			
EBITDA	-50.429	-95.425	-48.647	-7.193	28.934	32.560	31.660	30.757	29.850	-131.954	124.563	116.642	118.975	121.355	123.782	126.257	128.782	131.358	133.985
Margem EBITDA		-129,8%	-33,1%	-3,3%	9,8%	10,9%	10,6%	10,3%	10,0%	-18,0%	10,4%	9,7%	9,7%	9,7%	9,7%	9,7%	9,7%	9,7%	9,7%
Amortizações		-1.254	-1.254	-1.254	-1.254	-1.254	-1.254	-1.254	-1.254	-5.017	-5.017	-5.017	-1.126	-4.913	-4.913	-4.913	-5.146	-5.145	-5.145
Provisões																			
EBIT	-50.429	-96.680	-49.901	-8.447	27.680	31.306	30.406	29.503	28.596	-136.971	119.546	111.625	117.849	116.441	118.869	121.344	123.636	126.213	128.840
Margem EBIT		-131,5%	-33,9%	-3,8%	9,4%	10,5%	10,2%	9,9%	9,6%	-18,6%	10,0%	9,3%	9,6%	9,3%	9,3%	9,3%	9,3%	9,3%	9,4%
Resultados Antes de Impostos (RAI)	-50.429	-96.680	-49.901	-8.447	27.680	31.306	30.406	29.503	28.596	-136.971	119.546	111.625	117.849	116.441	118.869	121.344	123.636	126.213	128.840
Impostos sobre os lucros						-8,2%	-8,05%	-7,81%	-7,57%		-31,680	-29,581	-31,230	-30,857	-31,500	-32,156	-32,764	-33,446	-34,143
Resultado Líquido	-50.429	-96.680	-49.901	-8.447	27.680	23.010	22.348	21.684	21.018		87.866	82.045	86.619	85.584	87.368	89.188	90.873	92.767	94.698
% DO RESULTADO LÍQUIDO S/VN		-131,5%	-33,9%	-3,8%	9,4%	7,7%	7,5%	7,3%	7,1%	-18,6%	7,4%	6,8%	7,1%	6,9%	6,9%	6,9%	6,9%	6,9%	6,9%
RESULTADO OPERACIONAL POR UTENTE		-3.867	-998	-113	277	313	304	295	286	-1.370	1.195	1.116	1.178	1.164	1.189	1.213	1.236	1.262	1.288
CUSTO POR UTENTE		6.807	3.938	3.053	2.663	2.668	2.677	2.686	2.695	8.720	10.729	10.879	11.057	11.315	11.541	11.771	12.007	12.246	12.490

FIGURA 48 – DEMONSTRAÇÃO DE RESULTADOS PROVISIONAL VALORES EM EUROS

mo ano. Relação que se inverte após o terceiro trimestre de 2020.

O Resultado Líquido no primeiro, segundo e terceiro trimestres de 2020 é negativo, pois deriva do EBIT negativo desse mesmo ano. **No último trimestre de 2020, como há um aumento das vendas superiores aos FSE e gastos com pessoal, o EBIT torna-se positivo e, conseqüentemente, o Resultado Líquido também.**

A partir de 2021, o Resultado Líquido e o EBIT serão sempre positivos até ao final de 2029.

AValiação Financeira do Projeto

Ao nível da avaliação do projeto, esta é bastante favorável, já que apresenta um valor atual líquido de 360.538€, num pressuposto de um SAD somente com 100 clientes, o que revela que o projeto é economicamente viável, remunerando a Misericórdia ou a empresa Privada a uma TIR de 23% e um *payback* em 2021 (2 anos).

A atualização dos *Cash Flows* futuros para o momento atual permite obter um bom indicador de viabilidade do projeto, o facto de o VAL ser positivo indica que o projeto é economicamente viável, uma vez que permite recuperar

todo o investimento realizado, remunerando o capital investido à taxa pretendida e ainda gerar lucro.

Avaliado o *Cash Flow*, projetámos para análise a efetiva viabilidade do projeto.

Como se verifica, o **Free Cash Flow to equity é possível logo no ano 2021** (arranque em 2020) e seguintes.

De igual forma, o **DCF também se apresenta positiva a partir de 2021.**

Não obstante o exposto, para a verdadeira análise da viabilidade do projeto, é necessário terem-se em conta dois outros indicadores, nomeadamente o NPV (Valor presente líquido também designado por VAL) e a TIR (Taxa interna de retorno).

Da observação do quadro supra, apuramos que o NPV tem um valor de 360 538 €, o que significa que o projeto trará à Misericórdia ou à empresa privada um resultado positivo ou um lucro desse mesmo montante.

Acresce mencionar, em relação à TIR, que, quanto maior for, mais positivo será o projeto, no caso concreto, visto que a taxa interna de retorno (TIR) é superior à taxa média dos custos de financiamento dos recursos aplicados (WACC), o projeto torna-se viável pois o NPV > 0 e a TIR > WACC.

Número de Utentes		100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
Free Cash Flow to Equity	-68.106	-196.185	41.971	87.169	72.372	87.052	89.988	80.706	87.127	94.978	85.627
WACC	1,00	0,93	0,93	0,93	0,93	0,93	0,93	0,93	0,93	0,93	0,93
Fator actualização Acumulado	1,00	0,93	0,86	0,79	0,74	0,68	0,63	0,58	0,54	0,50	0,46
DCF	-68.106	-181.652	35.983	69.197	53.196	59.246	56.708	47.091	47.072	47.512	39.662
DCF Acumulados	-68.106	-249.758	-213.775	-144.578	-91.382	-32.136	24.572	71.663	118.735	166.247	205.909
Net Present Value (NPV)	360.538										
TIR antes de impostos	34%										
TIR do projeto	23%										

FIGURA 49 – AVALIAÇÃO VALORES EM EUROS

AVALIAÇÃO GLOBAL DO PROJETO

Após a realização deste Plano Previsional do modelo teórico que se criou, concluiu-se que os objetivos inicialmente propostos são alcançados com sucesso. Tanto para os cidadãos apoiados como para as Misericórdias.

