

Gulbenkian Home Care



FUNDAÇÃO
CALOUSTE GULBENKIAN

Gulbenkian Home Care



Inovação no Serviço de Apoio
Domiciliário para Pessoas Idosas

“Most older people want to “age in place” – to remain at home in their familiar surroundings and maintain the relationships that are important to them. Age-friendly environments and communities that promote inclusion of all older people, and remove barriers to accommodate the loss of capacity, enable older people to age safely, continue to develop personally and contribute to their communities, while retaining autonomy and health. Policies that include integrated services for older people within national universal health coverage (UHC) schemes, and make lifelong learning opportunities available, promote healthy ageing.”¹

Índice

- 06 Nota de abertura
– Cristina Casalinho
- 08 Prefácio
– Miguel Toscano Rico
- 13 **Novos modelos de cuidados e o SAD para pessoas idosas**
- 15 Reflexões e apontamentos sobre o envelhecimento, velhices e políticas e a experiências de cuidar
– Maria de Lourdes Quaresma
- 23 Novos modelos de cuidados numa Europa que envelhece: ações locais, responsabilidades nacionais, problemas globais
– Alexandra Lopes e Rute Lemos
- 41 O futuro do SAD em Portugal
– Paula Guimarães
- 47 Reconfigurar o SAD exige novos modelos de financiamento
– Pedro Pita Barros
- 51 Um novo modelo de Serviço de Apoio Domiciliário Integrado: uma reforma inadiável
– Mariana Ribeiro Ferreira
- 55 **Boas-práticas no Apoio Domiciliário em Portugal**
- 57 Boas-práticas de SAD em Portugal: enquadrar e perspetivar
– António M. Fonseca
- 63 A opção da Fundação Calouste Gulbenkian pelo *ageing in place* e pela inovação nos cuidados domiciliários
– Anabela Salgueiro
- 69 **Os projetos-piloto**

- 70** Projeto “Tempo para Cuidar 3.0”, Benéfica e Previdente, Associação Mutualista
– Joana Machado e Bruna Sousa
- 76** Projeto “Cuid@r +”, Cáritas Diocesana de Beja
– Mariana Côco
- 82** Projeto “Dar Continuidade”, Centro de Dia de S. Silvestre de Escalos de Baixo
– Frederico Fazenda dos Reis
- 86** Projeto “Cada Casa é um Caso”, Centro Paroquial de São Bernardo
– Sónia Marques e Bruno Portelada
- 94** Projeto “Em Casa Con’vida” – Apoio a pessoas idosas e seus cuidadores em contexto domiciliário, Centro Paroquial e Social de Lavradas
– Vânia Miranda, Elisabete Veloso e João Pedro Carneiro
- 98** Plataforma S@rkis, Centro Social da Irmandade de São Torcato
– Catarina Vieira da Silva e Célia Dinis
- 102** Projeto “Home 360”, Instituto São João de Deus – Casa do Telhal
– Márcia Fonseca
- 110** Projeto “+ Próximo”, Santa Casa da Misericórdia de Albufeira
– Andreia Barros e Fernanda Correia
- 116** Projeto “Sorrisos ao Domicílio”, Santa Casa da Misericórdia de Almada
– Vera Oliveira e Sofia Valério
- 122** Projeto “Domus Vitae”, Santa Casa da Misericórdia de Bragança
– Sandra Bento
- 126** Projeto “MY SAD”, o meu Serviço de Apoio Domiciliário, Santa Casa da Misericórdia de Campo Maior
– Alexandra Mamede
- 132** Projeto “Mértola_Cuidaemcasa”, Santa Casa da Misericórdia de Mértola
– Emília Colaço
- 138** Projeto “Kinisuru | EnvelheSer”, Santa Casa da Misericórdia da Venda do Pinheiro
– Inês Filipe
- 144** Projeto “Promoção da Autonomia da Pessoa Idosa”, Santa Casa da Misericórdia da Vila Franca do Campo
– Rui Rainha
- 148** Projeto “Aqui ao Lado”, Santa Casa da Misericórdia do Fundão
– Sónia Louro, Dulce Gabriel e João Pedro Gonçalves
- 155** **A capacitação e a avaliação externa dos projetos e da iniciativa**
- 157** O papel da Maze: capacitação e transição digital
– Margarida Anselmo e Rita Brito e Faro
- 161** A avaliação externa da iniciativa Gulbenkian Home Care
– Soraia Teles, Oscar Ribeiro, Sofia Medeiros, Sara Guerra e Constança Paúl
- 176** Notas finais: o reforço da capacidade do SAD e a especialização de cuidados
– Luís Jerónimo e Anabela Salgueiro
- 178** Anexos
- 179** Notas metodológicas à avaliação externa
- 186** Notas biográficas
- 194** Referências bibliográficas

Nota de abertura

Cristina Casalinho

Ao longo dos seus 70 anos de existência, a Fundação Calouste Gulbenkian tem tido sempre um olhar atento às populações em situação de vulnerabilidade, as quais, por motivos sociais, de saúde ou outros, vivem com menor qualidade de vida. Nesse sentido, o acesso a cuidados, tanto por crianças como pessoas mais velhas, é uma área prioritária de intervenção da Fundação no atual ciclo estratégico, concebido a partir de dois grandes eixos transversais – Equidade e Sustentabilidade.

O acesso a cuidados de qualidade por parte da população idosa tem desafios acrescidos. O aumento significativo da esperança média de vida, aliado à baixa taxa de fecundidade, alteraram profundamente a pirâmide etária e trouxeram novos desafios à sociedade, ao Sistema Social e ao Sistema de Saúde. Esta é uma realidade para a maioria dos países, mas Portugal destaca-se. Portugal é o segundo país da UE com o maior índice de envelhecimento – em 2024, o índice atingiu 192,4 idosos por cada 100 jovens – e o quarto país do mundo com maior proporção de população idosa, com um crescimento anual superior a 2% desde 2019. Atualmente são mais de 2,5 milhões de pessoas idosas, das quais três mil são centenárias.²

Para continuarem a viver nas suas casas, integradas na comunidade, tendo em conta as suas preferências e as recomendações da Organização Mundial da Saúde, é imprescindível as pessoas idosas terem acesso aos cuidados de que necessitam. As doenças crónicas complexas que afetam grande parte desta população – consequência da progressiva longevidade – exigem novas respostas, modelos inovadores que monitorizem e promovam um acompanhamento regular, funções para as quais os Sistemas de Saúde e da Segurança Social ainda não estão adequadamente preparados.

O acesso a cuidados, a preservação das capacidades das pessoas idosas, o reforço de competências e a especialização dos profissionais prestadores de cuidados estão na base da iniciativa Gulbenkian Home Care. Este programa promove a articulação e complementaridade entre setores e serviços para a prestação dos melhores cuidados em contexto domiciliário. Foram apoiados 15 projetos-piloto em diferentes regiões, avaliados processos e metodologias de trabalho, incorporadas novas ferramentas para agilizar a gestão e os próprios cuidados prestados.

Esta publicação dedicada à experiência-piloto Gulbenkian Home Care reúne textos de diversos autores envolvidos na primeira fase da iniciativa na qualidade de coordenadores, executantes, avaliadores e convidados com percursos relevantes na área do envelhecimento.

Encontra-se já em curso a iniciativa Gulbenkian Home Care 2.0, a visitar o modelo. Beneficiando das lições aprendidas, apresenta reforçada ênfase na criação de redes locais, e maior formalidade na criação de consórcios entre a área social e a da saúde e os municípios ou juntas de freguesia, com vista a robustecer e sustentar intervenções de qualidade ajustadas às efetivas necessidades das pessoas idosas.

É expectativa da Fundação Calouste Gulbenkian que os resultados e impacto destes projetos fomentem a construção de um novo modelo para a prestação de cuidados a pessoas idosas em contexto domiciliário e comunitário, incluindo o desenvolvimento de melhores políticas públicas que valorizem sistemas integrados de prestação de cuidados a esta população.

Prefácio

Miguel Toscano Rico

A Fundação Calouste Gulbenkian incorpora, no seu legado fundacional, os princípios da promoção do bem-estar da humanidade, com foco em áreas como a arte, a ciência, a educação e a beneficência.

Fiel ao seu fundador, a Fundação identificou a pobreza e a desigualdade como condições que dificultam o acesso a cuidados de qualidade, particularmente no caso da população idosa, e tem vindo a desenvolver uma intervenção consistente na sua erradicação, de que dou alguns exemplos, mencionando as respetivas publicações:

- 2014: “Um Futuro para a Saúde: todos temos um papel a desempenhar”, coordenado por Lord Nigel Crisp, alertava que a melhor evidência científica recomendava uma transição de cuidados centrados no hospital e na doença, para um modelo centrado nas pessoas e na promoção da saúde.
- 2018: “Boas Práticas de Ageing in Place. Divulgar para valorizar. Guia de Boas Práticas”, fez a recolha, organização e divulgação de iniciativas em Portugal, promotoras do envelhecimento em casa e na comunidade. Ageing in Place é uma proposta, não apenas economicamente sustentável e desejável em países economicamente mais frágeis, como também a que melhor valoriza a inclusão social e a recompensa emocional.
- 2021: “Ageing in Place Projetos: Envelhecimento da Comunidade”, onde se fez um mapeamento de boas-práticas de envelhecimento ativo em Portugal.

Chegados a 2025, a publicação “Gulbenkian Home Care: Inovação no Serviço de Apoio Domiciliário a Pessoas Idosas” congrega trabalhos académicos de reconhecidos investigadores, na área da gerontologia e da economia da saúde e o impacto de projetos-

-piloto, no âmbito da prestação de cuidados domiciliários, apresentados em conferência a 10 de dezembro de 2024.

Trata-se de uma publicação de conteúdo abrangente que, por um lado, clarifica questões do foro da investigação social e económica e, por outro, concretiza e avalia o impacto de intervenções “no terreno”, que visam promover a equidade e a sustentabilidade de cuidados.

Assim, teoria e prática convergem nesta publicação de forma elegante e clara.

Tomámos consciência da(s) trajetória(s) de envelhecimento e de como as respostas a nível europeu, apesar de fragmentadas e desiguais, concorrem nos objetivos da prevenção da incapacidade e promoção da reabilitação, na aposta tecnológica e qualificação dos serviços e dos cuidadores, com vista a uma progressiva desinstitucionalização e, por fim, para o almejado *ageing at home*.

Mas a implementação do *ageing at home*, depende de uma profunda reorganização e humanização da sociedade. Pressupõe o compromisso da sociedade civil (familiares, cuidadores, comunidade), a articulação coordenada e eficaz entre a Segurança Social e os Cuidados de Saúde e melhorar a qualidade dos Serviços de Apoio Domiciliário (SAD) que, em Portugal, são essencialmente assegurados por IPSS.

Sobre as questões acima mencionadas, poderia lembrar o início de um poema de Sophia de Mello Breyner: “Vemos, ouvimos e lemos/Não podemos ignorar”, que apesar de escrito noutra contexto, assenta como uma luva no que respeita ao cuidado das pessoas mais idosas.

- Que frequentemente vivem em condições indignas e de pobreza.

- Cujos familiares/cuidadores são por vezes igualmente idosos, outras completamente incapazes de deixar os empregos para tomar conta dos seus.
- Sob um subfinanciamento crónico, que não premeia os cuidados diferenciados.
- Numa desarticulação entre Segurança Social e Saúde, que cria entraves a uma harmoniosa transição de cuidados entre o ambulatório e o hospital.
- Com cuidadores formais dos SAD habitualmente mal qualificados, mal remunerados, muitas vezes desconsiderados, desmotivados e com elevada prevalência de depressão e fadiga.

A publicação elenca estes e muitos outros problemas que “não podemos ignorar” e muito menos desistir de superar. Como sinal de esperança, o programa Gulbenkian Home Care apoiou muitas medidas em parceria com IPSS, cujos resultados foram validados cientificamente e são aqui disponibilizados.

Apresentam conclusões muito promissoras. Mostram que, entre muitos parâmetros, as pessoas mais velhas recetoras de cuidados avaliaram positivamente a melhoria da qualidade de vida geral (+40%) e da qualidade de vida física (+53%) e reportaram menos sentimentos negativos (-30%). Por outro lado, e igualmente extraordinário, foi o impacto positivo no nível de satisfação dos cuidadores dos SAD, que viram a sua valorização profissional reconhecida e muitos, que estavam em regime de emprego temporário, tiveram os seus contratos convertidos a tempo inteiro.

Por último, uma breve menção à prestação de cuidados de saúde no domicílio de pessoas mais idosas. Gostaria de reforçar a imperiosidade de assegurar uma transição segura e recíproca de cuidados entre o ambulatório

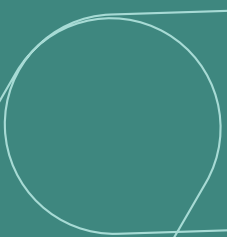
e o internamento. A evidência científica demonstra que, se as pessoas tiverem condições para estar internadas no seu lugar de referência, este é sempre preferível aos hospitais (menos infeções nosocomiais, menos deterioração física e cognitiva, melhor capacitação dos doentes e cuidadores). Por outro lado, as doenças crónicas complexas são uma causa frequente de consumo de recursos e de perda de qualidade de vida. Através da monitorização e deteção precoce da deterioração, poder-se-á tratar estas pessoas com menos custos e com melhores ganhos em saúde.

Vivemos tempos de uma mudança acelerada, com enormes desafios na área do Envelhecimento da População e do Inverno Demográfico, bem como de incerteza quanto ao impacto da tecnologia e da Inteligência Artificial no mercado de trabalho. Todavia, não se perspetiva a substituição do cuidar de pessoas em situação de vulnerabilidade por algoritmos ou robôs. Por muito que a tecnologia permita a automatização de tarefas repetitivas e ameace alguns empregos tradicionais, só com relações interpessoais é possível transmitir afeto, empatia, compaixão; reconhecer sentimentos de medo e tristeza e adequar a intervenção em consonância.

Por isso, e apesar de as profissões relacionadas com o cuidar terem sido pouco valorizadas (e devidamente remuneradas), é previsível que venham a ser uma enorme mais-valia, sim, de e para o futuro. Importa promover e capacitar os cuidadores, desenvolver as suas competências, adaptá-los a esta nova realidade do mundo. Saber usar a tecnologia para os tornar mais eficazes, mas cultivar a arte do cuidar, da gentileza de ouvir e colocar o Outro concreto no centro da preocupação e da ação.



Conferência Gulbenkian Home Care: Inovação na prestação de Cuidados Domiciliários a Pessoas Idosas, realizada a 10 de dezembro de 2024, na Fundação Calouste Gulbenkian. © Márcia Lessa



Novos modelos
de cuidados e o SAD
para pessoas idosas

Reflexões e apontamentos sobre o envelhecimento, velhices e políticas e a experiência de cuidar

Maria de Lourdes Quaresma

Envelhecimento

Envelhecimento, velhice e velhices representam diferentes realidades ao longo da História. As interrogações e as representações associadas a cada tempo histórico resultam e exprimem, por um lado, o valor que a sociedade atribui aos velhos e à velhice, e, por outro lado, como cada ser humano vive, experiencia e se afirma como sujeito da sua história. O envelhecimento da sociedade, com a dimensão estrutural que verificamos nas sociedades contemporâneas, só acontece porque a sociedade mudou o seu paradigma face à gestão das idades, integrando-as no processo de desenvolvimento a que se propõem. Processo em que, de alguma forma, cada um tem mais futuro na construção da sua própria história, onde se incluem, também, o envelhecimento e a velhice. O envelheci-

mento das sociedades contemporâneas resulta de e representa essa mudança.

Aprofundar o conhecimento sobre o envelhecimento e a velhice no nosso tempo histórico, é, pois, indissociável da análise deste entrosamento original de cada ser humano – no seu contexto social, económico e cultural –, apresentando uma complexidade crescente nas sociedades contemporâneas, dadas as rápidas e profundas mudanças que interagem a nível sociodemográfico, económico, cultural e geográfico.

O surgimento da Gerontologia Social, a partir dos anos 1960, nos EUA e em alguns países europeus, representa um marco na análise compreensiva destes processos, ancorada nas várias disciplinas das ciências sociais e humanas. O Centro Multidisciplinar de

Gerontologia de Grenoble, por iniciativa de Michel Philibert e Robert Hugonot, deve ser citado como pioneiro desta viragem no contexto europeu. Outros se lhe seguiram, como aqui referenciamos.

“Social gerontology is a subfield of gerontology. It is concerned mainly with the social, rather than the biological, aspects of ageing. However, social gerontologists do study how biological processes influence the social conditions of ageing. Societal ageing is one of the most important social trends of this century. It affects the major political, social, and economic institutions as well as the nature of interpersonal and familial relationships. Key issues concern how population ageing influences retirement patterns, income security, health care, and politics, and how these trends, in turn, affect the policy options available. Social gerontologists recognize, however, that old age is just one life stage, and that the quality of later life is determined by events, opportunities, and decisions made earlier in life. Thus, many studies in this field adopt a framework that emphasizes the life course to make sense of long-term trends and to explain differences among groups on the basis of race, gender, class, and ethnic origin. The life course perspective also provides a roadmap for thinking about how health, social relationships, and socioeconomic status change over time and across life stages³.”