Os resultados encontrados revelam bastante interesse no que respeita à sustentabilidade, no seio da realidade do serviço de apoio domiciliário em Portugal.

A inovação da proposta de valor responde às necessidades múltiplas da população e potencia a vantagem competitiva da organização face à concorrência (esta concorrência do setor privado é real como demonstram os resultados dos inquéritos realizados).

Deste modo, a organização deverá mesmo introduzir serviços que, mais do que satisfazer necessidades básicas, respondem às necessidades globais dos cidadãos.

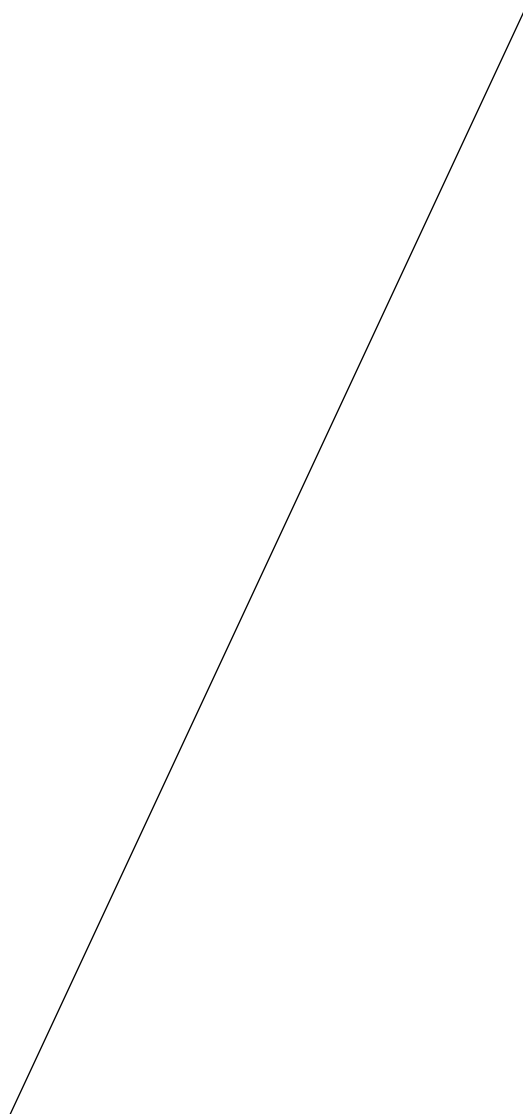
O acompanhamento a consultas, a aquisição de bens no exterior, as reparações no domicílio, as atividades ocupacionais ou o sénior *sitting* são alguns exemplos.

Acredita-se mesmo que as mudanças no modelo de negócio de serviço de apoio domiciliário em Portugal sejam uma constante nas próximas décadas. As condições económicas, sociais e demográficas do país são fatores que tendencialmente impulsionarão a mudança da lógica do modelo de negócio do serviço de apoio domiciliário que será aperfeiçoado, no sentido de ajudar as empresas a obter retornos equivalentes ou superiores, rentabilizando os recursos disponíveis sem descuidar a qualidade e a variedade da oferta, que tendencialmente aumentarão.

A função de previsão é indissociável da função da Misericórdia em si. Qualquer decisão implica a apreciação do risco e a antecipação da evolução das situações.

Pretendeu-se, através do estudo da viabilidade, ter em consideração a forma e quantidade de recursos com vista à sua aplicação numa empresa privada, o consequente equilíbrio financeiro e a rentabilidade esperada, já que o setor privado se apresentou como o principal concorrente das Misericórdias nesta resposta.

Desta forma, torna-se importante compreender qual o caminho a seguir pelas Misericórdias.



Conclusões

Conscientes das transformações resultantes do envelhecimento em Portugal, esta atividade capacitou a UMP para que junto das Misericórdias se possa adequar a abordagem nas respostas do envelhecimento fazendo sobressair a necessidade de novas respostas.

Comparando com outros países da Europa, Portugal, em 2018, encontrava-se em terceiro lugar como sendo o país com maior índice de envelhecimento, não sendo possível continuar a ignorar esta realidade.

Os ganhos em anos de vida medem-se, agora, pelo resultado das diferenças ao nível de condições de vida material, boas práticas em saúde, programas de promoção da saúde e prevenção de doença e acesso a cuidados de saúde, necessitando por isso do envolvimento de todas as estruturas socioculturais, políticas, modos de organização social e económica e relações existentes entre os diversos intervenientes.

As políticas devem ser urgentemente revistas e estruturadas para permitir que um maior número de pessoas alcance trajetórias positivas de envelhecimento, não esquecendo que muitas pessoas experimentarão declínios significativos de capacidade em idades muito mais jovens.

O princípio terá de ser o das respostas concretizáveis a ir ao encontro das necessidades da própria população e nunca o processo contrário.

É que comparativamente a gerações passadas, os *Boomers* terão mais oportunidades efetivas e mais capacidades para viver uma “velhice” saudável. Estas novas gerações de idosos não têm só necessidades. Eles têm, acima de tudo, direitos.

É justo sublinhar-se que o atual SAD tem elevadas vantagens, mas é fundamental uma melhoria dos serviços prestados, dado o nível da diminuta variedade de serviços disponíveis para a população, que geralmente se confina aos serviços mínimos estipulados pela Segurança Social, conforme se confirmou no Inquérito realizado às Misericórdias.