A problemática dos riscos sociais

Ao longo dos tempos, envelhecer e ser velho sempre foi associado a receios, dificuldades ou, bastas vezes, à rejeição social. Proteger a velhice acontece pela outorga dos direitos sociais, com a implementação de sistemas de proteção social nas sociedades industrializadas do pós-guerra. A consagração do direito à reforma, no conjunto dos direitos sociais garantidos, constitui um pilar de proteção da condição de se ser velho para o trabalho. Num

tempo em que a esperança de vida iniciava a sua curva ascendente, há uma quase sincronia entre ser velho para o trabalho e ser velho de idade como última etapa da vida.

Na situação portuguesa, a fraca cobertura do direito à reforma, até abril de 1974, só vem a ser corrigida com a Constituição de 1976, que consagra a universalidade do acesso aos direitos sociais e, conseqüentemente, a implementação do sistema de segurança social. O direito à reforma, incluindo uma prestação de garantia de recursos para os que não tinham construído uma carreira contributiva e que, por razões de idade ou outras, estavam impossibilitados de aceder ao mercado de trabalho – pensão social (de velhice e de invalidez) –, é um pilar de proteção da velhice, ancorado ou não na situação laboral. Direitos adquiridos e maior segurança para todos, em especial para as novas gerações. Para os adultos que tinham feito o seu percurso num contexto bem diferente, o seu futuro não deixou de estar condicionado, pelas circunstâncias desse outro contexto que marcaram a sua história. Os problemas da pobreza entre os mais velhos dos velhos, maioritariamente mulheres, radicam em muito neste historial.

Meio século percorrido, o aumento progressivo e constante da esperança de vida, associado à melhoria das condições de existência, de que a universalização dos direitos sociais enquanto compromisso societário é motor, acompanha a dessincronia crescente entre ser velho para o trabalho e ser velho de idade. Ser velho para o trabalho acontece cada vez mais cedo e ser velho de idade vem cada vez mais tarde. Envelhecer acontece, vive-se, em contextos de profundas e rápidas mudanças que a todos os níveis codeterminam novos modos de viver e ser, ao longo do percurso de vida, e que escapam cada vez mais a regularidades facilmente apreensíveis. Ou seja, o alongamento do tempo de vida não é neutro

perante a noção do tempo e dos tempos da vida e, bem assim, aos seus significados para cada um e para a sociedade. De facto, esse mais tempo entre reforma e velhice, potenciando outras oportunidades de ser e estar no contexto em que é vivida, não deixa de comportar velhos e novos riscos por um tempo mais longo, em larga medida associados à qualidade das condições do percurso de cada um. Viver mais tempo é uma conquista civilizacional, e é, também, um desafio que não dispensa a garantia de direitos face a esse novo ciclo, nas suas múltiplas dimensões: sociais, de saúde, culturais, de acessibilidade e de participação na vida das comunidades.

Os projetos decorrentes da iniciativa Gulbenkian Home Care, tanto nos resultados como na análise crítica sobre os seus condicionamentos, são bem uma amostra deste imperativo. Em causa está um conjunto de questões sobre a adequação das medidas de política e respetivos normativos às diferentes situações e, bem assim, à sua eficácia para a resolução ou minimização dos problemas. Importa lembrar que as políticas são abstratas, mas não são neutras. Identificam problemas, constroem “respostas-tipo”. Ou seja, constroem categorias de problemas às quais correspondem categorias de respostas. Respostas tipificadas que dificilmente atendem a biografias vividas numa pluralidade e complexidade crescente de situações, revelando-se inadequadas e ineficazes quanto à resolução dos problemas, em especial das situações de maior fragilidade, que com frequência exigem intervenção à medida. Uma intervenção pouco compatível com os normativos existentes, contribuindo para a invisibilidade destas situações, excêntricas às medidas de política disponíveis.

Cuidar do Outro, enquanto singular que resulta da experiência única de cada um, na sua história e no seu contexto, exige múltiplas

barreiras evidenciadas na avaliação dos projetos apresentados.

É urgente revisitar os conceitos, os objetivos das políticas, as suas estratégias de implementação e, obviamente, a respetiva avaliação, designadamente os seus efeitos diretos e indiretos, virtuosos e perversos. Tudo questões especialmente sensíveis, no que se refere à problemática das incapacidades e dependências.

De facto, a lógica de categorização dos problemas/acesso às prestações/categorização dos beneficiários é particular e potencialmente segregadora, no que respeita à proteção das “dependências”. Não só pelas razões enunciadas, mas também pelo entorse semântico da não distinção entre défice, incapacidade e dependência, classificando os destinatários como dependentes. Ou seja, declinando na construção de uma nova “categoria” os idosos dependentes. Categoria que transporta os medos, os preconceitos e a segregação da velhice. Categorização reforçada pela sua mediação, o que não será indiferente às representações sociais de ser velho e velhice, com que as gerações mais novas (e mais velhas) se representam, na gestão do seu percurso e das relações intergeracionais.

Numa investigação de 2012, Vilaverde Cabral⁴ identificava que “o risco de incapacidade profissional é tanto maior quanto mais baixa for a posição na hierarquia social, seja medida pela educação, pelo rendimento ou através da perceção subjetiva (...) a duração da incapacidade está também associada às condições socioeconómicas. (...) Neste sentido, a influência da baixa escolaridade é crítica, pois não só restringe a oferta de trabalho às profissões que exigem um esforço físico permanente, e por vezes penoso, mas também porque acaba por condicionar fortemente o nível de rendimento e, através

deste, a percepção subjetiva do posicionamento social (...) Comparando com os outros reformados, as pessoas reformadas por incapacidade apresentam-se social, económica e inclusive educacionalmente mais vulneráveis e, conseqüentemente, mais pobres (...) a incapacidade afeta bastante mais as mulheres do que os homens, sendo mais numerosas do que os homens entre a população de reformados por incapacidade.” Análise elucidativa da relação entre incapacidade e condições de vida, reveladora do entorse da associação entre incapacidade e velhice.

As incapacidades não são uma inevitabilidade da velhice, ou seja, o fator idade não é determinante. As mesmas existem, numa grande parte dos casos, como consequência das condições de vida ao longo da sua história. E, como todos os outros, mantêm o direito a existir na sociedade. Compete à sociedade, a cada comunidade, criar as condições e os meios adequados e necessários à participação de todos na vida da comunidade.

“Il importe toutefois de situer la fragilité d’individu dans son contexte. Une même personne sera différemment vulnérable en fonction de sa capacité d’adaptation, mais aussi selon la capacité de l’environnement à tolérer ses handicaps et à faciliter sa réinsertion dans la communauté.”⁵

Conceito de dependência

A necessidade de garantir cuidados e apoios, às pessoas mais velhas afetadas por processos de redução da sua autonomia, constituiu um dos objetivos das políticas de velhice na maioria dos países mais desenvolvidos, em especial a partir da década de 1970.

O conceito de dependência é construído neste contexto. Na sua génese entra, por um lado, a noção de incapacidade (conceito das ciências médicas) e, por outro, de risco

de perda de autonomia, associando ambas à velhice.

O questionamento desta categoria, em foco nos anos 1990, resulta em muito da associação entre velhice, doença, incapacidade ou dependência enquanto cadeia sequencial irreversível, minimizando ou ignorando as interdependências entre doença, deficiência, incapacidade e desvantagem (*handicap*), e bem assim o papel codeterminante dos fatores sociais, económicos, culturais e ambientais na gestação e gestão destas situações. Bernard Ennuyer afirma que o que importa questionar é em que medida a necessidade de garantir cuidados, apoios, ambiente de qualidade às pessoas mais velhas, quando estas estão em situação de dificuldade para se bastarem no quotidiano, conduziu à adoção de uma terminologia vaga, redutora, com efeitos estigmatizantes sobre a velhice.⁶

A reflexão quanto a dependência e situações de dependência não pode, pois, ser dissociada do território e dos territórios em que se inscrevem, em que cada uma é vivida, percebida e cuidada. Ou não cuidada. Vivida por um sujeito com a sua história, percebida pelo seu contexto. As políticas são abstratas, mas os seus destinatários são os sujeitos, é cada um na sua singularidade, na sua história e no seu devir. Como diz Ennuyer, dependência, enquanto impossibilidade de escolher, de decidir por si, resulta, na maioria dos casos, da interação entre sociedade e indivíduo.

Assim sendo, estar em situação de dependência é substancialmente diferente de ser dependente. O mesmo já foi vivido no passado por pessoas com deficiência, serem consideradas como pessoas deficientes.

As experiências apresentadas no âmbito do Gulbenkian Home Care constituem um painel de informação, de interrogações e de propostas

que, direta ou indiretamente, põem em evidência algumas das questões que acabámos de enunciar: a territorialização da intervenção e o seu papel no diagnóstico das situações, na construção das respostas e na sua implementação, explícita ou implicitamente centradas na pessoa, na sua história e no seu contexto. Relevante será também considerar que dar voz aos sujeitos na construção de respostas aos seus problemas, sendo uma exigência ética, constitui de igual modo uma genuína fonte de escuta sobre a angústia da finitude, a consciência dos riscos que não podemos enfrentar sozinhos, a consciência das nossas limitações como seres humanos, em que o apelo ao laço social, como diz Maffesoli, ao lugar que o constrói, talvez seja um dos maiores contributos do trabalho desenvolvido.

A “espessura” e consistência do tecido social, do viver com os outros, conhecendo-os, é certamente um dos desafios das sociedades de hoje, cada vez mais em risco de fratura, de polarizações, de défice da valorização da vida como um destino comum, a par do desafio às políticas locais ajustadas às necessidades da população que servem, agregadoras das políticas setoriais, adequando-as às situações concretas de cada território.

A apreensão da realidade em todo este processo e, sobretudo, da sua evolução num tempo mais longo, constituirá um valor não só para aprofundar o conhecimento das causalidades destes problemas como, também, das formas de “desguetização” em que muitos vivem na última fase da vida. E, decerto, para repensar as políticas sociais de proteção da velhice, designadamente sobre a urgência de os diferentes territórios se adaptarem aos processos de envelhecimento, prevenindo situações de degradação do quadro de vida dos que não podem, por si só, adaptar-se a um ambiente hostil à sua participação e hostil à usura da vida, agravando-a pelas barreiras

que ergue, em vez de procurar eliminar as que existem. Barreiras arquitetónicas no edificado, barreiras no espaço público, barreiras culturais, barreiras sociais, a que crescem as barreiras da tecnologia. Nenhuma delas é intransponível. Mas da sua eliminação dependerá a qualidade de vida dos velhos de hoje e o envelhecer das gerações que hoje fazem o seu caminho.

Pessoas idosas e seniores

Cabe aqui, talvez, uma última reflexão breve sobre as diferentes designações com que nos exprimimos relativamente às questões do envelhecimento e da velhice, e do seu papel na construção das representações sociais da velhice e de ser velho. Refiro-me às designações de pessoa idosa e sénior.

A primeira chega, sobretudo, associada às desvantagens e défices com o avanço da idade, ao passo que a segunda se conjuga com o envelhecimento ativo, em que o fator idade é subalternizado face à conquista de visibilidade social, valorativa da sua participação na vida social, cultural e económica. Não é por acaso que, ao falarmos de pessoas idosas, as associamos a condições de vida mais precárias e, quando nos referimos a seniores, nos reportamos a uma maior autonomia na gestão de melhores condições de existência, nesta fase da vida.

Pessoas idosas e seniores correspondem a diferentes perfis: velhices em risco de exclusão *versus* velhices valorizadas, exemplos a seguir. De facto, o historial das diferenças socioeconómicas que marca cada um destes grupos, sendo revelador das desigualdades face aos riscos de incapacidade e de velhice, não deixa de exprimir imagens coletivas do bom e do mau envelhecer, condicionando a imagem de si que cada um constrói na sua relação com os outros. Imagem associada à capacidade e possibilidade (ou não) de ser

autônomo na gestão da sua vida: a capacidade de Ser até à morte. Não é novo em si mesmo. Nova será a dimensão de cada um destes grupos. No passado longínquo, ser velho era igual a ser pobre e a velhice chegava bem mais cedo, exceto para uma minoria dos que detinham poder e fortuna. A situação atual é indiscutível e substantivamente melhor, sob todos os aspetos, pelo próprio efeito da melhoria das condições de vida no aumento da longevidade. Mas é também verdade, como já referido, que as velhices precárias existem e continuam a ser, na sua maioria, o resultado de vidas em condições de precariedade. Não é uma fatalidade que assim seja. Analisar as situações de precariedade que afetam, hoje, as diferentes gerações que antecedem o pós-reforma, é uma exigência de qualquer projeção de futuro, esperando que o pós-reforma das próximas gerações não seja hipotecado a novos ciclos de pobreza na velhice. Não é uma questão de pessimismo ou otimismo. É sobretudo um saudável exercício de realismo, com alguns efeitos na construção de políticas que valorizem os sujeitos e intervenham sobre os seus contextos. Que a idade não seja fator de discriminação – nem no dizer nem no fazer.

Envelhecer e envelhecimento: a análise prospetiva que falta

O envelhecimento da população é uma das poucas certezas que sobrevivem a um ambiente social marcado pela incerteza e pela dúvida face ao futuro. Certeza que não deixa de acompanhar múltiplas interrogações sobre como incorporar esta dimensão do nosso desenvolvimento num projeto de sociedade “de todas e para todas as idades” – *slogan* muito usado, em décadas passadas, e caído em desuso nos tempos mais recentes. Na situação atual, o envelhecimento entra no capítulo dos receios, no enfoque acerca dos encargos com os regimes de pensões e dos

custos com as dependências. Ao nível da sociedade e da construção política, o enfoque está distante das questões com o futuro, exceto no que respeita aos regimes de pensões, sem se focar, contudo, na necessidade de garantir mínimos de rendimentos compatíveis com condições de vida condignas na velhice. E sem se focar, também, na análise das causalidades dos problemas que assustam (dependência, isolamento, acessibilidades), num não registo orientado para a prevenção. Alguma inércia e algum assistencialismo parecem acompanhar a apreensão da realidade.

Em sentido bem diferente pode considerar-se o *portfolio* de conhecimento, associado ao capital de experiência dos projetos desenvolvidos, no âmbito do Gulbenkian Home Care. No mundo real, no quotidiano de velhices cuja narrativa é, em si mesma, reveladora do envelhecer em busca do reconhecimento que lhe é devido, legítima certamente iniciativas propositivas de incorporação de algum do conhecimento adquirido, na conceção das políticas sociais nesta área, designadamente a nível local. A adaptação dos territórios ao envelhecimento das suas populações é um imperativo da promoção da qualidade de vida, a par do investimento na prevenção do degradar das situações de risco e da “guetização” das velhices invisíveis. O que vai muito além da lógica dos equipamentos instalados.

A problemática das acessibilidades e dos acessos à habitação, do espaço público, do cuidar ou reabilitar, facilitando a participação na vida da comunidade, acompanhada de estratégias de valorização das capacidades e das competências, são segmentos de intervenção orientados para o reconhecimento do valor de cada um, prevenindo situações de isolamento e muito particularmente a institucionalização. Acresce a construção de um capital de conhecimento que se reflita na comunidade e, em consequência, nas mudanças de atitude

perante a velhice e as velhices em tempos de profundas mudanças.

Vivemos, de facto, um tempo marcado por múltiplas transformações que acompanham a curva do aumento da esperança de vida, designadamente as alterações das estruturas familiares e do seu papel de entreatajuda e de suporte intrafamiliar, os movimentos migratórios, a revolução tecnológica e os seus impactos nos modos de viver, conviver, organizar e gerir o ciclo de vida das várias gerações. Transformações estruturais que não deixarão de influenciar o sentido de autodeterminação de cada um e de afirmação de si, perante os outros e perante as situações de dificuldade.

Que futuro e que futuros se perspetivam para as gerações que farão o seu caminho pós-reforma, neste tempo de profundas mudanças, sabendo que o intervalo de tempo entre reforma e velhice é cada vez mais longo? A análise prospetiva fará sentido?

Podemos admitir que sim. Sabemos que a velhice é o resultado de variáveis conhecidas ao nível das condições de vida e do que poderemos chamar realização pessoal. A sua monitorização em períodos longos permite obter informação sobre as expectativas quanto à velhice, a par de outros indicadores ao nível da situação familiar, saúde e condição económica, e da identificação das profundas mudanças no tecido social, entre as quais as decorrentes da invasão da vida e do quotidiano, pelo mundo tecnológico e sua repercussão nas relações familiares, sociais e económicas. Há muita informação disponível e muito conhecimento necessário à construção de estratégias e de políticas de proteção da velhice que previnam ruturas indesejáveis, com elevados custos sociais e humanos. O referencial para as políticas sociais não pode deixar de acompanhar esta evolução.

O futuro já começou. Importa o quê? Sobretudo, que a sociedade não subestime o seu capital mais valioso, o capital humano; que as políticas sociais não falhem o seu papel no processo de desenvolvimento humano; que os territórios se qualifiquem para a qualidade de vida dos que neles vivem, trabalham e envelhecem.

Novos modelos de cuidados numa Europa que envelhece: ações locais, responsabilidades nacionais, problemas globais*

Alexandra Lopes

Rute Lemos

Introdução

Neste texto, e em resposta ao desafio de fomentar a discussão sobre os eventuais novos modelos de organização do cuidado domiciliário, no contexto do modelo geral de organização de cuidados de longa duração, iremos lançar algumas ideias, e algumas questões, que pretendem, em larga medida, funcionar como o pano de fundo que enquadra aquilo que nos congregou na sessão

organizada pela Fundação Calouste Gulbenkian, no dia 10 de dezembro de 2024, o Encontro Gulbenkian Home Care. Embora o tom da sessão fosse fundamentalmente comemorativo, porque se apresentavam os resultados de projetos inovadores que a Fundação havia apadrinhado, projetos esses que tiveram impactos muito positivos nas vidas de todas as pessoas que tocaram, esse acabaria por funcionar, também, como um dia de reflexão sobre um tema muito sério que

* Este texto é produzido no âmbito do trabalho de investigação fundamental desenvolvido pelo consórcio LeTs-Care: Learning from Long-Term Care Practices for the European Care Strategy, financiado pela União Europeia, sob o Programa Horizonte Europa e através do contrato nº 101132701. LeTs-Care tem como objetivo identificar e estudar soluções eficazes e replicáveis no domínio dos cuidados de longa duração, reunindo para isso equipas de sete países europeus. A equipa portuguesa é liderada pela Universidade do Porto, nela se incluindo, como parceiros associados, a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa e a PortInCarers

deve convocar-nos a todos – o tema dos cuidados para com pessoas mais velhas com necessidade de apoio social e de saúde.

Embora o âmbito dos projetos apresentados no Encontro Gulbenkian Home Care se circunscrevesse à realidade do nosso país, a verdade é que a nossa experiência é, em muitos aspetos, uma experiência partilhada por um conjunto alargado de países, que se confrontam com as mesmas questões, as mesmas encruzilhadas, os mesmos riscos e pressões. No texto presente, e por essa razão, debruçamo-nos num conjunto de questões específicas que moldam a realidade europeia, onde o nosso país se integra, e que oferecem uma matriz de reflexão sobre a qual vale a pena determo-nos. As reflexões aqui compiladas alimentam-se do trabalho de investigação que tem vindo a ser desenvolvido no quadro do projeto de investigação “LeTs-Care”.

O texto está organizado em quatro pontos principais. Começamos com uma muito rápida revisão das tendências que apontam para o crescimento da procura de cuidados de longa duração no espaço da União Europeia para, de seguida, e também rapidamente, passarmos pela forma como os diferentes sistemas nacionais de cuidados estão organizados um pouco por toda a região. No ponto seguinte, e com um pouco mais de detalhe, avançamos para a sistematização de alguns dos princípios do que começa a definir-se como a visão europeia para o setor dos cuidados, para terminarmos com uma sistematização de alguns dos que consideramos os maiores desafios que se apresentam no horizonte próximo se pretendermos, de facto, concretizar essa visão.

Necessidades de cuidados a crescer numa Europa que envelhece

Sem entrarmos em excessos de informação, sobretudo por se tratar de grandezas numéricas

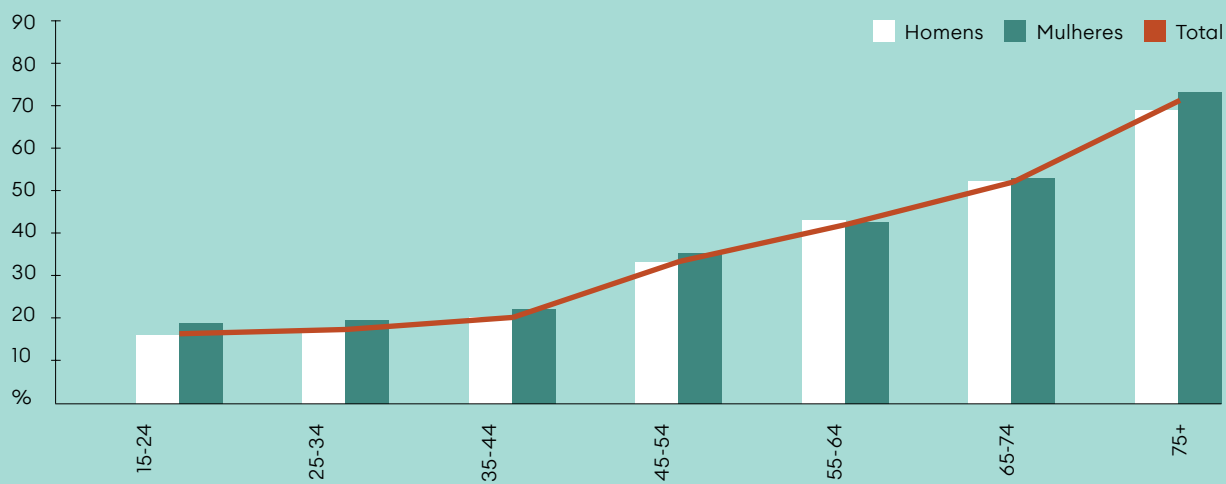
já facilmente reconhecíveis por todos os atores sociais, devemos, apesar de tudo, lembrar que a Europa tem estado a envelhecer e continua a envelhecer. A ritmos distintos, seguramente, e com *nuances* de intensidade que devem ser reconhecidas, a nível global a Europa está firmemente instalada num cenário de envelhecimento demográfico, mas também de envelhecimento populacional. Se o primeiro conceito remete para os (des) equilíbrios entre grupos etários, o segundo tem a ver sobretudo com a longevidade. Neste texto escolhemos focar o segundo, para lembrar que o número absoluto de pessoas com idades mais avançadas está a crescer e vai continuar a crescer. Os 92,1 milhões de pessoas idosas a viver no espaço da União Europeia, em 2020, estima-se que passarão a ser, em 2050, 130,2 milhões. E se focarmos o grupo dos mais velhos entre os mais velhos, os 26,6 milhões de pessoas com 80 ou mais anos de 2020 passarão a ser, em 2050, 49,9 milhões (Fonte: Eurostat, Population projections database).

O destaque dado a estas grandezas numéricas reveste-se de particular importância, se nos lembrarmos de que há um gradiente etário muito claro na distribuição de pessoas que, por motivos de saúde e fragilidade, vivem com alguma limitação para realizar as suas atividades diárias. A figura 1 permite visualizar esse gradiente etário.

Ou seja, não há como negar que o aumento do número absoluto de pessoas mais velhas se fará acompanhar, certamente, de um aumento do número absoluto de pessoas com necessidade de apoio social e de saúde.

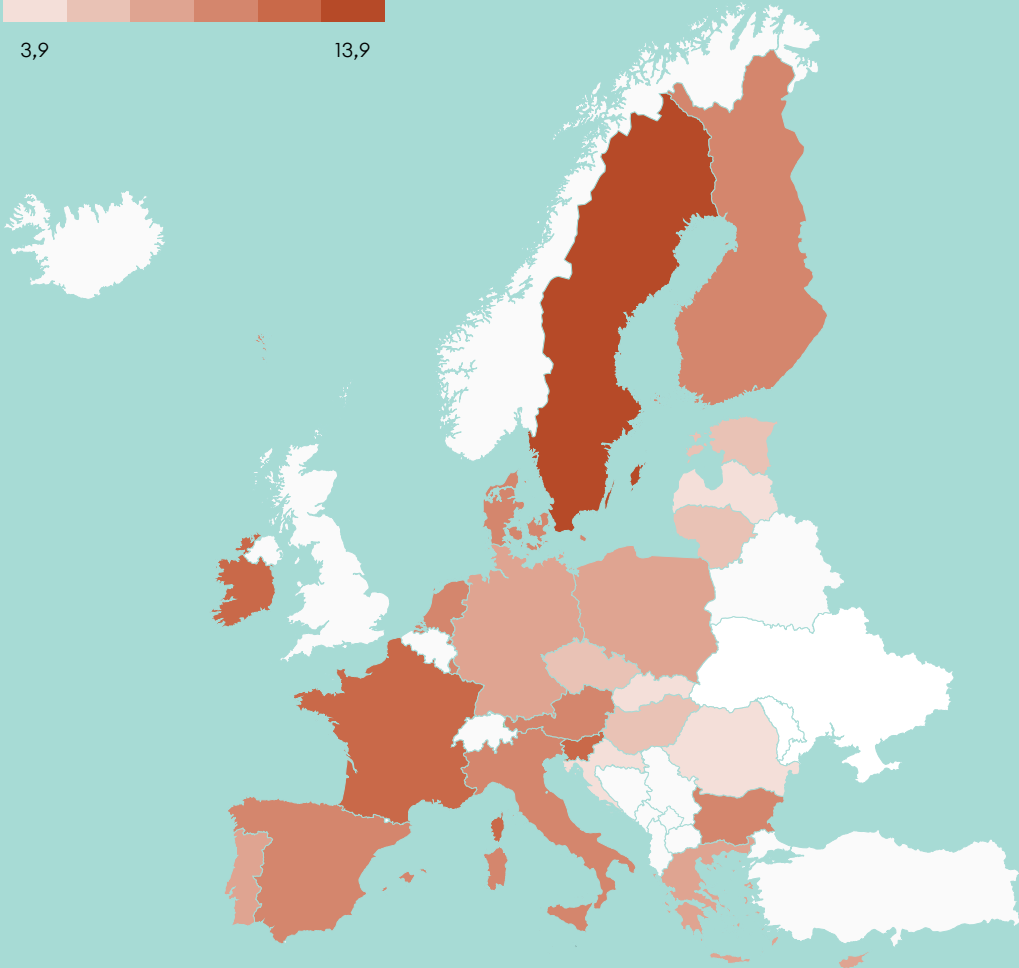
Note-se que a magnitude deste fenómeno vai depender, em larga medida, do que conseguirmos fazer em relação à quantidade de tempo de velhice vivido com saúde. Portugal tem um longo caminho pela frente, neste domínio, e é bom reforçar que qualquer

Figura 1. Proporção de população a viver na comunidade, por grupo etário, com alguma limitação na realização de atividades (2019)



Fonte: Eurostat (gráfico construído pelas autoras)⁷

Figura 2. Esperança de vida saudável, em anos, aos 65 anos de idade, nos países da UE (2022)



Fonte: Eurostat (2022)

ganho aqui vai significar muito, em termos de alívio da pressão sobre o sistema de cuidados, não tenhamos disso dúvidas. A figura 2, nomeadamente a partir dos seus gradientes de coloração, permite perceber como este tema é relevante para a realidade portuguesa. De acordo com as estimativas mais recentes, relativas a 2023, a esperança média de vida aos 65 anos é de cerca de 21 anos. No entanto, é expectável que apenas cerca de oito desses anos sejam vividos com boa saúde. Isto permite perceber a carga previsível de necessidade de cuidados, que decorrerá do crescimento do número absoluto de pessoas mais velhas.

Nesta análise, porém, o nosso foco está naqueles que precisam efetivamente de apoio e, como se pode ver no gráfico da figura 3, já são muitos e vão ser decerto mais. Não deixa de ser importante destacar as vincadas diferenças entre países, sugerindo que existem camadas provavelmente mais complexas, que terão de ser equacionadas, para uma discussão aprofundada do tema da projeção de necessidade de cuidados. Mas essa é uma discussão que sai do contexto da presente análise.

E esta linha de argumentação leva-nos, assim, a perguntar como está a ser cumprida essa necessidade de apoio. Disso nos ocupamos na próxima secção.

Como estão organizados os sistemas sociais de cuidados na Europa?

No que diz respeito aos sistemas de cuidados, o que encontramos na UE é uma paisagem muito diversa, com modelos diferentes, quer ao nível da forma como os cuidados são financiados, quer ao nível de como se organiza a sua prestação, quer até ao nível dos próprios tipos de cuidados que estão, ou não, disponíveis em cada país.

Esta diversidade reflete, naturalmente, trajetórias históricas distintas, mas também visões distintas sobre o que está em causa quando, enquanto coletivo, nos organizamos para suprir a necessidade de apoio a quem precisa: Quem paga? Quem tem direito? Como se dividem as responsabilidades?

Temos sistemas que radicam numa forte presença da provisão pública de serviços com acesso apenas dependente da existência de uma necessidade e sem pagamentos por parte do utilizador (ou com pagamentos de valor muito baixo), como por exemplo na Dinamarca. Temos sistemas onde esta forte provisão pública também envolve a prestação em dinheiro, sucede com recurso aos orçamentos pessoais, como acontece nos Países Baixos. Temos países onde o financiamento é de tipo contributivo, numa lógica de seguro social obrigatório, tendo em vista a constituição de capacidade financeira autónoma no Estado, para custear o sistema de cuidados, como é o caso da Alemanha. A prestação propriamente dita de cuidados também pode envolver um menu diversificado de configurações. Se nos países nórdicos há uma forte presença pública na prestação de serviços, designadamente na em articulação com os municípios, no sul da Europa temos um modelo de parceria entre o setor público (que financia) e o setor social solidário (que presta o serviço). E depois temos a mistura institucional, particularmente marcada em países onde os sistemas de cuidados de longa duração possuem ainda muitas limitações, em termos de coberturas, e onde a provisão informal (por familiares) e a provisão comercial acabam por ter uma expressão importante. Exemplos disso são Portugal, Itália ou Lituânia, para mencionar alguns. A miscelânea abarca, igualmente, o próprio menu de cuidados que se acomodam sob o chapéu dos cuidados de longa duração. Temos países que optam por atribuir subsídios monetários (como complementos de dependência, subsídios aos cuidadores,

orçamentos pessoais), um modelo que tende a devolver à pessoa a responsabilidade pela organização dos seus cuidados, e que tende a dinamizar as lógicas de mercantilização do setor. Temos países que optam pela prestação direta de serviços, que podem ser mais ou menos centrados no cuidado institucional, e ter níveis variados de integração dos cuidados pessoais e de saúde. Ou seja, uma diversidade de modelos que dá origem a uma Europa fragmentada, nomeadamente em termos de capacidade de resposta a necessidades, mas também ao tipo de respostas. No gráfico da figura 4, podemos ver a posição relativa de um conjunto de países, quanto às suas taxas de utilização de serviços de apoio, cruzadas com o peso que têm, nesses serviços, aqueles que envolvem institucionalização do utilizador.

Vemos, por exemplo, no lado superior esquerdo, um conjunto de países que têm taxas de utilização menores e uma elevada dependência de cuidados institucionais. No lado inferior esquerdo, não temos praticamente nenhum país. Estes seriam de baixa utilização e de baixa dependência de cuidados institucionais. Depois, há dois setores no lado direito onde temos os países com uma utilização superior à média. No canto superior direito, os que também têm cuidados institucionais elevados e, no lado inferior, os que têm cuidados institucionais baixos. Sem entrar nos pormenores da identificação dos países, o que se retira do gráfico é que temos países da UE a diferentes velocidades, e em diferentes fases de maturação dos seus sistemas de cuidados prolongados. É importante reconhecer este facto porque, nas discussões políticas, tratamos frequentemente os países como se estivessem todos mais ou menos na mesma situação, mas não é o caso. Há um grupo de países que se debate claramente com um problema de quantidade: a utilização é baixa, e é provável que sejam exercidas pressões sobre desenvolvimentos rápidos que possam garantir uma expansão célere da capacidade.