O SAD tem elevadas vantagens, mas é fundamental uma melhoria dos serviços prestados como, por exemplo, ao nível da diminuta variedade de serviços disponíveis para a população, que geralmente se confina aos serviços mínimos estipulados pela Segurança Social e que são impostos como obrigatórios por esta aos cidadãos, caso queiram manter uma participação estatal.

Estaremos todos de acordo que não faz sentido continuarmos a prestar cuidados domiciliários sem garantir, também, o acesso a serviços de saúde em casa.

Estaremos todos de acordo, ainda, que não faz sentido continuarmos a impor cuidados domiciliários sem garantir, também, que são aqueles que as pessoas efetivamente necessitam.

Em Portugal, o SAD constitui a resposta, no conjunto das principais respostas que visam o apoio a idosos, que apresenta maior oferta de lugares (40%), contabilizando, em 2018, 110 400 lugares, aproximadamente.

O SAD nas Misericórdias tem apenas uma ocupação de 79% da sua capacidade total. Em todos os distritos verifica-se uma taxa de ocupação inferior à capacidade máxima estabelecida, com exceção da Madeira onde a percentagem de ocupação é superior à capacidade máxima estabelecida.

Quando comparamos o número de utentes a frequentar o SAD por distrito, verificamos a existência de grandes assimetrias no país.

Assim, concluímos que o que se torna necessário num futuro próximo não é o aumento das vagas em SAD, mas sim a otimização da resposta social em si, de modo a possibilitar mais e melhores prestações de serviço.

Este resultado nas Misericórdias de Portugal vem confirmar uma realidade já conhecida, no âmbito do relatório da Carta Social 2018, que afirma existir uma evolução da capacidade da resposta social, não sendo, no entanto, acompa-

nhada pelo número de utentes que usufruem da resposta social em apreço.

Se os resultados nos mostram que no SAD das Misericórdias 38% dos utentes são parcialmente dependentes e 20% grandes dependentes e/ou acamados, fica clara a necessária e urgente alteração dos serviços que são prestados e da forma como são prestados.

Claramente, garantir serviços relacionados com as atividades da vida diária já não é suficiente.

Verifica-se já um aumento de utentes com menos de 65 anos para apoio em serviços especializados e não convencionados neste momento com a Segurança Social e que estão já a ser suprimidos pelo setor privado dos cuidados domiciliários.

Os “Custos (falta de recursos e/ou apoios financeiros; participações familiares baixas; custos com a resposta;)” e a obrigatoriedade de “Contratualização mínima dos 2 serviços para aceder à participação” sobressaem como sendo os maiores obstáculos para o exercício do SAD, sendo de referir que 20% dos utentes que usufruem do SAD têm interesse somente na contratualização de 1 só serviço.

Importa aqui referir as negociações com o Estado na reformulação legal desta resposta social. Efetivamente, a reformulação desta resposta social está atrasada, lenta e bastante fechada à inovação.

Na verdade, o grupo de trabalho que iniciou funções e realizou um conjunto de reuniões viu-se confrontado com um dispar entendimento do que deve efetivamente ser esta resposta, verificando-se, desde o início, uma intenção do Estado em balizar ao máximo o que é o serviço e o que contempla a participação financeira, de forma a determinar um baixo financiamento por maior número de serviços prestados, já que atribuem ponderações a cada serviço.

Além de tornar todo o processo mais restritivo e complexo, não prevê a possibilidade de estabelecer uma diferenciação positiva para territórios que, claramente, sofrem por estarem em condições adversas.

Perante todo o contexto que nos tem sido dado a conhecer pelas Misericórdias, julgamos imprescindível que o modelo a definir possa ser, atendendo ao enquadramento jurídico existente, o mais facilitador para as Instituições e para as pessoas, na medida em que permita, com transparência, ser suficientemente flexível na resposta a dar aos utentes, não apenas em função das necessidades, mas também de serviços que possam contribuir para uma melhoria da qualidade de vida, mais do que os meramente assistencialistas.

Idealmente, no modelo a definir, deve existir uma estabilidade e previsibilidade da comparticipação financeira da Segurança Social, independentemente da tipologia de serviços prestados e do número de serviços efetivados, permitindo às Misericórdias gerirem o leque de serviços consoante as solicitações dos utentes, não os empurrando para uma contratualização mínima obrigatória, nem tão pouco para serviços que não pretendem.

Destacamos com importância acrescida, pelo exposto, que o “Acompanhamento noturno”, a “Teleassistência” e o “Acompanhamento ao exterior” são os serviços mais pedidos fora dos convencionados, num claro “alerta” para o Estado que apenas aceita participar serviços relacionados com as necessidades mais básicas dos cidadãos.

Aliás, as necessidades dos utentes não respondidas pelo atual modelo de SAD são a “prestação dos serviços ao final do dia” e o “acompanhamento noturno”, seguidas do “acompanhamento a consultas e/ou atos médicos” e da “substituição por ausência do cuidador”, ou seja, fica claro que as necessidades maiores se movem com uma maior permanência no acompanhamento à pessoa perante a sua progressiva perda de autonomia.

As Misericórdias, sobre os eixos de intervenção que constam do Modelo Avançado de SAD, dentro das 6 áreas diferentes, destacaram os serviços mais relevantes para a integração no apoio domiciliário:

➔ **Na Saúde:** as “Consultas e atos médicos específicos no contexto do utente”, a “avaliação da capacidade física (mo-

bilidade e quedas)” e as “Colheitas de sangue, expetoração e outros, para análises clínicas”;

➔ Na **Segurança**: o “Acompanhamento noturno”, a “Receção de alarmes sempre que o utente necessitar de auxílio”, a “Instalação de sistemas de vigilância inteligente (gás, fogo e quedas)”;

➔ Na **Comunicação**: a “Criação de rede de voluntários que prestem contacto regular, contínuo e previsível à pessoa idosa”, a “Rede de comunicação fechada a utilizadores autorizados, acessível e simplificada, com os cuidadores informais”;

➔ Na **Socialização**: o “Desenvolvimento de atividades culturais e recreativas e de entretenimento no domicílio” e a “Ocupação Positiva do Tempo Livre combatendo o sedentarismo e a inatividade”;

➔ No **Cuidador**: a “Formação ao cuidador informal”, “Substituição do cuidador informal (descanso do cuidador informal)” e a “Informação sobre apoios e prestações sociais, atestado médico de incapacidade multiusos, como aceder e navegar nos recursos, etc.”;

➔ Nas **AVD**: a “Ajuda para o levantar e para o deitar”, e o “Aluguer ou facilitação de acesso a produtos de apoio (ajudas técnicas)” e “SAD 7 dias/semana”.

A UMP desenvolveu assim um modelo teórico que construiu um modelo único e pluridimensional:

➔ Efetiva a mudança das estratégias para o envelhecimento;

➔ Contribui para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e famílias;

➔ Retarda ou evita a institucionalização;

➔ Assegura aos indivíduos e famílias a satisfação de necessidades funcionais e sociais;

➔ Presta cuidados de ordem física e apoio psicossocial às famílias e indivíduos, contribuindo para o seu equilíbrio e bem-estar;

➔ Colabora na prestação dos cuidados de saúde.

O Modelo abrange todos os cuidados quotidianos (“*the care*”) centrados nas atividades que garantem alguma autono-

mia e que são essenciais ao funcionamento humano e possibilitam o desenvolvimento da pessoa, mantendo a sua autoimagem e permitindo a relação com tudo e com todos; e os cuidados de reparação (“*the cure*”), ligados à necessidade de reparar o que constitui obstáculo à vida; objetivando combater as fragilidades físicas e psicológicas e atacar as suas causas.

Todos os Eixos do Modelo são suportados pela inovação na área das Tecnologias, não dependendo apenas do produto ou serviço, *per si*, mas também do ecossistema no qual está inserido o novo produto ou serviços.

Nesta área, a Gerontecologia criou já soluções e instrumentos que viabilizam a produção de equipamentos para uso doméstico, que adaptem o auxílio médico e capacitem os cuidadores formais e informais. Estas tecnologias comprovam a sua importância na compensação das fragilidades humanas, auxiliando e otimizando as capacidades funcionais das pessoas. A disseminação destes dispositivos de auxílio e modificações nos ambientes para melhor prestar assistência às pessoas vão contribuir muito na manutenção da sua independência, otimizando não apenas o tempo dos Cuidadores das Misericórdias, mas também reduzindo a necessidade de força física para as pessoas mais velhas.

Mas, num setor como o das entidades da Economia Social em Portugal, a função de previsão é indissociável da função da Misericórdia em si e qualquer decisão implica a apreciação do risco e a antecipação da evolução das situações. Foi também o que fizemos.

Simulou-se o Modelo Avançado de SAD, através do estudo da viabilidade económica financeira, como se se tratasse de uma empresa do setor privado a iniciar a resposta social em virtude de o setor privado se ter apresentado nos dados recolhidos como o principal concorrente das Misericórdias nesta resposta.

Testámos assim a sustentabilidade financeira do Modelo numa perspetiva “negativa” e com valores salariais inflacionados para verificar:

1. Se representará um projeto somente de encargos e sem resultados financeiros positivos ou sequer autossustentável;

2. Se é passível de ser aplicado logo desde a sua criação e fixar-se como resposta social sustentável;
3. Se o setor privado vai continuar a aumentar a sua capacidade nos cuidados domiciliários.

Concluiu-se depressa que os objetivos propostos são alcançados com sucesso. Tanto para os cidadãos apoiados como para as Misericórdias.

Os resultados encontrados revelam bastante interesse no que respeita à sustentabilidade, no seio da realidade do serviço de apoio domiciliário em Portugal.

A inovação da proposta de valor responde às necessidades múltiplas da população e potencia a vantagem competitiva da organização face à concorrência (esta concorrência do setor privado é real como demonstram os resultados dos inquéritos realizados).

Ao introduzir serviços que, mais do que satisfazer necessidades básicas, respondem às necessidades globais dos cidadãos, o SAD torna-se sustentável.

Kofi Annan, o sétimo secretário-geral da Organização das Nações Unidas, tendo sido também premiado com Nobel da Paz em 2001, disse:

“A expansão do envelhecer não é um problema. É sim uma das maiores conquistas da humanidade. O que é necessário é traçarem-se políticas ajustadas para envelhecer são, autónomo, ativo e plenamente integrado. A não se fazerem reformas radicais, teremos em mãos uma bomba relógio pronta a explodir em qualquer altura” (Kofi Annan, cit. in Ivo P., 2008, p. 40).

Foi dado, assim, um primeiro pequeno passo para que, ao invés de um problema crescente, possamos continuar a ter um futuro mais adaptado e que responde ao fenómeno em si, sendo tempo de deixar de impor que o fenómeno se adapte a nós.



Bibliografia

Alves, A. (2003). A importância da comunicação no cuidar do idoso. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar – Universidade do Porto.

Balsinha, C., Marques, M., & Gonçalves-Pereira, M. (28 de janeiro de 2018). Eastern Michigan University Library. Obtido de Eastern Michigan University Library: www.cambridge.org/core

Barroso, V. (2006). Órfãos geriátras: sentimentos de solidão e depressividade face ao envelhecimento – Estudo comparativo entre idosos institucionalizados e não institucionalizados. Lisboa, Portugal: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Chau, F., Soares, C., Fialho, J., & Sacadura, M. (2012). O Envelhecimento da População: Dependência, Ativação e Qualidade. Lisboa: Faculdade de Ciências Humanas, Universidade Católica Portuguesa.