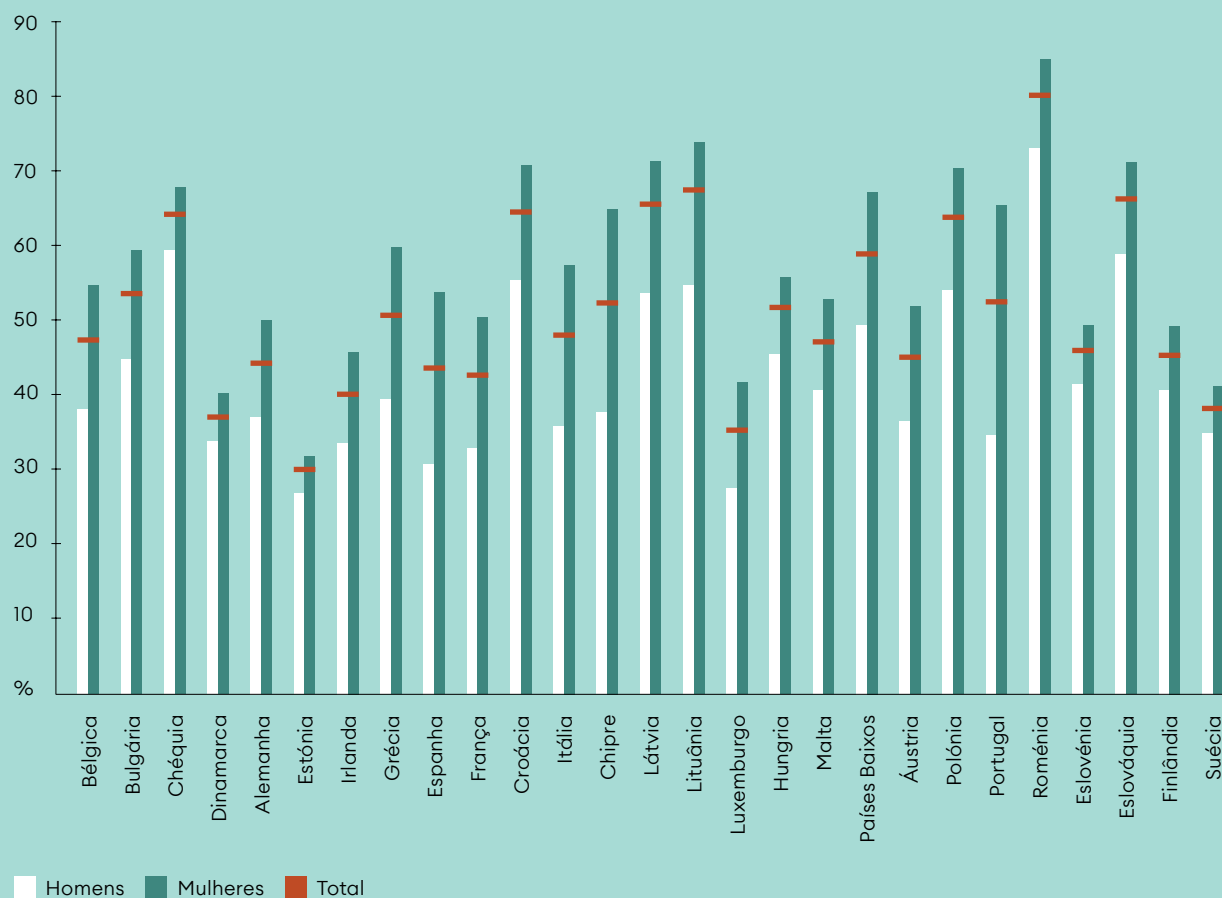
Estes costumam ser os países que, historicamente, dependeram dos cuidados informais, e que expandiram os cuidados formais mais recentemente; na sua maioria, sob a forma de cuidados institucionais no âmbito da assistência social – claramente o caso de Portugal. Por outro lado, temos um grupo de países que apresentam taxas de utilização mais elevadas, passando a depender menos dos cuidados institucionais, normalmente países que dispõem de sistemas mais maduros, e que iniciaram a transição para os cuidados baseados na comunidade há algumas décadas, apesar de no início também terem começado com os cuidados institucionais. Há um terceiro grupo que começa a ganhar forma, embora ainda pouco claro: trata-se de países com elevadas taxas de utilização, mas que parecem estar a seguir um caminho de reinstitucionalização. É o caso de França, da Dinamarca e da Finlândia. Alguns atores sociais sugerem que este facto está relacionado com as respostas ao aumento do número de idosos com demência. É um tema ainda por estudar. Seja como for, temos uma paisagem institucional fragmentada, onde procuramos encontrar alguns elementos comuns que permitam fazer avançar a agenda da promoção de cuidados acessíveis – para todos e com qualidade.

Esse é o mote para alguns dos mais importantes desenvolvimentos recentes de política pública europeia, de que damos conta na próxima secção.

Princípios e compromissos de uma visão europeia para os sistemas sociais de apoio a pessoas mais velhas dependentes

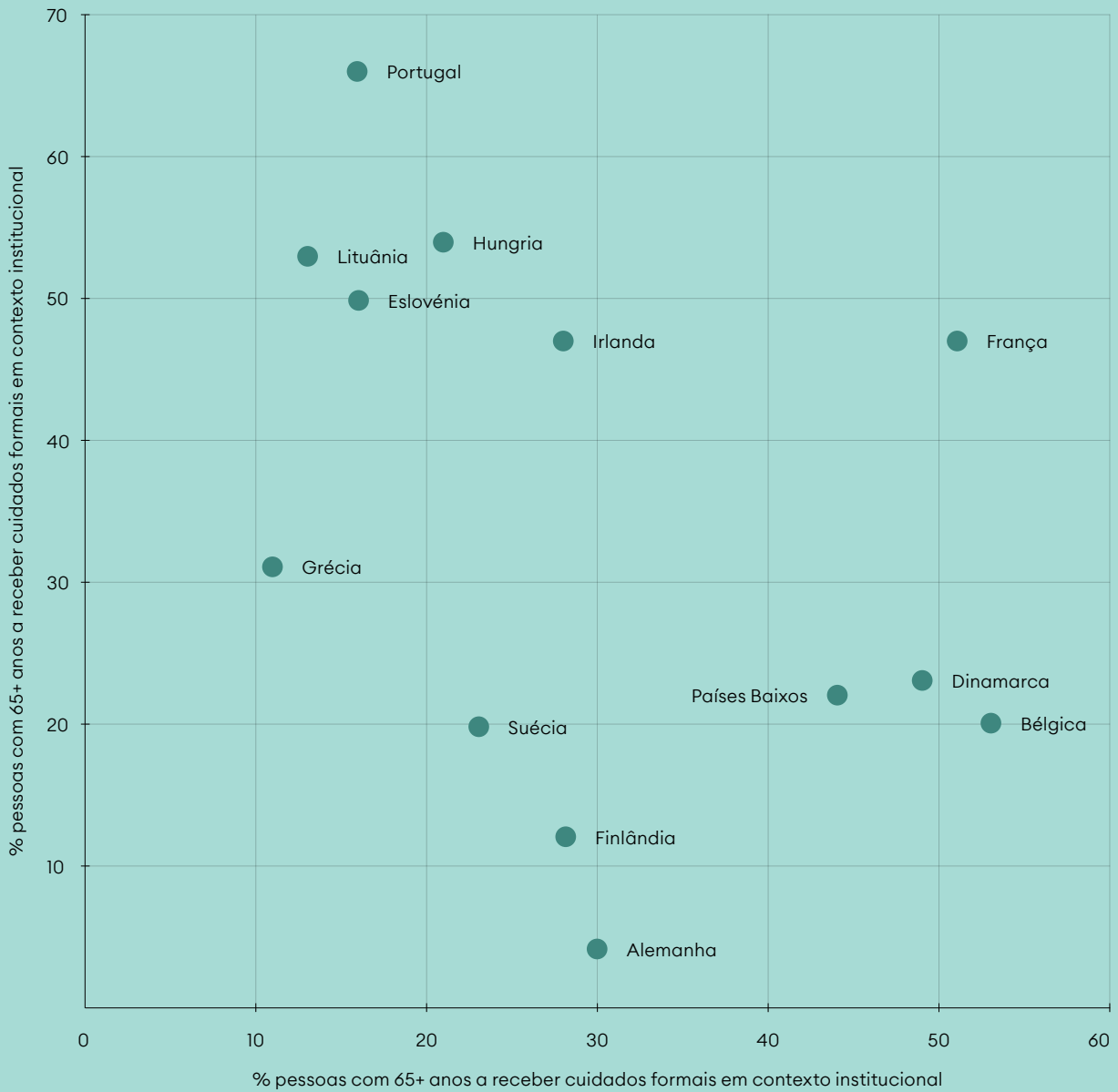
Como está a avançar, então, a discussão política a nível europeu, sobre os sistemas de cuidados para pessoas mais velhas? A verdade é que este é um domínio, tal como todos os outros domínios de política social, daquilo que vulgarmente designamos por “soft policy”.

Figura 3. Proporção de população com 65+, a viver na comunidade, por grupo de género, com alguma limitação na realização de atividades da vida diária (2019)



Fonte: Eurostat (gráfico construído pelas autoras)⁸

Figura 4. Proporção de necessidades satisfeitas por cuidados formais e peso da solução de institucionalização nas respostas formais (2023)



Fonte: Estimativas da OCDE (2023), (gráfico construído pelas autoras)

Ou seja, estamos a falar de áreas de intervenção onde as instituições europeias não têm qualquer competência vinculativa dos Estados-Membros, que retêm o exclusivo no processo de desenvolvimento político. A UE consegue, no melhor cenário, desenvolver um papel de influência, pela produção de orientações estratégicas e pela promoção de compromissos com princípios fundamentais, mas não pode ir além disso.

Ao longo dos anos, foram-se multiplicando os relatórios e as chamadas de atenção da parte de um conjunto diversificado de instituições europeias, mas só agora começamos a ver esboçar-se um plano de ação mais claro a nível da UE, com objetivos e com recursos para a sua implementação. Na verdade, vemos esboçar-se algo que faz lembrar um pouco o que aconteceu no início da década de 90 do século passado, quando a Comissão Europeia (CE) decide dar passos mais firmes, para fazer avançar a agenda da luta contra a pobreza. Por essa altura, e face ao cenário fragmentado a nível europeu, mas também às resistências de diferentes países em avançar com o tema, a CE multiplica as chamadas à ação, disponibiliza apoio técnico aos governos nacionais, envolve-se em parcerias com organizações não governamentais e constrói sistemas sofisticados de recolha de dados para monitorização das condições de vida das pessoas, dando visibilidade estatística ao problema da pobreza. Isso fez mexer os governos nacionais, um pouco em reação ao *naming and shaming* que a produção de relatórios comparativos acabava por promover.

Algumas iniciativas recentes das instituições europeias, focadas no tema dos cuidados de longa duração para pessoas mais velhas, fazem lembrar essa mesma lógica de atuar. São iniciativas que marcam a cronologia recente deste campo particular de política pública, permitindo identificar as linhas de

fundo que, cedo ou tarde, acabarão por influenciar as agendas nacionais de alargamento e reforma dos sistemas de cuidados.

A recente pandemia de COVID-19 veio dar um impulso a todo este processo, de refletir sobre os cuidados de longa duração para com pessoas mais velhas, já que trouxe à tona as fragilidades do setor de cuidados um pouco por toda a Europa. O artigo 18 do Pilar Europeu dos Direitos Sociais é bem claro, quando consagra o direito de acesso a cuidados, de elevada qualidade e financeiramente acessíveis. A Estratégia Europeia para os Cuidados, aprovada no final de 2022, veio consagrar uma visão global sobre como os cuidados devem ser organizados nos países da UE, e faz-se acompanhar de um conjunto de iniciativas e instrumentos que importa saber mobilizar, como auxílio à desejada transformação e reforma: *flagships* de apoio técnico, parcerias para o conhecimento e a transformação, linhas de financiamento dedicadas, seja sob os fundos estruturais seja sob o fundo social.

Alguns elementos dessa visão europeia, sobre como devem ser organizados os cuidados nos países da Europa, são particularmente relevantes para enquadrar as discussões que reuniram, na sessão, parceiros diversos com responsabilidades no sistema de cuidados portugueses. Estes elementos são discutidos, a nível europeu, como princípios fundamentais, que tocam inclusive matérias de direito e liberdade fundamental, e que se pretende sejam incorporados nos sistemas nacionais, naturalmente atendendo às especificidades de cada lugar, mas em todo o caso reconhecendo e preservando matérias de natureza essencial, para as quais estes princípios remetem.

- A prevenção constitui um aspeto crítico a considerar, seja para a saúde financeira dos sistemas, seja para a criação de oportunidade, no sentido de as pessoas viverem efetivamente na comunidade. A prevenção

- deve ser abordada de forma universalista, e de se traduzir em medidas precoces de adaptação de ambientes de vida, e de ajustamento no plano individual. Está a ser posto em prática em alguns países e funciona. Assim como funciona o investimento em reabilitação. Os sistemas de cuidados acabam quase exclusivamente focados no apoio, e em substituição do que a pessoa perdeu em termos de capacidade intrínseca, e têm pouco espaço para a reabilitação, que pode ser feita em todos os momentos. A nossa Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados surgiu um pouco imbuída deste espírito, que deve ser aprofundado e alargado.
- Outro domínio a exigir reformas é o da avaliação de necessidades. Este é de novo um campo onde a diversidade de práticas é grande. Alguns países recorrem a sistemas de pontos, outros usam abordagens qualitativas, outros, ainda, mantêm processos com elevado nível de discricionariedade, com uma muito vaga definição de critérios. Parece ser importante refletir sobre dois aspetos do processo que, no caso português, podem ser verdadeiramente disruptivos face ao que são as práticas instaladas: por um lado, a avaliação deve estar centrada na pessoa, para alavancar planos individuais de apoio; por outro lado, a avaliação deve ser realizada por instâncias independentes do prestador direto de serviços.
 - Outro tema que gera sempre desconforto em alguns contextos nacionais é o da desinstitucionalização. O quadro de compromissos europeu aponta, sem qualquer dúvida, para o carácter fundamental do direito a viver em comunidade. Nesse sentido, a prioridade deve ser estabelecida na expansão de serviços que permitam a máxima inclusão e participação na comunidade. Este é um tema complexo que não vamos aprofundar, até porque o chapéu comum aos projetos em exibição, no encontro promovido pela Fundação, é mesmo este e isso deu ampla oportunidade para dissecar o tema. É porém urgente, de facto, repensar modelos de prestação de serviços de apoio que envolvem institucionalização e, mais do que isso, culturas de cuidado típicas dessa figura organizacional.
 - Outra *buzz word* que vamos encontrando, em quase todos os documentos orientadores, é a integração. Envolve muitos elementos, mas um dos temas recorrentes é o do aprofundamento da integração dos domínios da saúde e de apoio pessoal/social. É um desafio, até porque a maioria dos sistemas de cuidados se desenvolveu sob o ramo da assistência social. Vai implicar reformas a diferentes níveis, desde sistemas de financiamento a sistemas de avaliação de necessidades, definição de perfis profissionais, sistemas de qualidade, entre outros.
 - Temos depois a questão da tecnologia e da sua utilização, para potenciar cobertura e qualidade dos cuidados. Parece haver já evidência de que a tecnologia pode ser interessante, sobretudo para garantia de coberturas em regiões menos densamente povoadas, e onde as características da ocupação do território dificultam a presença mais regular de profissionais, ou em contextos de alguma complexidade clínica, em que a monitorização regular (à distância) pode facilitar a organização de visitas, aumentar a segurança dos utilizadores, ajudar à reabilitação e autonomia, facilitar processos de gestão de informação. Há em alguns países, e com resultados promissores, exemplos muito interessantes da integração de tecnologia de cuidado, de forma mais generalizada.
 - E depois temos a qualidade. Há consenso face à necessidade de garantir cuidados

de qualidade, mas o que é qualidade? Não há em nenhum Estado-Membro uma definição formal do que constituem cuidados de boa qualidade, o que depois se traduz naturalmente em instrumentos de medição de qualidade diversos e, em muitos casos, pouco consistentes. Parece haver algum consenso quanto à importância de utilizar indicadores de resultados relacionados com a qualidade de vida da pessoa, mas também indicadores que reflitam os princípios de um cuidado centrado na pessoa e que incorporem, por isso, dimensões que remetem para princípios como a autodeterminação, autonomia, liberdade de escolha, privacidade, segurança, entre outros. O grupo de trabalho constituído no âmbito do Comité de Proteção Social da CE promete desenvolvimentos a este nível. Discute-se, por exemplo, a definição dos chamados *soft indicators*. A vontade da UE, em avançar com a publicação regular de dados sobre os sistemas de cuidados é bem acolhida, até porque tem o potencial de visibilizar tendências que forcem os Estados-Membros a avançar na direção desejada.

- Temos depois o tema específico das demências e da fraca preparação dos sistemas de cuidados atuais, para uma resposta adequada. Aliás, há preocupação relativamente a alguns desenvolvimentos recentes em países que já há muito haviam seguido a rota da desinstitucionalização, e que estão a reinstitucionalizar, muito devido ao número crescente de pessoas com demências. Este é um tema particularmente interessante, porque ilustra bem a importância de pensar os sistemas de cuidados de forma holística e envolvendo toda a comunidade. Fala-se muito de adaptação dos espaços domiciliários, mas do que urge falar é da construção de comunidades amigas da demência.

- Quase a terminar esta lista, temos a questão do fim de vida. Apesar de as pessoas preferirem terminar as suas vidas em casa, junto aos seus e às marcas dos seus percursos de vida, que definem aquelas que são as suas histórias, as pessoas estão cada vez mais a morrer em contextos de institucionalização. Isto é um desafio, mas seguramente um princípio orientador que colhe alargado consenso, e que deve também ser incluído na carta orientadora da reforma dos sistemas de cuidados.
- Finalmente, uma menção ao compromisso de apoio aos cuidadores informais. Há muita discussão sobre o valor económico que o cuidado informal representa, assim como sobre as perdas, os custos do cuidado informal. Há aqui agendas mais amplas, a agenda para o emprego, a agenda da conciliação, que se cruzam com a agenda dos sistemas de cuidados e que não vamos naturalmente aqui discutir. Mas sabemos que o cuidado informal é muito importante, em dimensão, e provavelmente vai continuar a ser. Qualquer mudança na capacidade de resposta do cuidado informal vai ter impactos na procura de cuidados formais. É preciso, por isso, olhar para o cuidado informal de modo mais sério: compensação económica, formação, apoio, descanso do cuidador, integração, mas também avaliação de qualidade.