Duque, A., Gruner, H., Clara, J., Ermida, J., & Verissimo, M. (2012). Avaliação Geriátrica. Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (GERMI). Lisboa: GERMI.

Europe, U. N. (novembro de 2009). Integration and Participation of older persons in society. UNECE, Policy Brief on ageing n.º 4.

Farina, M., & Lopes, R. (2 de setembro de 2015). Perfil de idosos através do modelo dos cinco fatores de personalidade (Big Five): revisão sistemática. Porto Alegre, Brasil: Diversitas: Perspectivas em Psicologia.

Fechine, B., & Trompieri, N. (janeiro/março de 2012). O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. Revista Científica Internacional, pp. 106-132.

Ferreira, P., Cabral, M., Silva, P., Jerónimo, P., & Marques, T. (2013). Processos De Envelhecimento Em Portugal, Usos do tempo, redes sociais e condições de vida. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Frade, J., Barbosa, P., Cardoso, S., & Nunes, C. (fevereiro de 2015). Depressão no idoso: sintomas em indivíduos institucionalizados e não-institucionalizados. Revista de Enfermagem, pp. 41-49.

Gamberini, L., Alcaniz, M., Barresi, G., Fabregat, M., Ibanez, F., & Prontu, L. (2006). Cognition, technology and games for the elderly: An introduction to ELDERGAMES Project. PsychNology Journal, pp. 285 -308.

Greenblatt, A. (19 de outubro de 2007). Aging Baby Boomers. CQResearcher, 17, pp. 865-888.

Instituto da Segurança Social, I. (2017). Guia Prático Apoios Sociais – Pessoas Idosas. Lisboa: Instituto da Segurança Social, I.P.

Júdice, A. (junho de 2011). As novas tecnologias ao serviço do bem-estar do idoso, Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Serviço Social. Lisboa: ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa.

Klein, S., Hostetter, M., & McCarthy, D. (22 de agosto de 2016). Common Wealth Fund. Obtido de

www.commonwealthfund.org: <https://www.commonwealthfund.org/publications/case-study/2016/aug/hospital-home-model-bringing-hospital-level-care-patient>

Mello, D., Apratto Jr., P., Oliveira César, T., Souza, D., Miranda, D., Freitas, G., Mota, J., Leite, L. (julho/dezembro de 2016). Fatores de resiliência no envelhecimento verificados na visita domiciliar: relato de uma experiência na atenção básica. *Revista Interdisciplinar do Pensamento Científico*, pp. 30-44.

Moura, G., & Souza, L. (jan./jul de 2012). Autoimagem, socialização, tempo livre e lazer: quatro desafios à velhice. *Textos & Contextos*, pp. 172-183.

Neves, B., & Amaro, F. (2012). Too old for technology? How the elderly of Lisbon use and perceive ICT. *The Journal of Community Informatics*.

Organization, W. H. (2000). Healthy Ageing - Adults with Intellectual Disabilities - Physical Health Issues. Geneva: World Health Organization.

Organization, W. H. (2000). Healthy Ageing - Adults with Intellectual Disabilities - Summative Report. Geneva: World Health Organization.

Orlov, L. (2011). Technology Survey Age 65 to 100: Extending Technology Past the Boomers. Ohio: Linkage.

Pereira, C., Rosado, H., Bravo, J., Mendes, F., Veiga, G., Almeida, G., ... Mestre, T. (2017). Manual de Avaliação Funcional para o Risco de Quedas em Pessoas Idosas. Évora: ESACA, Universidade de Évora.

Perles, J. (S/D). Comunicação: conceitos, fundamentos e história. Selvíria.

Reis, S. (2017). A Intervenção Psicomotora na Casa

dos Professores de Carcavelos, Relatório de Estágio elaborado com vista à obtenção do Grau de Mestre em Reabilitação Psicomotora. Cruz Quebrada: Faculdade de Motricidade Humana.

Ribeiro, A., Varela, A., Alves, E., Regateiro, F., Elias, I., Porfírio, A., ... Ferreira, P. (10 de julho de 2017). Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025. Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial - Despacho n.º 12427/2016.

Ribeiro, Ó. (2014). eHealth e a Adoção da Inovação em Assisted Living Technologies: o caso das demências, dissertação com vista à obtenção do grau de Mestre em Gestão de Saúde. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa.

SABI. (2015). The BOOMer report 2015. Califórnia, USA: Sabi.

Santana, S., Dias, A., Souza, E., & Rocha, N. (2007). The Domiciliary Support Service in Portugal and the change of the paradigm in care provision. *International Journal of Integrated Care*, 20-23.

Santana, S., Redondo, P., & Szczygiel, N. (2012). Portugal, Characteristics of health services and social services. Em E. O. Policies, Home Care across Europe (pp. 223-235). United Kingdom: M2M.

Santos, F. (2016). O Isolamento Social em Pessoas Idosas: Um Projeto de Intervenção de Enfermagem Comunitária na USF Tejo. Lisboa: ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Saúde, D.-G. d. (02 de julho de 2004). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Circular Normativa Nº: 13/DGCG.

Saúde, O. M. (2008). Guia Global - Cidade Amiga do Idoso. Genebra: OMS.

Saúde, O. M. (2015). Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Genebra: OMS.

Soeiro, M. (2010). Envelhecimento Português – Desafios Contemporâneos – Políticas e Programas Sociais. Lisboa: Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Nova de Lisboa.

Sousa, A. C. (2016). Na Senda de Respostas Inovadoras: Perceções sobre o Serviço de Apoio Domiciliário no Concelho de Oliveira de Azeméis. Coimbra: Universidade de Coimbra.

Tacken, M., Marcellini, F., Mollenkopf, H., Ruoppila, I., & Széman, Z. (março de 2005). Use and acceptance of new technology by older people, Findings of the international MOBILATE survey: 'Enhancing mobility in later life'. Geronto Tech Journal, pp. 126-137.

Veloso, A. S. (2015). Envelhecimento, Saúde e Satisfação, Efeitos do Envelhecimento Ativo na Qualidade de Vida. Coimbra: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

World Health Organization, C. f. (2014). WHO Global Forum on Innovations for Ageing Populations. Kobe, Japan: WHO.

World Health Organization (2000). Healthy Ageing - Adults with Intellectual Disabilities - Physical Health Issues. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2000). Healthy Ageing - Adults with Intellectual Disabilities - Summative Report. Geneva: World Health Organization.

BIBLIOGRAFIA INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

Adapted from Tinnetti, M., D. Richman et al. (1990). Falls Efficacy as a measure of fear of falling. Journal of Gerontology 45(6): P239

Clara, J., Duque, A., Ermida, J., Gruner, H., Veríssimo, M. Avaliação Geriátrica. Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (GERMI).

Daniel, F., Espírito Santo, H., Guadalupe, S., Silva, Alexandre., Vicente, H. Inventário de Ansiedade Geriátrica. Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social. 2015, Vol. 1 (2): 31- 45

Escala de Mobilidade Funcional – Idosos e Muito Idosos (EMF-IMI). (2008). Master en Valoración e Intervención en Gerontologia y Geriatria. Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Corunha.

Folstein, Folstein & McHugh. (1975). Com adaptação de Guerreiro e colaboradores. (1994) Mini Mental State Examination. Sapiencia, UALG.

Freitas, S., Simões, M. R., Santana, I., Martins, C. & Nasreddine, Z. (2013). Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Versão 3. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Grant, G., Keady, J., Nolan, M. (1998). Carer's Assessment of Difficulties Index. Assessing the Needs of Family Carers (CADI).

Grant, G., Keady, J., Nolan, M. (1998). Carer's Assessment of Managing Index. Assessing the Needs of Family Carers (CADI).

Grant, G., Keady, J., Nolan, M. (1998). Carer's Assessment of Satisfaction Index. Assessing the Needs of Family Carers (CADL).

Mini Nutricional Assessment MNA®.
Nestlé Nutrition Institute.

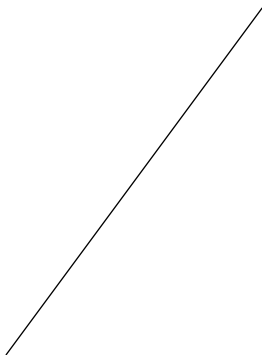
Pereira, C., Rosado, H. et al. (2017). Manual de Avaliação Funcional para o risco de quedas em idosos. ESACA. Universidade de Évora.

Questionário de Estado de Saúde (SF-36). Versão português 2.0 Centro de Estudos e Investigação em Saúde (CEIS).

Rego, A. (2013). Comunicação Pessoal e Organizacional – Manual de Exercícios. Edições Sílabo, LDA.

Sheikh, Yesavage. (1986), com adaptação de Apóstolo, J., (2011). Escala Geriátrica de depressão. GDS-15 – Sapientia, UALG.

Tradução para o Espanhol por Jentoft, apresentado por Herrero, in “Actualidades en evaluación geriátrica”. Gerontologia (1993). Escala de Avaliação de Actividades da Vida Diária (Índice de Katz – Forma actual).



Índice de Figuras

Figura 1 Índice de Envelhecimento na Europa	11	Figura 26 Segurança — Serviços para integração em SAD	28
Figura 2 Pirâmide Etária, Portugal, 2015 (estimativas) e 2035 (Projeções por cenários)	12	Figura 27 Comunicação — Serviços para integração em SAD	28
Figura 3 Evolução do número de respostas sociais para as Pessoas Idosas, Continente — 1998-2018	17	Figura 28 Socialização — Serviços para integração em SAD	29
Figuras 4A e 4B Evolução do número de respostas sociais ERPI e SAD, Continente — 1998-2018	17	Figura 29 Cuidador informal — Serviços para integração em SAD	29
Figura 5 Distribuição territorial da resposta social SAD, por concelho — 2018	18	Figura 30 AVD — Serviços para integração em SAD	29
Figura 6 Distribuição percentual da resposta social SAD, por natureza jurídica da entidade proprietário e distrito — 2018	18	Figura 31 Serviços disponibilizados pelo SAD para os familiares dos utentes/cuidadores informais	30
Figura 7 Distribuição percentual dos utentes em Centro de Dia, ERPI e SAD por capacidade de realização de Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD), Continente — 2018	19	Figura 32 Parcerias com outras entidades para prestação do serviço de apoio domiciliário	30
Figura 8 Capacidade do SAD das Misericórdias	20	Figura 33 Serviços de saúde que a Misericórdia presta no SAD	31
Figura 9 Ocupação do SAD	20	Figura 34 Outros serviços de saúde prestados pela Misericórdia no SAD	31
Figura 10 Total de utentes a frequentar o SAD por distrito	21	Figura 35 Os utentes de SAD são acompanhados por outros serviços não prestados pela Misericórdia?	32
Figura 11 Utentes com acordo e utentes extra-acordo	21	Figura 36 Principais serviços, não prestados pelas Misericórdias, a que os utentes de SAD recorrem	32
Figura 12 Última revisão/assinatura de adenda ao acordo de cooperação	21	Figura 37 Serviços privados a que os utentes de SAD recorrem	32
Figura 13 Autonomia dos utentes	22	Figura 38 Utiliza algum sistema de avaliação/registo da assiduidade e da ação das Ajudantes Familiares em casa dos utentes?	33
Figura 14 Faixa etária dos utentes	22	Figura 39 Tipo de sistema de avaliação/registo utilizado	33
Figura 15 Funcionários do SAD	22	Figura 40 Sistemas informáticos mais utilizados pelas Misericórdias	33
Figura 16 Número de veículos por distrito	23	Figura 41 Principais motivos que levam o utente de SAD a solicitar a sua institucionalização	34
Figura 17 Km/semana por distrito	23	Figura 42 Outros motivos que levam o utente de SAD a solicitar a sua institucionalização	34
Figura 18 Principais benefícios do SAD para o utente	24	Figura 43 Investimento inicial	58
Figura 19 Principais obstáculos para o exercício do SAD	24	Figura 44 Rácio de recursos humanos/cliente/encargo salarial	59
Figura 20 Principais solicitações do utente de SAD	25	Figura 45 Fornecimentos e Serviços Externos	60
Figura 21 Terapias mais solicitadas	25	Figura 46 Volume de negócios	61
Figura 22 Outras solicitações	26	Figura 47 Cash Flows	63
Figura 23 Necessidades dos utentes não respondidas pelo atual modelo de SAD	26	Figura 48 Demonstração de Resultados Provisional	64
Figura 24 Serviços diferenciados prestados pelas Misericórdias	27	Figura 49 Avaliação	65
Figura 25 Saúde — Serviços para integração em SAD	27		