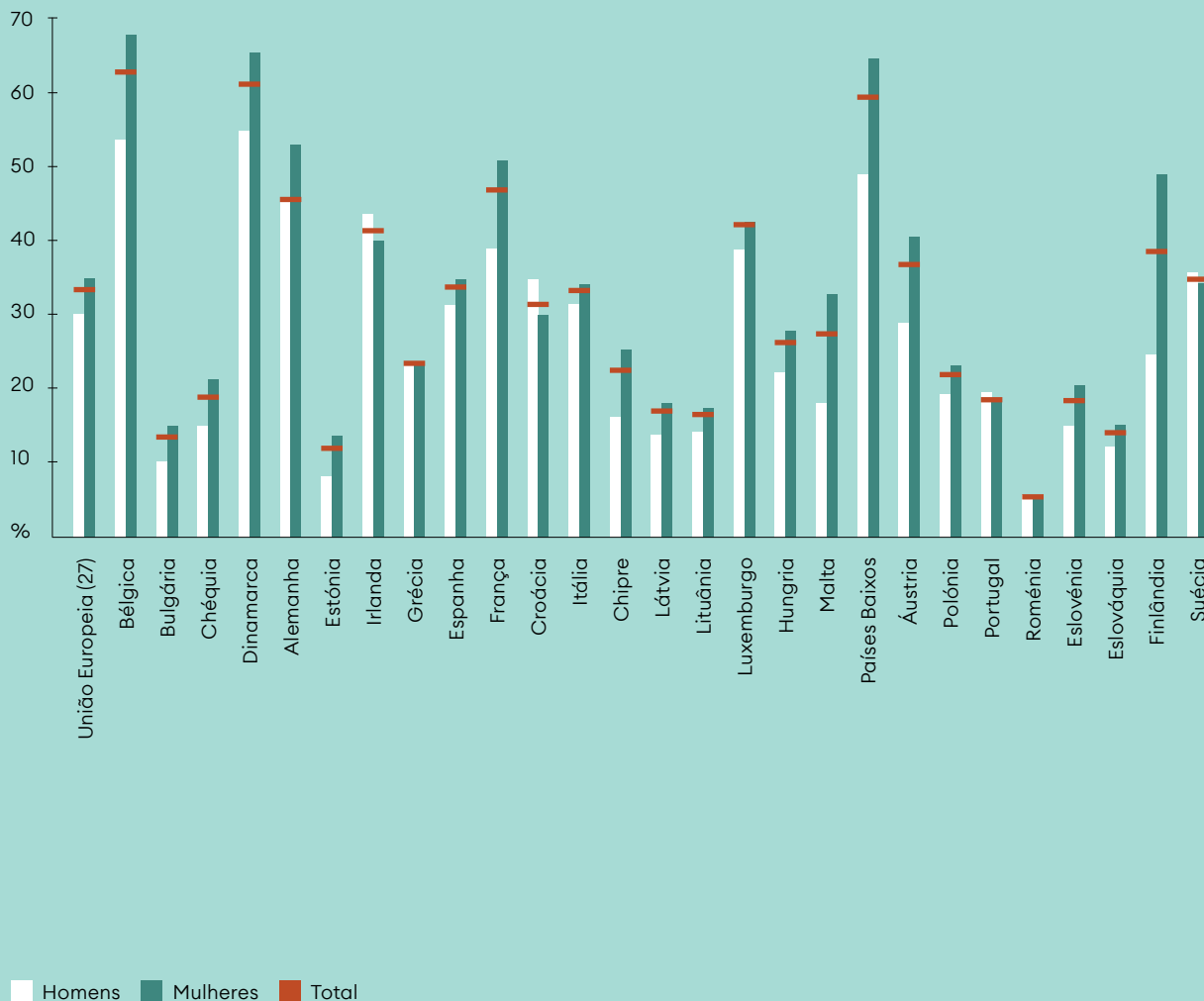
Ou seja, temos aqui um referencial exigente, ambicioso, centrado nas pessoas, na sua qualidade de vida, nos seus direitos fundamentais. Um referencial que naturalmente nos confronta com desafios, que são comuns a todo o espaço europeu, mas que, em alguns países, se apresentam particularmente complexos e exigentes. Assim é o caso do nosso país. Da sistematização desses desafios nos ocupamos na última secção deste texto.

Figura 5. Principais razões para não usar (mais) serviços de apoio domiciliário (2016)



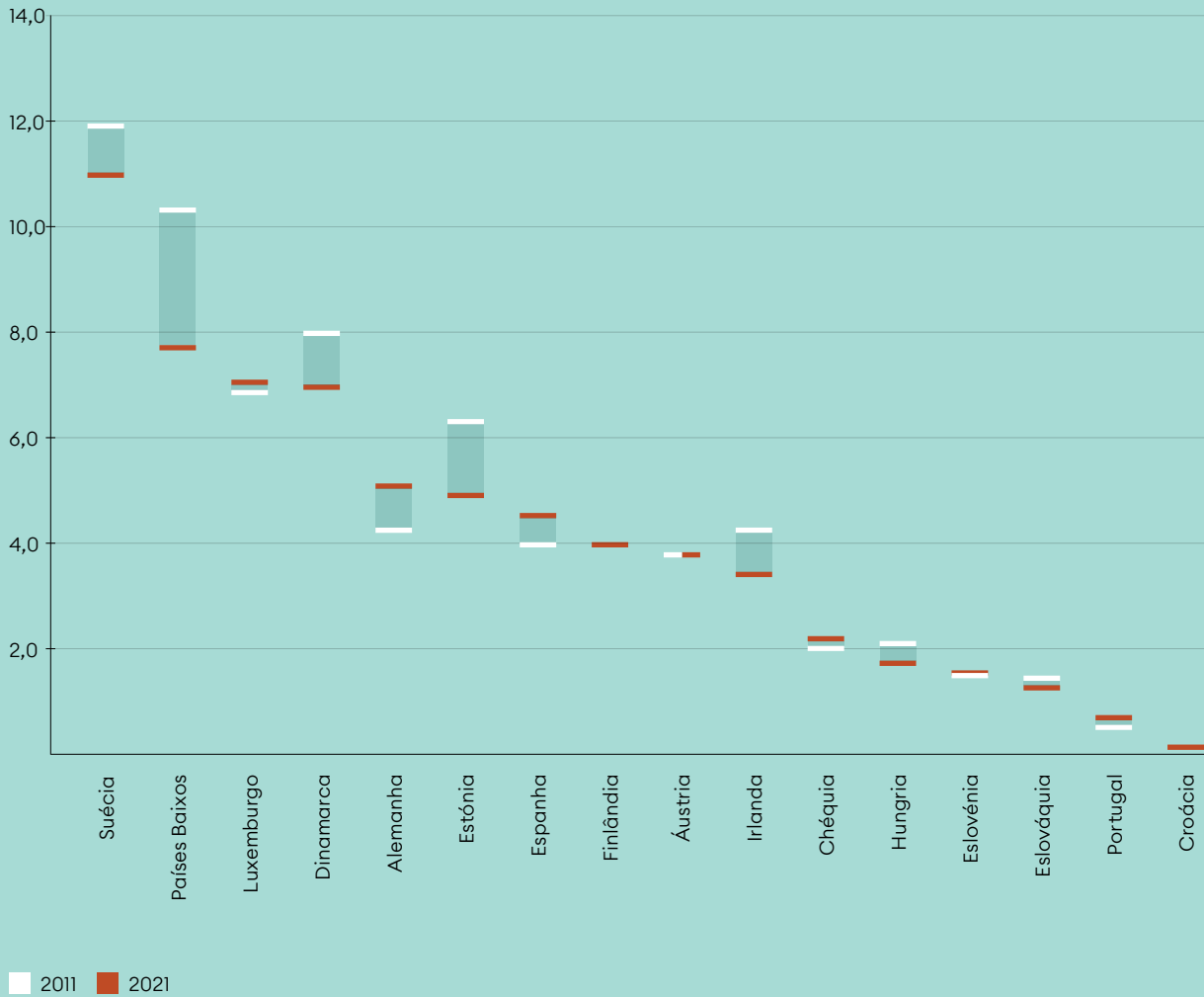
Fonte: Eurostat 2016 (cálculos das autoras).⁹

Figura 6. Proporção de pessoas com 65+ e limitação severa nas atividades diárias, que reportam uso de serviços de apoio no domicílio (2019)



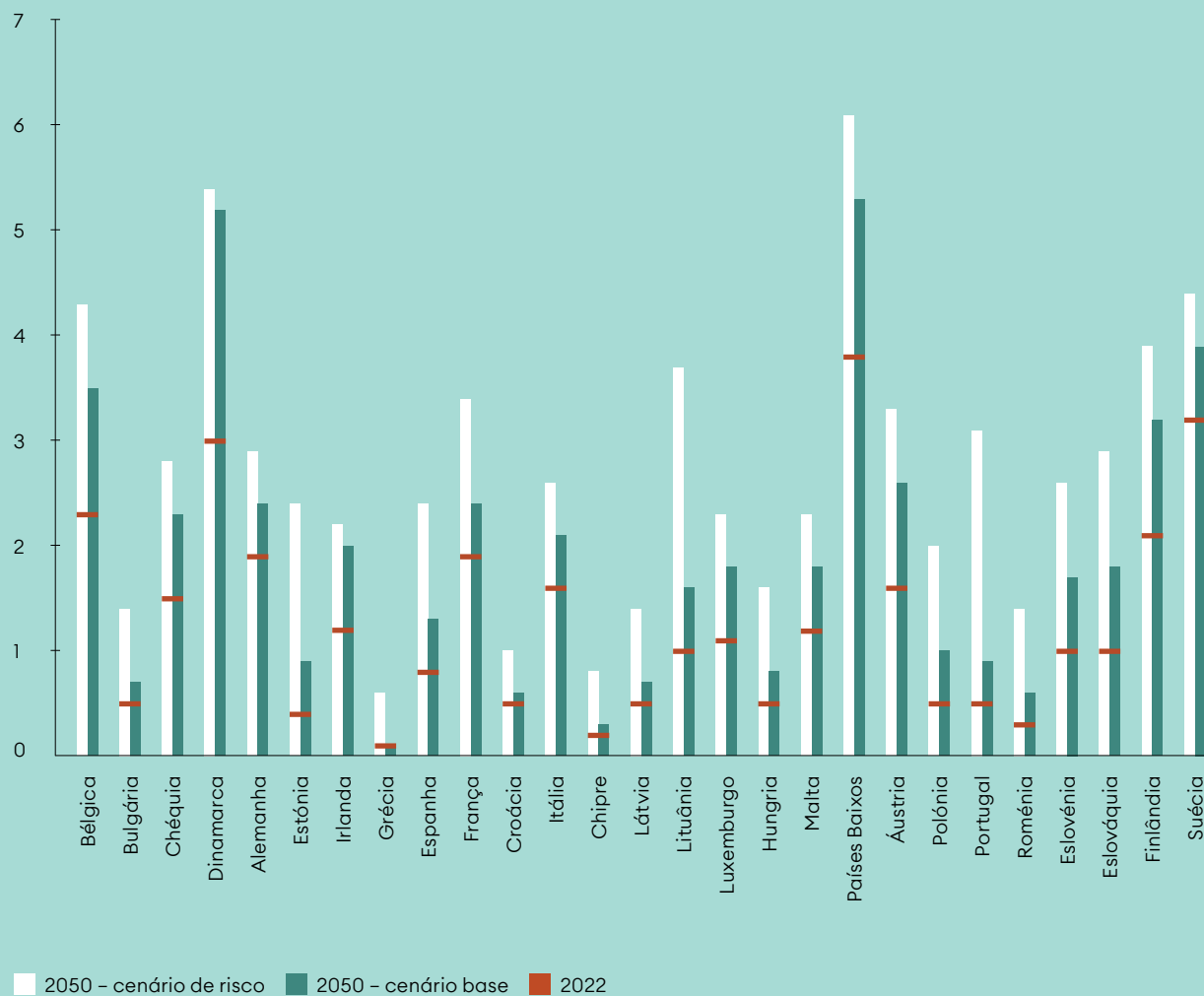
Fonte: Eurostat (2019)¹⁰

Figura 7. N.º de trabalhadores no setor dos cuidados por cada 100 pessoas com 65+ (2011 e 2021 ou ano mais próximo)



Fonte: OECD (2023)¹⁾

Figura 8. Despesa pública no setor dos cuidados de longa duração em % do PIB (corrente e projeção)



Fonte: Ageing Report (2024), (gráfico construído pelas autoras)¹²

Os grandes desafios para a garantia da equidade no acesso de todas as pessoas mais velhas a cuidados de qualidade numa Europa para todos e com todos

Gostaríamos de destacar, primeiramente, o desafio da quantidade: aumentar coberturas, chegar a todas as pessoas, nomeadamente evitando desigualdades territoriais, garantindo equidade no acesso. No domínio dos cuidados de longa duração, para pessoas idosas, é possível observar dificuldades de cobertura, o que muitas vezes deixa como única alternativa a aquisição de serviços no mercado comercial. Não estando, no âmbito desta análise, a intenção de discutir vantagens e desvantagens de modelos de provisão, que envolvam prestadores com diferentes inclinações face ao serviço, não haverá dúvida de que o acesso à prestação de cuidados no mercado privado será a que irá de encontro a mais e maiores barreiras de acesso, por razões financeiras. No gráfico da figura 5, percebemos que os motivos financeiros continuam a ser a principal razão, um pouco por toda a Europa, pela qual as pessoas não usam (ou não usam mais) serviços de apoio domiciliário. Isso significa que há, efetivamente, procura não satisfeita e necessidade de aumentar a capacidade de resposta.

Mas não se trata apenas de expandir em quantidade. Temos também o desafio da qualidade. Ou seja, o crescimento não se consegue por meio de formatos estandardizados que permitem resultados rápidos, nomeadamente expandindo de forma quase que exclusiva a solução institucional. O objetivo é expandir para um cuidado de qualidade, centrado na comunidade, e que parta da pessoa e dos seus contextos de vida. A relevância do encontro promovido pela Fundação Gulbenkian, que dá origem a esta publicação, está aqui, precisamente. É o cuidado centrado no espaço domiciliário da pessoa que deve constituir a prioridade. E neste ponto os países

têm um grande desafio pela frente, Portugal em particular tem-no seguramente.

Quantidade e qualidade, no entanto, não se atingem sem uma força de trabalho que seja suficiente em número e competente em qualificação, para o exercício das profissões. Este é um enorme desafio. Em 2020, a CE estimava que cerca de seis milhões de pessoas trabalhavam no setor dos cuidados, o que representaria cerca de 3% da força de trabalho europeia. Estas pessoas, na sua maioria mulheres, têm um trabalho difícil, com horários exigentes, muitas vezes sem qualquer reconhecimento, em alguns casos sem carreiras. Reinventar o trabalho de cuidar, valorizar, dignificar, recompensar, são pilares fundamentais para o tornar atrativo, mas também para garantir que o investimento subsequente em formação tem retorno.

Isto vai naturalmente exercer pressão sobre o investimento público, que se verá forçado a crescer. Por fim, temos por essa razão o desafio da sustentabilidade financeira do setor. Que tipo de sistema de cuidados queremos? Que recursos precisamos de mobilizar, para atingir essa visão? No quadro europeu, uma grande variedade, no que diz respeito à mobilização de recursos públicos com alguns países, como o nosso, exige despesa pública no setor dos cuidados muito abaixo da média europeia (figura 8). Crescer em quantidade e em qualidade vai seguramente exigir a proporcional mobilização de investimento público, mas também uma discussão séria quanto ao modo como vai ser financiado este setor em expansão, para garantirmos cobertura adequada e equidade no acesso. Em alguns corredores discute-se a importância de um plano de choque, para dar um impulso significativo à expansão e da consolidação dos sistemas de cuidados, como um plano de recuperação e resiliência dedicado. Uma coisa é certa, será necessário um enorme esforço de convergência, sobretudo da parte

de países como Portugal, para que esse impulso possa vir a acontecer.

É, pois, um quadro desafiante o que temos pela frente; vai exigir coragem da parte dos decisores e muita clareza, na forma como as coisas são discutidas na praça pública, de modo a criarmos um ambiente social propício à construção de consensos alargados que, obrigatoriamente, irão para lá daquilo que é a duração dos ciclos políticos de governação. É um quadro que vai ser marcado por tensões, seguramente. Há interesses instalados, formas por vezes seculares de fazer as coisas, gerando resistências. A mudança nunca é fácil, mas é possível, e projetos como aqueles que estiveram em discussão no Encontro Gulbenkian Home Care provam isso mesmo.

Conclusões

A questão dos cuidados de longa duração para pessoas mais velhas, numa Europa marcada pelo envelhecimento populacional, exige uma reflexão urgente sobre modelos de cuidados que possam garantir a equidade no acesso, a qualidade e a sustentabilidade dos serviços. O aumento da necessidade de apoio social e de saúde acompanha, diretamente, o crescimento da população mais velha, tornando imperativo que os sistemas de cuidados evoluam para atender a esse desafio, respeitando os princípios de uma visão europeia centrada na pessoa, na comunidade e na inclusão. A diversidade de modelos existentes na União Europeia evidencia tanto as oportunidades como os obstáculos à criação de um sistema de cuidados harmonizado e eficaz.

Os debates promovidos, como o Encontro Gulbenkian Home Care, mostram que a transformação do setor não depende apenas de uma expansão quantitativa, mas de uma redefinição do trabalho de cuidar, da ênfase na prevenção e reabilitação e da desinstitucionalização. Integrar os cuidados sociais e

de saúde, o investimento em novas tecnologias e a valorização do papel dos cuidadores informais são peças-chave desse processo. Contudo, o caminho a seguir não será fácil: exigirá vontade política, reformas estruturais, aumento do financiamento público e, sobretudo, uma mudança cultural que envolva a sociedade como um todo.

É com este olhar atento, e comprometido com a melhoria contínua dos sistemas de cuidados, que as instituições e os profissionais envolvidos devem seguir, a fim de assegurar que, numa Europa cada vez mais envelhecida, os direitos das pessoas mais velhas sejam efetivamente garantidos. Da nossa parte, e esse é o âmago do projeto “LeTs-Care”, temos uma equipa mobilizada para contribuir para a concretização dos princípios enunciados na Estratégia Europeia para os Cuidados, nomeadamente facilitando os processos de aprendizagem de construção de política pública, promovendo conhecimento contextualizado que ajude os decisores a introduzir reformas nos sistemas nacionais. É com grande expectativa que aceitamos, particularmente, participar em discussões como a deste Encontro Gulbenkian Home Care, onde se faça ouvir a voz de pessoas que são profundas conhecedoras destas matérias no dia a dia das suas concretizações e dificuldades, e que podem ajudar-nos a imaginar os caminhos de desenvolvimento para o sistema social de apoio aos mais velhos. Esse é o nosso compromisso com a construção de um futuro mais inclusivo e sustentável para todos, promovendo o diálogo entre as partes envolvidas e facilitando a implementação de políticas públicas que transformem a visão europeia em realidade.

O futuro do SAD em Portugal

Paula Guimarães

De acordo com a Estratégia Europeia para os Cuidados, e tendo como inspiração a Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência, o Estatuto do Cuidador Informal, o Plano Nacional para o Envelhecimento Ativo e a recente Lei da Saúde Mental, parece evidente que a prestação de cuidados deverá ser efetuada, prioritariamente, no meio normal de vida da pessoa cuidada, garantindo a sua plena inclusão na família e na comunidade e acompanhando a evolução individual das suas necessidades. Esta perspetiva de intervenção privilegia a humanização do cuidado e a proximidade entre os serviços promotores do cuidado e o destinatário final.

A intervenção centrada na pessoa cuidada e nas relações que ela constrói com os cuidadores informais e formais deve ser, por isso, um dos objetivos centrais numa política pública de intervenção social.

Pese embora todos os documentos inspiradores que têm vindo a lume nas últimas décadas, e todas as medidas recentes que procuraram incentivar o aparecimento de soluções sociais inovadoras, e que priorizam o cuidado no domicílio, não assistimos a uma efetiva

expansão do SAD como resposta social por excelência.

Ao contrário, o SAD continua a ser preterido pelas respostas clássicas de acolhimento institucional e encarado, muitas vezes, como o parente pobre das organizações promotoras.

As razões para a insuficiente afirmação do SAD, como principal forma de garantir o apoio a pessoas em situação de dependência, prendem-se com diversas questões que resultam de um enquadramento jurídico totalmente desajustado, face a um conjunto de lacunas e de obstáculos que, sucintamente, identificamos a seguir:

- Ausência de reconhecimento do SAD como empresa social.
- Ausência de uma política para o cuidador formal e Incumprimento do Decreto-Lei 141/89.
- Visão do SAD como uma extensão da atividade realizada em espaço institucional, em vez de ser privilegiado o espaço do domicílio do utente.
- *Ratios* de recursos humanos totalmente desadequados, dos quais resulta um tempo

insuficiente de permanência em casa dos clientes e a impossibilidade de desenhar o serviço às necessidades específicas do cliente.

- Visão conservadora do perfil do cliente e das suas necessidades.
- Valor da comparticipação insuficiente para diversificar as atividades e atrair e manter ajudantes domiciliários com perfil adequado.
- Desvalorização do papel do diretor técnico de SAD.
- Desvalorização do papel do voluntariado no contexto do apoio domiciliário.
- Desvalorização da importância da cultura, animação e lazer.
- Insuficiente recurso à tecnologia como recurso de apoio.

Propomos agora analisar cada um destes aspetos, apresentando propostas de melhoria e de reflexão.

O primeiro aspeto que importa salientar é que o tema exige uma abordagem global e integrada da oferta de serviços, e não apenas uma perspetiva centrada na intervenção protagonizada pelas Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS). É fundamental encarar o ecossistema do cuidado de forma abrangente e integrada, sem separar nem criar enquadramentos diferentes, consoante a natureza jurídica dos promotores.

Precisamos de reconhecer que o mesmo Estado que estabelece regras incompreensíveis, rígidas e estereotipadas de apoio domiciliário, no contexto dos acordos de cooperação, permite, ao mesmo tempo, no âmbito do alvará de funcionamento, que as empresas de SAD ofereçam um portefólio de serviços alargado e desenhado à medida de cada pessoa.

O mesmo Estado que dificulta às IPSS a possibilidade de desenvolverem uma oferta

lucrativa complementar, das suas receitas, e que insiste num SAD medíocre para pessoas sem recursos.

O mesmo Estado que ignora o número crescente dos que apoiam pessoas dependentes no seu domicílio, sem formação nem carteira profissional, e escolhidas por familiares sem legitimidade para tomar decisões, situações que configuram um apoio ilegal, com riscos semelhantes aos dos lares lucrativos clandestinos.

O mesmo Estado que define direitos e deveres, e obrigação de formação para os cuidadores informais, e é cada vez menos exigente com os cuidadores formais.

Parece-nos, por isso, fundamental a aprovação de uma política global para o cuidador formal, que defina parâmetros de capacitação mínimos, mesmo para os trabalhadores independentes; que crie a obrigatoriedade de uma carteira profissional, que preveja salário emocional para os profissionais que trabalham nas IPSS e, ainda, que institua um sistema de avaliação de desempenho.

A qualidade do SAD depende muito da qualidade e motivação de quem atua na linha da frente. E, no entanto, as remunerações são baixas, não havendo perspetivas de desenvolvimento de carreira nem de mobilidade.

As ajudantes domiciliárias ou familiares são o fim de linha, quando deviam ser valorizadas como a linha da frente. Pouco respeitadas nalguns casos, no contexto do mercado privado, e invisíveis por parte das direções das IPSS, que optaram, erradamente e com a conivência da Segurança Social, por celebrar contratos de trabalho em vez de contratos de prestação de serviços, como o Decreto-Lei 141/89 preconizou no início do SAD em Portugal, e que agora, perante a sua incapacidade

emergente para o trabalho, não planeiam a sua reconfiguração funcional.

São estes trabalhadores insatisfeitos, desacompanhados muitas vezes, sem a formação adequada e oriundos de outros países e culturas cada vez em maior número, que asseguram, dia após dia, o apoio aos mais vulneráveis dos vulneráveis.

Se no âmbito privado, porém, há uma preocupação de qualidade e a atividade é desenvolvida de acordo com um plano contratualizado, em casa do cliente, no quadro da Portaria 38/2013, o que existe não é uma opção, antes um contrato de subsunção, de aceitação de um Plano Individualizado de Cuidados em que o utente, muitas vezes, não participa, transferindo o eixo da intervenção de casa do utente para o espaço institucional de retaguarda.

Esta visão de um SAD “toca e foge”, que não se flexibiliza, onde não é possível socializar, animar, estimular cognitivamente, incluir na sociedade envolvente, em suma, onde não é possível criar relação, porque o tempo de permanência raramente excede uma hora por utente é, em si mesmo, inimigo do SAD como alternativa à opção institucional.

Podemos investir em projetos de impacto, garantir financiamento privado para um SAD mais ambicioso com todas estas dimensões, mas se estas experiências não escalam para política pública, e não se repercutem numa mudança de paradigma e de financiamento, nunca deixarão de ser fogos-fátuos de uma intervenção social geradora de frustrações, por parte dos profissionais e dos beneficiários.

Ao olharmos o SAD como uma resposta prioritária, que melhor corresponde aos desejos e expectativas da maior parte das pessoas cuidadas, temos de o desenhar como resposta inclusiva, traçada à medida do

beneficiário e do território onde se insere, e ajustar o financiamento aos cuidados oferecidos, para alterar o que hoje se verifica.

A prestação de cuidados de longa duração deve ser a prioridade, e exige repensar a proteção social complementar e alargar o leque de soluções.

Devemos perspetivar o cheque-apoio, para que as pessoas possam escolher a resposta privada ou solidária que pretendem, ou investir em produtos mutualistas ou seguradores de capitalização a fim de, no futuro, fazer um provimento de cuidadores.

E temos de perspetivar outros perfis de cliente, numa visão de SAD que apoia o cuidador informal e a pessoa cuidada de forma abrangente e não idadista, ao longo do ciclo de vida. Respostas diferentes para pessoas diferentes e que vivem em locais diferentes.

Neste sentido, é fundamental investir no enquadramento jurídico do SAD enquanto empresa social, permitindo combinar o financiamento público com o financiamento privado, para garantir o equilíbrio financeiro da resposta e permitir que ela acompanhe as reais necessidades das pessoas cuidadas.

Este novo olhar exige a rápida alteração do modelo de governo e de cooperação da Economia Social, e naturalmente o sistema de participação, de modo a valorizar a inovação, o impacto produzido e a qualidade dos serviços, em vez do sistema miserabilista atual de pagamento por utente, completamente destituído de uma avaliação qualitativa.

Mas é preciso, igualmente, valorizar os diretores técnicos de SAD (que devem assumir a função em exclusivo) a gerir uma resposta muito difícil, e que devem ser renumerados e respeitados tecnicamente. Reforçar a sua autonomia face ao dirigismo voluntário e

apostar em capacitação em domínios como o *marketing*, a gestão financeira e a supervisão de prestadores de serviços e parcerias.

Propomos um redimensionamento do SAD que acompanhe as tendências sociais e demográficas, que utilize cada vez mais soluções tecnológicas que ajudem os profissionais, e os libertem de tarefas burocráticas e de funções de acompanhamento de *back office*.

Um SAD que acompanhe as tendências da compassividade, envolvendo e sensibilizando todos os membros da comunidade, e que recorra ao voluntariado cuidador, para colmatar as insuficiências dos profissionais em áreas complementares, como o apoio na alimentação, a companhia, a relação com o mundo exterior.

Um SAD que corresponda aos cuidados que almejamos no presente e no futuro, e que permita contagiar a política pública com os exemplos de sucesso que o financiamento privado permitiu testar.

São muitos os desafios e os dilemas mas, se queremos criar condições para sermos cuidados de forma digna, temos de questionar o que existe hoje e contribuir para essa mutação profunda.



Conferência Gulbenkian Home Care: Inovação na prestação de Cuidados Domiciliários a Pessoas Idosas, realizada a 10 de dezembro de 2024, na Fundação Calouste Gulbenkian. Graphic Recording por Daniel Lança Perdigão © Márcia Lessa

Reconfigurar o SAD exige novos modelos de financiamento

Pedro Pita Barros

O assunto central é como tornar o apoio domiciliário em Portugal um pilar central da estratégia de envelhecimento, como alternativa à institucionalização de pessoas crescentemente dependentes.

É preciso considerar três pontos críticos:

- Ajustamentos necessários no quadro legal, em particular reconhecer o SAD como prestado por “empresa social”, para fomentar o seu desenvolvimento, inovação e escala.
- Desenvolvimento de recursos humanos especializados (treinar e estabelecer padrões de remuneração monetária e emocional.
- Integração de tecnologia no processo de apoio domiciliário.

Daqui decorre a necessidade de pensar em modelos de financiamento destas atividades.

Possibilidades de mecanismos de financiamento são uma forma de parcerias público-privadas (à falta de melhor nome,

devem ser parcerias com horizonte de relação superior a um ano, embora reavaliadas cada três ou cinco anos), alguma modalidade de proteção de seguro e apoio financeiro dirigido a soluções particulares.

O mecanismo de financiamento, qualquer que seja o formato que venha a ter, deverá satisfazer algumas condições: garantir a sobrevivência financeira dos prestadores formais do SAD, com horizonte temporal suficiente (três a cinco anos), para que sejam realizados os investimentos adequados; permitir a escolha de prestador por parte do cidadão; permitir a renovação do quadro de prestadores, facilitando a entrada de novos prestadores, e tendo formas claras de saída de prestadores que se revelem menos capazes ou menos inovadores; acompanhar, com transparência, a evolução das necessidades da pessoa cuidada.

Na procura do mecanismo de pagamento há que perceber, desde logo, que objetivos se tem com o SAD, em termos de sistema social.

Existe um equilíbrio a ser alcançado, nem sempre explicitado, na vida da pessoa cuidada:

manutenção de propósito de vida (manter-se no “meio normal” com “plena inclusão na família e na comunidade”), por um lado, e mitigação dos riscos para a sua vida, por outro lado. De um modo quase inevitável, a escolha entre domicílio e institucionalização envolve uma avaliação relativa desses dois objetivos. O sistema de apoio financeiro deve facilitar, e não impor, mesmo que indiretamente, as possibilidades de escolha.

Uma visão transmitida é a de o quadro jurídico ser voltado contra o SAD. A questão é que foi essa a evolução observada, e uma interpretação possível é a de minimização de riscos que possam acarretar responsabilidade legal, sendo mais fácil assegurar essa responsabilidade através da institucionalização do que por meio de serviços prestados por cuidadores formais, ou por cuidadores informais (sendo que estes crescentemente são pessoas a necessitar de apoio próprio).

Reequilibrar o quadro legal não é isento de perguntas que devem ser respondidas, sendo uma delas qual o grau de passagem de cuidadores informais para cuidadores formais, com atividade de prestação de serviços em mercado, que é desejável e desejada (transações de mercado em prestação de serviços trazem obrigações de registo, de monitorização de regulações, de impostos, que podem alterar a própria natureza da relação que se estabeleça entre cuidador e pessoa cuidada).

Para ultrapassar as lacunas e obstáculos, incluindo a definição de um mecanismo de pagamento numa relação de prestação de cuidados que é necessariamente formalizada, é preciso definir de maneira clara o que deve constar do apoio domiciliário.

Há pelo menos três grandes linhas a ter em conta:

- Tarefas de vida diária prestadas pelo cuidador, em substituição do que era anteriormente feito pela pessoa cuidada e atividades de estimulação física e cognitiva.
- Acompanhamento do declínio físico e/ou cognitivo da pessoa cuidada, numa lógica de previsão da alteração de necessidades.
- Referenciação para (solicitação de intervenção de) especialistas adequados sempre que apropriado.

Estando estabelecidas estas linhas, é igualmente necessário que o SAD consiga conhecer os objetivos de vida de cada pessoa cuidada, para ajustar o serviço prestado a esses objetivos.

Neste contexto, os aspetos intangíveis (a “qualidade e motivação de quem atua na linha da frente”) são relevantes, e tradicionalmente difíceis de incluir em mecanismos de pagamento (dependem de investimentos, frequentemente emocionais, das pessoas envolvidas na prestação).

O estabelecimento de um modelo de apoio “superior” de apoio domiciliário formal, que evite o “toca e foge”, implica uma capacidade financeira de pagamento que poderá não estar disponível, em muitos dos casos de pessoas cuidadas (e suas famílias). Não será tanto um problema de conceito do que é Serviço de Apoio Domiciliário e sim um problema de capacidade de pagamento.

A combinação de financiamento público com financiamento privado não é evidente na sua forma, independentemente de o SAD ser considerado como empresa social.

Será necessário o desenvolvimento de processos, tanto quanto possível automáticos, de monitorização do serviço prestado e da sua

qualidade, verificáveis por terceiras partes, para que mecanismos de pagamento mais sofisticados possam ter lugar, sem que sejam suscetíveis de manipulação e aproveitamento. Será fundamental identificar que processos terão de existir para evitar a passagem de relações cuidador – pessoa cuidada, estabelecidas na prestação de serviços, para relações no mercado informal.

A utilização de soluções tecnológicas não é apenas útil para libertar profissionais de tarefas burocráticas e administrativas. Terá igualmente de dar segurança e fiabilidade para serem geradoras de informação que permita mecanismos de pagamento mais sofisticados, modulados ao valor dos serviços prestados em apoio domiciliário.

Deixo para reflexão cinco passos para que se possa pensar num mecanismo de financiamento, no sentido de um SAD “diversificado, promotor de direitos e valorizador dos recursos humanos”:

- Definir claramente o que é uma carteira flexível de serviços/tarefas do SAD, com tipificação dos seus diversos elementos, e sua atualização regular.
- Identificar o valor de cada atividade (para o cidadão que possa vir a ser pessoa cuidada, qual a disponibilidade a pagar sob o véu da ignorância de não saber quando e se vai precisar desse apoio), como ponto de partida para a definição de pagamento adequado, se possível de acordo com resultados alcançados e com elementos de processo de caso de prevenção.
- Identificar a melhor forma de organizar a prestação dos serviços de apoio domiciliário, em termos de competências de profissionais, tecnologia e cuidadores informais (os cuidadores informais são uma forma flexível de trazer acompanhamento/capacidade adicional).

- Identificar quais os custos de cada recurso usado, e em que medida esses custos determinam a melhor combinação (profissionais, tecnologia, cuidadores informais), no sentido de alcançar os objetivos pretendidos com o menor custo possível.
- Identificar quem deve financiar esse custo e estabelecer o preço de cada serviço, de maneira financeiramente sustentável, promotora de inovação, e imune a manipulação para ganhos financeiros imediatos (deverá envolver, em princípio, apoio social central, apoio local/municipal, responsabilidade privada, apoio do setor da saúde, em proporções variáveis de acordo com o serviço e situação em causa).

É praticamente inevitável que tenha de existir financiamento público em muitas situações, e que este financiamento público tenha de aumentar (é o que se tem observado na União Europeia), sendo que em termos de despesa pública no final do ano não é necessariamente maior (há menos problemas de agudização de doenças crónicas). É desejável que haja um envolvimento, ainda que mínimo, de responsabilidade individual. É indispensável um acompanhamento constante da relação formal, e evitar que ao longo do tempo o modo de funcionar dos mecanismos de financiamento seja contrário aos objetivos definidos.