Anexo I

APRESENTAÇÃO DO INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO COLOCADO ÀS MISERICÓRDIAS

SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO

Inquérito por questionário

Exmo. Sr. Provedor, no seguimento dos trabalhos desenvolvidos ao abrigo do projeto Capacitação (FASE II) e dos trabalhos que continuam a ser desenvolvidos no âmbito do Modelo Avançado de Serviço de Apoio Domiciliário, solicitamos o preenchimento do presente questionário, cujo objetivo é obter uma imagem real do que é a realidade desta resposta social no Universo das Santas Casas de Misericórdia.

Identificação da Misericórdia

. No que diz respeito aos utentes de SAD, indique (dados relativos a dezembro de 2019):

N.º total de utentes (a frequentar a resposta social)

Qual é a capacidade estabelecida do equipamento?

Qual é o número de utentes abrangidos pelo Acordo de Cooperação?

Qual é a data da última revisão/assinatura de adenda ao Acordo de Cooperação?

Qual é o número de utentes autónomos?

Qual é o número de utentes parcialmente dependentes?

Qual é o número de grandes dependentes e/ou acamados?

Qual é o número de utentes com idade inferior a 65 anos?

Qual é o número total de utentes inscritos para admissão futura?

. No que diz respeito às viaturas, indique (dados relativos a dezembro de 2019):

N.º total de veículos afetos à resposta:

Qual é o número médio de km percorridos por semana?

. No que diz respeito aos funcionários, indique (dados relativos a dezembro de 2019):

N.º total de funcionários técnicos:

Por favor especifique as categorias profissionais (técnicos) que estão afetas ao SAD

Outros (a preencher somente caso as linhas acima não sejam suficientes)

N.º total de funcionários operacionais (Ajudantes de Apoio Domiciliário; outros):

. Quais são os principais benefícios que identifica no Serviço de Apoio Domiciliário para o utente?

Da lista apresentada seleccione 3 benefícios (ordem decrescente: do mais requisitado para o menos)

Prevenção da Institucionalização

Combate ao Isolamento Social e à Solidão

Resposta às necessidades individuais e efetivas dos utentes

Acompanhamento de proximidade

Possibilidade de resposta e apoio às famílias

Estimulação do Envelhecimento Ativo

Caso identifique outros benefícios que não se incluam na lista acima apresentada indique abaixo (máximo 2)

. Quais são os principais obstáculos que identifica na Misericórdia para o exercício da resposta SAD?

Selecione no máximo 3 (ordem decrescente: do mais requisitado para o menos)

Custos (falta de recursos e/ou apoios financeiros; comparticipações familiares baixas; custos com a resposta)

Contratualização mínima dos 2 serviços para aceder à comparticipação

Dispersão geográfica dos utentes

Escassez de Recursos Humanos (dificuldades na contratação de colaboradores técnicos e instrumentais)

Abrangência do acordo de cooperação

Grau de dependência dos utentes

Tempo para a prestação dos serviços

Falta de apoio ou retaguarda familiar

Caso identifique outros obstáculos que não se incluam na lista acima apresentada indique abaixo (máximo 2)

. Quais são as três principais solicitações por parte dos utentes desta resposta?

(ordem decrescente: do mais requisitado para o menos)

Atividades de animação

Acompanhamento na saúde

Lavandaria

AVD

Higiene Pessoal

Apoio na medicação

Enfermagem

Apoio Psicossocial

Alimentação

Terapias (por favor especifique)

Higiene Habitacional

Caso identifique outras necessidades que não se incluam na lista acima apresentada indique abaixo (máximo 2)

. Quantos utentes do SAD têm interesse somente na contratualização de um só serviço?

Existem necessidades expressas pelos utentes que considere não estarem a ser respondidas pelo atual modelo de SAD?

Da lista abaixo selecione 4 (ordem decrescente: do mais requisitado para o menos)

. Acompanhamento a consultas e/ou atos médicos

Serviços de enfermagem

Acompanhamento noturno

Administração de medicação

Criação de condições básicas de habitabilidade

Maior vigilância e acompanhamento na saúde (monotorização de sinais vitais)

Prestação dos serviços ao final do dia

Substituição por ausência do cuidador

Serviços de Adaptação das residências

Caso identifique outras necessidades que não se incluam na lista acima apresentada indique abaixo (máximo 2)

. Além dos serviços tipificados (Higiene pessoal, habitacional, alimentação, animação, lavagem de roupa) a Misericórdia presta algum serviço inovador e diferenciado? Se sim, quais? (ordem decrescente: do mais requisitado para o menos)

Atividades de socialização

Acompanhamento a consultas e/ou serviços médicos

Acompanhamento a serviços da comunidade

Assistência medicamentosa

Serviços de enfermagem

Consultas médicas

Avaliação das condições habitacionais

Horários de funcionamento alargado

Rondas noturnas

Consultas de especialidade e/ou terapêuticas (terapia ocupacional, de reabilitação, fisioterapia, nutrição, etc.)

Geofencing (localização por GPS)

Caso identifique outros serviços que não se incluam na lista acima apresentada indique abaixo (máximo 2)

. Atendendo aos trabalhos desenvolvidos no sentido de modernizar os serviços de SAD

indique da lista abaixo os serviços que considera relevantes para integração em SAD

Saúde:

Colheitas de sangue, expetoração e outros, para análises clínicas (Glicemia, Colesterol, entre outros)

Serviços Terapêuticos para a população com deficiência (Terapias no contexto natural do utente)

Avaliação da capacidade física (mobilidade e quedas)

Consultas e atos médicos específicos no contexto do utente (Psiquiatria; Psicologia; Fisioterapia; Nutrição; Oftalmologia/ otorrino; CSP e/ou consultas hospitalares de especialidade; referenciação para outras áreas específicas)

Segurança:

Receção de alarmes sempre que o utente necessitar de auxílio

Apoio remoto aos utentes mesmo quando os cuidadores não estão em casa dos utentes

Ações de sensibilização em parceria com estruturas governamentais (PSP, Bombeiros, etc.) em *podcast* ou presenciais
Instalação de sistemas de vigilância inteligente (gás, fogo e quedas)

Acompanhamento diurno

Acompanhamento noturno

Geolocalização

Comunicação:

Rede de comunicação fechada a utilizadores autorizados, acessível e simplificada, com os cuidadores informais

Criação de rede de voluntários que prestem contacto regular, contínuo e previsível à pessoa idosa

Socialização:

Apoio na realização de compras *online*

Desenvolvimento de atividades culturais e recreativas e de entretenimento no domicílio, tais como leitura, jogos, expressão plástica, (re)aprendizagem de línguas escritas e faladas

Turismo Sénior

Ocupação Positiva do Tempo Livre combatendo o sedentarismo e a inatividade

Aquisição de hábitos de lazer

Programa de Assistência por Pares

Cuidador:

Formação ao cuidador informal

Informação (apoios e prestações sociais, atestado médico de incapacidade multiusos, como aceder e navegar nos recursos, etc.)

Promover contacto com outros Cuidadores

Promover a saúde dos Cuidadores – análises médicas (unidades móveis de saúde)

Substituição do Cuidador Informal (Descanso do Cuidador Informal)

AVD:

Aluguer ou Facilitação de acesso a produtos de apoio (ajudas técnicas)

Ajuda para o levantar e para o deitar

SAD 7 dias/semana

Caso identifique outros serviços que não se incluam na lista acima apresentada indique abaixo (máximo 2)

. O SAD disponibiliza serviços para os familiares do utente? Se sim, quais?

Acompanhamento Psicológico

Grupos de autoajuda p/ cuidadores

Gabinete de Apoio ao utente e família

Acompanhamento e transporte a consultas médicas

Apoio/Formação/Descanso ao Cuidador Informal

Vacinação contra Gripe

Alimentação

Animação

Caso identifique outros serviços que não se incluam na lista acima apresentada indique abaixo (máximo 2)

. Dispõe de parcerias com outras entidades para prestação do Serviço de Apoio Domiciliário? Se sim, quais?

. Quais são os serviços de Saúde que a Misericórdia presta no SAD?

Fisioterapia

Enfermagem

Nutricionista

Apoio na administração e Preparação da medicação

Médico ao Domicílio

Psicologia

Outros? Quais

. A Misericórdia dispõe de algum sistema de Avaliação/Registo da Assiduidade e da Ação das Ajudantes Familiares em casa dos utentes?

Sim

Não

Se Sim, indique qual

. Os utentes de SAD são acompanhados por outros serviços?. Se sim, da lista abaixo seleccione 4,

Apoio domiciliário prestado pelo centro de saúde

Apoio domiciliário prestado pela equipa de cuidados continuados integrados (ECCI)

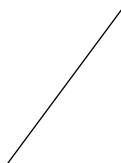
Médico ao domicílio

Serviços privados de SAD

Caso identifique outros serviços que não se incluam na lista acima apresentada indique abaixo (máximo 2)

Caso tenha selecionado a opção "Serviços Privados", identifique quais são esses serviços.

. Na sua opinião, quais são os motivos que levam os utentes de SAD a solicitar a institucionalização em ERPI?



Ficha Técnica

Produção
União das Misericórdias Portuguesas (UMP)

Apoio à produção
UMP/Gabinete de Comunicação e Imagem

Autores
**UMP/Gabinete de Ação Social,
Cintesis - Centro de Investigação em
Tecnologias e Serviços de Saúde (Universidade
Medicina do Porto), Instituto Pedro Nunes
(Universidade de Coimbra), HEI-Lab: Digital
Human-Environment Interaction Lab
(Universidade Lusófona de Lisboa)
e Escola Superior de Enfermagem do Porto.**

Revisão
Silvia Júlio

Design Gráfico
M&M Designers

Impressão
e Acabamento
Grafisol

ISBN
978-989-8375-25-4

Número de edição
1.ª edição

Depósito Legal
499901/22

Maio de 2022

Contactos
**Rua de Entrecampos, 9
1000-151 Lisboa
Tel.: 21 811 05 40
Fax: 21 811 05 45**

E-mail
secretaria.geral@ump.pt



UNIÃO EUROPEIA
Fundo Social Europeu