Em consequência de modelos de financiamento que permitam aumentar a escala das respostas e ter inovação social com regularidade, é necessário assumir que possivelmente, daqui a dez anos, nem todas as entidades estarão ainda em atividade, e que outras que não existem hoje irão surgir. É a renovação habitual associada à inovação. A dimensão mínima para “sobreviver” poderá aumentar, e como manter a proximidade e, ao mesmo tempo, conseguir ter outra forma de relacionamento financeiro será um equilíbrio a encontrar.

Um novo modelo de Serviço de Apoio Domiciliário Integrado: uma reforma inadiável

Mariana Ribeiro Ferreira

O envelhecimento da população em Portugal, um dos mais acentuados do mundo, apresenta desafios prementes à nossa sociedade, especialmente no que diz respeito ao cuidado dos idosos. Estudos recentes demonstram que em Portugal as pessoas envelhecem com pouca qualidade de vida, apesar do aumento da esperança média de vida. Com base nestas evidências, importa avaliar quais são as políticas públicas que promovem um envelhecimento saudável, que impacto têm, o que falta fazer, e delinear um plano integrado, robusto e ágil. A posição que Portugal ocupa nestes indicadores, respeitantes ao envelhecimento, quando comparado com os países do espaço europeu, obriga a que seja impresso um caráter de urgência e de agilidade operacional.

A realidade demográfica portuguesa revela um aumento exponencial da população com mais de 75 e de 80 anos, o que exige respostas sociais eficazes e adaptadas. O SAD, tal como existe hoje, tem demonstrado um crescimento

em número de lugares, mas enfrenta problemas de subutilização e de desadequação às necessidades das pessoas e das famílias. A opção de envelhecer em casa, que deve estar disponível e acessível para todas as famílias, e que comprovadamente traz poupanças de recursos públicos, não se configura, atualmente, a resposta mais adequada.

O atual modelo de SAD demonstra limitações face às necessidades complexas da população idosa, tornando urgente a criação de um novo modelo que integre serviços de saúde e maior flexibilidade na adequação da resposta às circunstâncias e contextos familiares. Sublinhar esta evidência em 2025 é uma afirmação datada. Os estudos e indicadores estão disponíveis há muitos anos, e as políticas públicas não foram desenvolvidas para responder às necessidades dos cidadãos. O que está a acontecer atualmente com o SAD aconteceu com outras respostas sociais e, nestes casos, lamentavelmente, o Estado acabou por ser o último a chegar. É nestes

territórios que surgem as respostas de inovação social e de empreendedorismo com impacto, e onde as entidades cidadãs têm sido determinantes para o progresso civilizacional. Vimos tudo isto acontecer em Portugal nas respostas para as pessoas com deficiência e estamos a assistir, agora, às respostas para as pessoas mais velhas, que vivem isoladas e com maiores fragilidades.

A iniciativa Gulbenkian Home Care é uma expressão evidente desta cidadania responsável, marcada por um foco muito grande no desenvolvimento das comunidades e do país. À volta deste programa juntam-se entidades da economia social, cuidadores profissionais e informais, académicos e decisores públicos, em torno de um objetivo comum – criar um Serviço de Apoio Domiciliário que garanta a dignidade e a qualidade de vida na velhice. Neste âmbito, as entidades prestadoras deste serviço já se adiantaram à política pública e têm recorrido às mais diversas formas de funcionamento, para colmatar as necessidades sentidas no terreno e as lacunas da regulamentação da Segurança Social.

Colocando as pessoas no centro da sua atuação têm mobilizado, de maneira incansável, diversas entidades locais para integrarem mais serviços, designadamente de saúde no SAD. Os projetos apoiados pelo Gulbenkian Home Care estão a ter oportunidade de testar novos modelos de SAD que incluem, designadamente:

- Acesso a cuidados de saúde primários
- Intervenções de enfermagem
- Apoio de reabilitação
- Apoio psicossocial
- Coordenação entre serviços

Para os agentes políticos, grande parte do desenho da política pública está feito.

E quanto a resultados e impactos?

As evidências também estão sistematizadas:


- Melhoria da qualidade de vida dos idosos: ao receberem cuidados abrangentes e personalizados no conforto do seu lar, os idosos sentir-se-iam mais seguros e confortáveis e com maior bem-estar.
- Redução da pressão sobre os serviços de saúde.
- Promoção da autonomia e independência.
- Resposta às necessidades específicas de cada pessoa e família.

Bem-aventuradas as comunidades que beneficiaram deste apoio da Fundação Calouste Gulbenkian, bem como todas aquelas situadas em territórios cujos agentes locais estão a financiar intervenções similares. Infelizmente, não está garantida a equidade no acesso e as disparidades tenderão a aumentar, se não existir um novo modelo universal. A gravidade desta circunstância obriga a uma ação urgente, mas parte do trabalho já está feito, cabendo agora aos agentes políticos garantir que todos tenham acesso aos mesmos cuidados.

Em suma, a criação de um novo modelo de Serviço de Apoio Domiciliário é uma necessidade inadiável. Este modelo permitirá melhorar a dignidade e a qualidade de vida de muitas pessoas, mas também iria trazer sustentabilidade ao sistema de saúde, ajudando na construção de uma sociedade mais justa e solidária para com os cidadãos mais vulneráveis.



Conferência Gulbenkian Home Care: Inovação na prestação de Cuidados Domiciliários a Pessoas Idosas, realizada a 10 de dezembro de 2024, na Fundação Calouste Gulbenkian. © Márcia Lessa



Boas-práticas no Apoio Domiciliário em Portugal

Boas-práticas de SAD em Portugal: enquadrar e perspetivar

António M. Fonseca

Em Portugal, a existência de apoio domiciliário para pessoas idosas remonta ao final da década de 1970, muito embora só a partir do final da década de 1990 esta resposta tenha ganhado destaque, no apoio à população mais velha.¹³

De acordo com a Segurança Social, entidade que regula o funcionamento do SAD no país, o apoio domiciliário consiste numa resposta social destinada à “prestação de cuidados e serviços a famílias e/ou pessoas que se encontrem no seu domicílio, em situação de dependência física e/ou psíquica e que não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e/ou a realização das atividades instrumentais da vida diária, nem disponham de apoio familiar para o efeito”. No *website* da Segurança Social (www.seg.social.pt/idosos) podemos encontrar, especificado, um conjunto de cuidados e serviços potencialmente abrangidos pelo SAD, designadamente quatro dos seguintes: “Cuidados de higiene e confor-

to pessoal; higiene habitacional, estritamente necessária à natureza dos cuidados prestados; fornecimento e apoio nas refeições, respeitando as dietas com prescrição médica; tratamento da roupa do uso pessoal do utente; atividades de animação e socialização; serviço de teleassistência”. Finalmente, preconiza-se que estes cuidados e serviços sejam disponibilizados “todos os dias da semana garantindo, sempre que necessário, o apoio aos sábados, domingos e feriados.”

Apesar de o SAD não ter sido originalmente concebido como uma resposta de tipo universalista, ou seja, em que se prestam os mesmos serviços a todas as pessoas por ele abrangidos, independentemente das suas necessidades ou preferências, o que se verifica na prática é que a grande maioria das instituições limita a oferta a uma tríade de serviços convencionais: fornecimento de refeições, cuidados de higiene pessoal e tratamento da roupa dos utentes. Com efeito, apesar das mudanças no perfil das pessoas mais velhas

que permanecem nas suas casas e que recorrem ao SAD, a natureza dos cuidados e serviços prestados tem registado poucas alterações, ao longo dos anos.

De acordo com a Carta Social 2023 (Dashboard - Carta Social), à data da recolha dos indicadores que a compõem existiam 2739 respostas de SAD, prestando apoio a 76 188 pessoas idosas. Nestes valores incluem-se a rede solidária e pública e a rede privada/lucrativa, localizando-se a maioria das respostas nas regiões Norte e Centro do país. Ao contrário do que sucede com a resposta Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI, também vulgarmente conhecida como Lar de Idosos), assiste-se no caso do SAD a um fenómeno que merece destaque: a existência de uma taxa de ocupação inferior à capacidade instalada. Na verdade, de acordo com a Carta Social 2023, havia instalada em todo o país capacidade para 115 323 lugares, o que corresponde a uma taxa de ocupação de 66%, isto é, uma em cada três vagas de apoio domiciliário não se encontra preenchida.

Isto mesmo é constatado no estudo MA(i)SAD, publicado em 2022 pela União das Misericórdias Portuguesas¹⁴. No conjunto das Misericórdias que oferecem o SAD, a taxa de ocupação não vai além dos 79% da capacidade instalada. Em todas as regiões, verifica-se uma taxa de ocupação inferior à capacidade máxima estabelecida, com exceção da Região Autónoma da Madeira, onde a percentagem de ocupação é superior à capacidade. O estudo faz notar que, num futuro próximo, é necessário “não 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.” Estes dados confirmam uma realidade que os sucessivos relatórios da Carta Social evidenciam: a evolução da capacidade da resposta SAD não tem sido acompanhada

pelo número de utentes interessados em usufruir deste serviço.

Com efeito, se olharmos para o período entre 2000 e 2022 (Fonte: GEP-MTSSS, Carta Social), a evolução das respostas sociais dirigidas à população idosa mostra uma tendência de crescimento clara. As respostas ERPI e SAD foram as que mais cresceram nesse período (78,4% e 71,2%, respetivamente), registando tradicionalmente maior oferta em termos de capacidade. Aliás, em 2022, o SAD era a resposta que apresentava um maior peso relativo, a nível da oferta, de vagas disponíveis para a população idosa, sendo que 63% destas vagas encontravam-se abrangidas por acordos de cooperação com a Segurança Social. As entidades da rede privada-lucrativa, que apresentam oferta de apoio domiciliário, estão situadas predominantemente nos distritos de Lisboa e Porto.

Como referido, o apoio à população idosa através da resposta SAD é desenvolvido, maioritariamente, por organizações não lucrativas no âmbito do terceiro setor (Misericórdias, Centros Sociais, Associações, Cooperativas, Casas do Povo, etc.), tuteladas e financiadas pelo Estado. Estas instituições têm autonomia, a nível da gestão e na captação de recursos financeiros, mas são balizadas pelas regras da Segurança Social (Decreto-Lei N.º 99/2011 e Portaria N.º 38/2013). O financiamento pelo Estado faz-se mediante o estabelecimento de acordos de cooperação com as organizações prestadoras de cuidados. Os acordos de cooperação têm um carácter essencial para a sustentabilidade dessas organizações, bem como para a acessibilidade aos serviços e respostas sociais, por parte dos cidadãos económica e socialmente mais desfavorecidos. A nível do financiamento, e complementarmente, o utilizador tem de efetuar um copagamento mensal, que decorre do valor da pensão que recebe.

Como também já referimos, embora a gama de cuidados e serviços que o SAD poderá prestar seja muito diversificada, o apoio domiciliário existente em Portugal presta maioritariamente serviços ao nível da alimentação, seguindo-se a higiene pessoal, o tratamento de roupas, e outras atividades pontuais, como higiene do domicílio e auxílio para a realização de atividades no exterior. Estes serviços são diretamente prestados por profissionais – ajudantes de ação direta – que, diariamente, se deslocam a casa das pessoas idosas recetoras de tais serviços. Os assistentes sociais têm assumido a função de coordenadores destes serviços, competindo-lhes, por um lado, gerir o serviço, os recursos humanos e toda a logística inerente à prestação de cuidados, e o orçamento e sustentabilidade do mesmo, assim como intervir diretamente, junto das pessoas mais velhas, na defesa da sua dignidade e na promoção do seu bem-estar social (Carvalho, 2016). A mesma autora não hesita em afirmar que o SAD é fundamental para promover a inclusão das pessoas idosas na sociedade, sendo considerado como uma boa prática a seguir, no que diz respeito ao apoio às pessoas idosas em sociedades envelhecidas, como é o caso português.

Mas, se assim é, como explicar que o número de pessoas que recebe apoio de SAD não tenha acompanhado a tendência de crescimento da oferta, registando-se, pelo contrário, um decréscimo e uma subutilização desta resposta?

A complexidade da situação, experimentada por uma larga franja de pessoas idosas que vivem nas suas residências, nomeadamente pobreza, dependência e isolamento social, desafia o modo como atualmente a resposta de SAD está pensada e é implementada. Com efeito, não é porque as pessoas idosas usufruem de apoio domiciliário que passam a apresentar menos pobreza, ou a relatar menos

isolamento. Muitas são reféns na sua própria casa (sendo a profissional do SAD a única pessoa com quem contactam durante o dia), e outras, além do SAD, são cuidadas pelo cônjuge e/ou filhos/as, que também necessitariam de apoio devido ao desgaste provocado pelo processo de cuidar, frequentemente sem pausas nem interrupções. Também o perfil dos atuais utentes de apoio domiciliário constitui um desafio adicional para a sustentabilidade do serviço: segundo o estudo MA(i) SAD, no que se refere à autonomia dos utentes que usufruem do SAD prestado pelas Misericórdias, 38% são parcialmente dependentes e 20% grandes dependentes e/ou acamados, de onde decorre a necessária e indispensável atualização dos serviços que são prestados, bem como da forma como são prestados.

Este fenómeno não é apenas português. Na Suécia, os primeiros anos do século XXI foram marcados por uma refamiliarização da prestação de cuidados aos mais velhos¹⁵, havendo mais idosos a receber cuidados familiares do que cuidados domiciliários. Para as autoras, trata-se de uma tendência inesperada, pois, na Suécia, como de resto em todos os países nórdicos, os filhos não são formalmente responsáveis por cuidar dos seus pais idosos. As autoras sugerem que o declínio do atendimento domiciliário decorre da existência de diferenças cada vez mais acentuadas, entre grupos sociais, sendo que idosos mais abastados tendem a escolher prestadores privados para satisfazer as necessidades percecionadas de assistência no domicílio, “completando” os serviços prestados por familiares e recusando o serviço de cariz universalista (considerado como de menor qualidade), providenciado pelo Estado. Já uma pessoa mais velha, com um rendimento mais baixo, apresenta menor capacidade para pagar esses serviços extra e, portanto, existe uma probabilidade maior de permanecer fiel aos prestadores públicos de apoio

domiciliário. Poderá isto estar a acontecer ou vir a acontecer em Portugal?

O apoio domiciliário tem sido defendido como uma resposta com um largo potencial de desenvolvimento, pois é o serviço que melhor se adequa às expectativas das pessoas idosas que pretendem envelhecer no seu domicílio, em linha tanto com o paradigma de envelhecimento saudável, preconizado pela Organização Mundial da Saúde, como através do conceito de *ageing in place*.¹⁶ Contudo, esta resposta tem necessariamente de se adaptar às novas exigências da longevidade da população, e às necessidades específicas de quem dela usufrui. Para isso, como defende Carvalho, “é importante que o SAD esteja integrado numa rede de respostas continuadas, que funcione com equipas multidisciplinares, que apoie as pessoas 24 horas por dia, que desenvolva atividades que coloquem as pessoas no espaço privado dando-lhe visibilidade e poder de decisão.”

Com este enquadramento, aqui ficam algumas pistas de desenvolvimento futuro, para a requalificação do SAD em Portugal:

- Recursos humanos: formação e reforço de competências, convertendo-se numa equipa verdadeiramente multidisciplinar, como de resto é enunciado nos normativos legais.
- Horário de funcionamento: alargamento para o período noturno e cobertura temporal mais alargada, incluindo sábados, domingos e feriados.
- Desenho efetivo de um plano de cuidados individualizado: a ser elaborado com o utente e com a família, mediante supervisão técnica, e sujeito a um acompanhamento e avaliação periódicos.
- Evolução para um sistema de provisão de serviços estruturado numa lógica social,

mas aliada a uma vertente de saúde e reabilitação, permitindo responder a um público-alvo que é cada vez mais uma população com necessidades crescentes de saúde e de apoio social.

- Aposta em serviços baseados numa diversidade de oferta e liberdade de escolha que não se reduzam à “marmita” ou ao “banho”, mas coloquem à disposição do utente outras possibilidades: transporte, acompanhamento ao exterior, companhia, reparações domésticas, cabeleireiro, atividades ocupacionais e de estimulação, cuidados médicos, enfermagem e reabilitação.
- Possibilidade de comparticipação nominal de serviços usufruídos de acordo com as preferências e necessidades individuais, previamente identificadas por uma equipa médico-social.
- Estabelecimento de parcerias entre serviços de segurança social e de saúde, criando respostas articuladas e complementares, privilegiando uma lógica territorial alargada (municipal, intermunicipal, regional).
- Garantia de padrões de qualidade, a começar pela formação dos profissionais que prestam os cuidados diretos, continuada pela existência de manuais de avaliação da qualidade dos serviços prestados, e complementada pela implementação de uma supervisão externa do apoio domiciliário prestado.

Concluindo, tendo como objetivo central contribuir para a permanência da pessoa idosa no seu domicílio e no respetivo contexto social, é necessária uma maior adequação do modelo vigente do SAD às necessidades da população, ultrapassando a atual lógica exclusivamente social, de resposta a necessidades básicas, pouco diferenciadora e com uma oferta de serviços limitada e universalista.

“Com a teleassistência, a senhora liga-me todos os dias, eles estão sozinhos, não têm filhos, vivem mesmo numa zona muito isolada e eram 6 da manhã de sábado para domingo, quando a senhora me telefonou a dizer que o marido não estava bem, precisava de chamar o 112. Conseguimos entretanto resolver a situação e evitar uma desgraça (...) dizem muitas vezes que só nos têm a nós.”

Técnica de SAD

A opção da Fundação Calouste Gulbenkian pelo *ageing in place* e pela inovação nos cuidados domiciliários

Anabela Salgueiro

O foco da Fundação Calouste Gulbenkian no acesso a cuidados pela população idosa

A área do envelhecimento e, nos anos mais recentes, o foco no acesso a cuidados pela população idosa, foram e serão uma prioridade na intervenção da Fundação Calouste Gulbenkian. Considerando o envelhecimento demográfico como um dos grandes desafios do nosso tempo, e as recomendações para preservar as pessoas nos seus ambientes, privilegiando os cuidados em contexto domiciliário e comunitário (e de acordo com a vontade dos próprios nesse mesmo sentido), têm-se dado primazia a iniciativas que favorecem um envelhecimento em casa e na comunidade.¹⁷

Um mapeamento de boas-práticas promotoras do envelhecimento na comunidade,

realizado em 2018¹⁸, esteve na origem de um ciclo de atividades da Fundação Calouste Gulbenkian. Deu mote a um concurso para projetos de intervenção no terreno, conferências e publicações, que procuraram valorizar e trazer à evidência bons modelos de intervenção, com atividades destinadas a apoiar as pessoas idosas (e não só) a continuar a viver nos seus lugares de pertença, junto das pessoas e dos espaços que lhes são mais significativos, onde podem participar ativamente na vida da comunidade.

Apesar de um período significativo da execução dos projetos, promotores do envelhecimento na comunidade, ter decorrido em plena crise pandémica, foi possível assegurar atividades de estimulação motora e cognitiva em casa e na comunidade, com sessões de fisioterapia e terapia ocupacional, organizar

atividades de grupo e fomentar a participação em peças de teatro, por exemplo, promover a interação e a leitura, com uma ludoteca itinerante, assegurar o acesso a bens essenciais e a cuidados de saúde.

Como nos lembra a Organização Mundial da Saúde, o envelhecimento saudável não se resume à ausência de doenças, inclui também a manutenção de capacidades físicas, cognitivas e participação social. Precisamos de abordagens multidisciplinares e cuidados personalizados, para se ir ao encontro das reais necessidades das pessoas idosas, com vista à preservação da sua autonomia, respeito pela vontade e salvaguarda dos direitos das pessoas idosas.

É urgente promover a adaptação e reorganização dos sistemas e das organizações sociais, ajustados ao perfil das pessoas idosas. O SAD será uma resposta de futuro. Atendendo à prevalência crescente de doenças crónicas, e à incapacidade do sistema de saúde em atender regularmente um número tão elevado de pessoas – foi criado para tratar situações agudas, e não para a monitorização regular que a cronicidade exige –, a prestação de cuidados em contexto domiciliário será porventura a modalidade que melhor poderá proporcionar esses cuidados, desde que se adapte à realidade, se ajuste ao perfil das pessoas idosas, tendo em conta a heterogeneidade característica desse grupo populacional, e assegure uma intervenção que promova a funcionalidade, através da estimulação de capacidades, da manutenção da saúde física e mental, e do seu bem-estar.

Diversos estudos têm vindo a assegurar que este tipo de intervenções tem obtido benefícios na qualidade de vida das pessoas, sobretudo na componente da saúde e na sua melhor funcionalidade. Em simultâneo, verifica-se uma redução da polifarmácia, do acesso à urgência e à necessidade de recor-

rentes hospitalizações, resultado de um maior controlo das doenças crónicas, conseguido por meio da sua monitorização e intervenção mais precoce.

Para um modelo de cuidados domiciliários com estas características, há que reformular a resposta tipificada, acrescentar valor ao que já existe, oferecer cuidados que tenham em conta os níveis de fragilidade e dependência dos mais longevos, acomodar diferentes saberes, setores e serviços, testar e validar novos modelos, metodologias, estratégias de intervenção, e em diferentes territórios deste país tão assimétrico, para que se tirem conclusões acerca dos resultados dessas intervenções, da diferença que podem fazer na vida das pessoas idosas, nas comunidades e na sociedade em geral.

Será exequível criar-se um ecossistema local de prestação de cuidados, que reúna os diferentes saberes e experiência de vários setores e serviços? E rentabilizando os recursos existentes e melhorando as formas de colaboração, melhora-se a oferta de cuidados?

A iniciativa Gulbenkian Home Care (GHC) foi criada com vista a testar novas formas de cuidar, a partir da qualificação e especialização dos recursos humanos, do reforço dos recursos técnicos e financeiros, da introdução de recursos tecnológicos e de gestão, da diferenciação e personalização dos cuidados prestados em contexto domiciliário. E a trazer à evidência quão eficientes e eficazes podem ser estes novos modelos, que apelam à maior articulação entre serviços, setores e profissionais, de modo a rentabilizar saberes e recursos existentes na comunidade.

A reduzida colaboração interinstitucional entre as entidades da saúde e as organizações sociais, tem dificultado a oferta de cuidados integrados, bem como de intervenções centradas nas pessoas e nas suas

necessidades. E outros aspetos condicionam a oferta de melhores cuidados, como é o caso da escassez de recursos humanos mais especializados, a dispersão geográfica e o isolamento em que vivem as pessoas que carecem de cuidados domiciliários nalgumas regiões, obrigando a que as equipas de cuidadoras (de facto é uma função exercida por mulheres) tenham de percorrer bastantes quilómetros e cheguem a um menor número de domicílios.

Sobre a diversidade dos territórios e de quem neles habita e a oportunidade do GHC

A assimetria dos territórios no acesso a cuidados – a diferença de viver no litoral ou no interior, em regiões com maior ou menor densidade populacional, pela diferença de recursos e serviços disponíveis – concorre para as diferentes condições de vida e o bem-estar da população.²⁵ Urge assegurar cuidados onde há maior défice de serviços e deficientes/inexistentes acessos, e chegar às pessoas que estão geográfica e socialmente mais isoladas. Dificuldades sentidas em zonas caracterizadas por uma baixa densidade populacional e acentuada dispersão geográfica dos seus habitantes, e onde se verifica uma escassez de profissionais para a área dos cuidados, e ainda mais de técnicos especializados, traduzem-se por maiores desigualdades no acesso a cuidados. Viver num dado concelho ou no concelho contíguo, pode fazer toda a diferença.

“Where we are born, grow, live, work and age significantly influence our health and well-being. The social determinants of health are shaped by policy choices, social values, and the systems we create and sustain. So, despite current inequalities and inequities, change for better is possible.”¹⁹

O GHC procura mitigar a desigualdade no acesso a cuidados, contribuir para a reconfiguração da oferta de cuidados e serviços, e contribuir para a criação de uma cultura de cuidados, através de uma intervenção mais abrangente e integrada em contextos específicos. Com maior qualificação, e com cuidados integrados e multidisciplinares, esperava-se reduzir os níveis de fragilidade/vulnerabilidade/dependência e melhorar as capacidades funcionais, a autonomia, o estado de saúde e os níveis de bem-estar das pessoas idosas, o que teria impactos significativos na vida dos próprios, e de quem lhes presta cuidados (cuidadores informais e cuidadores profissionais).

O GHC foi desenhado em torno de três eixos: a promoção de novos modelos de cuidados no contexto do SAD, na capacitação dos profissionais e, em terceiro lugar, do próprio setor prestador de cuidados. E tinha como objetivos:

- Potenciar respostas inovadoras, integradas e multidisciplinares.
- Empoderar os profissionais de apoio domiciliário, reforçando as suas competências.
- Robustecer as organizações sociais; atualizar metodologias e dinâmicas da intervenção.
- Criar valor, através da integração de recursos humanos especializados e melhoria das qualificações.
- Capacitar as organizações sociais para a transformação digital.

Na sua fase-piloto, o GHC foi testado em 15 regiões do continente e ilhas, através da intervenção de 15 organizações sociais que se diferenciam pela localização, pelos índices de envelhecimento e pela densidade populacional.

Intencionalmente, foram selecionados projetos de regiões com índice de envelhecimento mais elevado, como são os casos de Mértola, Fundão, Castelo Branco, Bragança, Ponte da Barca e Área Metropolitana do Porto. Assim como projetos onde se verifica uma elevadíssima densidade populacional – caso do Porto, Almada, Sintra – e de projetos em que a densidade populacional dos territórios era mesmo muito baixa, destacando-se os municípios de Mértola, Beja, Campo Maior, Castelo Branco e Bragança (ver tabela abaixo com os dados por concelho).

As entidades executoras dos projetos foram, por ordem alfabética: Benéfica e Previdente, Associação Mutualista, Cáritas Diocesana de Beja, Centro de Dia de São Silvestre de Escalos de Baixo, Centro Paroquial de São Bernardo, Centro Paroquial e Social de Lavradas, Centro Social da Irmandade de São Torcato, Instituto São João de Deus – Casa do Telhal, Santa Casa da Misericórdia da Venda do Pinheiro, Santa Casa da Misericórdia de Albufeira, Santa Casa da Misericórdia de Almada, Santa Casa da Misericórdia de Bragança, Santa Casa da Misericórdia de Campo Maior, Santa Casa da Misericórdia de Mértola, Santa Casa da Misericórdia de Vila Franca do Campo (R.A. Açores), e Santa Casa da Misericórdia do Fundão. Entre outubro de 2023 e dezembro de 2024, foram estas entidades e os seus parceiros que implementaram respostas inovadoras e o mais adequadas possível às necessidades das pessoas idosas, que constituem o seu alvo de intervenção. No capítulo seguinte, partilham os seus projetos, as suas práticas, os sucessos e os constrangimentos que tiveram de enfrentar.

Além do apoio financeiro e do acompanhamento técnico, a Fundação assegurou um apoio tripartido: financiamento, acompanhamento técnico e capacitação especializada, e avaliação externa. A MAZE Impact assegurou a capacitação e consultoria especializa-

da, para os profissionais e entidades responsáveis pela implementação dos projetos, com vista ao seu processo de transformação digital, através do recurso a ferramentas digitais para a gestão, desempenho e impacto. Além de sessões temáticas alargadas, de interesse geral, para melhoria da gestão e desempenho, também ofereceu formatos personalizados, ajustados às necessidades de cada equipa, o que foi reconhecido por todos como grande mais-valia. A entidade que assegurou a avaliação externa dos projetos e da iniciativa, de forma agregada, foi o Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS/ICBAS) da Universidade do Porto.

Estamos convictos de que esta avaliação, que está na sua fase final com o exercício de *follow-up*, poderá constituir um contributo relevante para a melhoria dos cuidados prestados, e para informar decisões, a fim de melhorar as políticas públicas.

ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO E DENSIDADE POPULACIONAL DOS CONCELHOS DE IMPLEMENTAÇÃO DOS PROJETOS GULBENKIAN HOME CARE (2023-2024)

	Índice de envelhecimento em 2024 (65+/0-14)	Densidade populacional em 2023 (hab./km ²)
Portugal	192,4 (+4,3% do que em 2023)	115,4
Faro (Albufeira)	166,2	342,9
Almada	177,8	2588,7
Aveiro	175,2	435,5
Beja	163,7	29,5
Bragança	265,3	30,2
Campo Maior	181	32
Castelo Branco	251,8	36,8
Fundão	318,8	38,5
Mértola	430,7	4,7
Ponte da Barca	301,1	61,4
Porto	215,5	6006
Guimarães (São Torcato)	187,6	650,6
Sintra	129,8	1239
Venda do Pinheiro/Mafra	122,5	309
Vila Franca do Campo, Açores	86,7 (2023)	132,3 (Censos 2021)

Dados: Pordata, Índice de envelhecimento e outros indicadores de envelhecimento e Densidade Populacional, consulta realizada em 24/06/2025.



Formação, realizada pela HumanaMente, à equipa do projeto “Sorrisos ao Domicílio”, promovido pela Santa Casa da Misericórdia de Almada. © Absolutauge

Os projetos-piloto

Milhares de pessoas idosas em Portugal recebem diariamente cuidados domiciliários através de serviços de apoio ao domicílio. A experiência de receber cuidados numa idade mais avançada, no nosso país, é de natureza bastante convencional, assente sobretudo no fornecimento de refeições e na prestação de cuidados de higiene. Todavia, a maior parte dos utentes de Serviço do Apoio Domiciliário (SAD) vive só (ou tendo por companhia outros idosos), tem problemas de mobilidade e, em muitos casos, apresenta problemas específicos ao nível da saúde (doenças crónicas, por exemplo). Raramente este tipo de necessidades é contemplado pelo SAD, o que denota uma clara discrepância entre as atuais modalidades de SAD e as necessidades reais de apoio dos respetivos utentes. Um outro aspeto crítico prende-se com o impacto negativo do isolamento social (aqui entendido como “solidão não desejada”), com que frequentemente os utentes de SAD se deparam, pois, apesar de a existência de SAD poder adiar ou mesmo evitar a institucionalização, viver isolado/a em casa pode provocar efeitos negativos na saúde, tanto a nível físico como mental.

Foi precisamente para responder a esta necessidade de inovação, no âmbito da prestação do SAD que, ao longo de 2023 e 2024, a Fundação Calouste Gulbenkian apoiou a implementação de quinze projetos que testaram modelos inovadores de cuidados domiciliários, em várias localidades do país.

No seu conjunto, estes projetos refletem uma visão multidisciplinar, e flexível, na prestação de cuidados a pessoas idosas residentes nos respetivos domicílios, ajustados às necessidades específicas das pessoas, tendo em conta os seus contextos de vida e assegurando a preservação das suas capacidades, bem como a sua participação na vida em comunidade, junto das suas famílias e redes de vizinhança.

Tempo para Cuidar 3.0

Benéfica e Previdente – Associação Mutualista

Joana Machado e Bruna Sousa

Início
01/10/2023

Fim
28/02/2025

Equipa do Projeto

Joana Machado
Técnica de serviço social

Bruna Sousa
Psicóloga

Patrícia Santos
Técnica de serviço social

Síntese do projeto

O projeto “Tempo para Cuidar 3.0” assumiu como objetivo central a promoção de um envelhecimento em condições de dignidade, para pessoas em situação de desfavorecimento social e económico, que são, tipicamente, o público-alvo da nossa intervenção. Numa perspetiva mais ambiciosa, e na sequência daquilo que vem sendo a nossa intervenção neste âmbito, pretendemos dar um contributo para o debate e a conceção de políticas públicas mais integradas e efetivas, capazes de garantir maior bem-estar e qualidade de vida, nas pessoas com idades mais avançadas. Foi com esse intuito que concebemos e testámos uma nova abordagem aos cuidados prestados no domicílio, materializado no projeto “Tempo para Cuidar 3.0”, que dá sequência aos projetos “Tempo para Cuidar”, financiado pela Fundação Gulbenkian em 2020 e 2021, e “Tempo para Cuidar 2.0”, financiado pelo programa Bairros Saudáveis, em 2021 e 2022. Com o projeto “Tempo para Cuidar 3.0” pretendemos qualificar e diferenciar a nossa intervenção, através da prestação integrada de cuidados de saúde, nos planos físico e emocional, com recurso à psicologia, à fisioterapia e à terapia ocupacional, à enfermagem e à medicina, em contextos de proximidade – na casa das pessoas –, promovendo o bem-estar e o *ageing in place*.

Sobre a Benéfica e Previdente – Associação Mutualista

A Benéfica e Previdente é uma Associação Mutualista criada em 1878, no Porto, com o objetivo de promover a entreatajuda de associados e trabalhadores em situação de vulnerabilidade social. Desde então, e por força das transformações sociais operadas no mundo e, por maioria de razão, na sociedade portuguesa, a Associação procurou sempre ajustar a sua intervenção de modo a respon-

der às necessidades dos mais frágeis, adquirindo o estatuto de Instituição Particular de Solidariedade Social, e dinamizando um conjunto de respostas sociais diversificadas na cidade do Porto, além de manter valências tipicamente mutualistas. Neste sentido, dinamizamos um conjunto de respostas dirigidas aos mais velhos, nomeadamente, Serviço de Apoio Domiciliário (com capacidade para 160 pessoas), Centro de Dia (com 30 beneficiários), Centro de Convívio (com 25 pessoas) e uma Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (com capacidade para 14 pessoas). Dispõe também de um Centro Comunitário que, em virtude da evolução demográfica da população portuense e das necessidades diagnosticadas, concebe e dinamiza atividades centradas, maioritariamente, na pessoa mais velha e no seu quadro relacional e comunitário. É neste contexto que nasce o projeto “Tempo para Cuidar 3.0”.

Quadro teórico-concetual do projeto

É hoje consensual, na investigação em gerontologia, a importância atribuída ao desenvolvimento de cuidados centrados na pessoa, e à promoção do envelhecimento nos quadros quotidianos de vida e relação, isto é, em casa e na envolvente social que lhe corresponde – o conhecido conceito de *ageing in place*. Esta perspetiva sustenta um crescente número de políticas e programas de promoção do envelhecimento ativo e saudável, significando, portanto, a aposta na promoção da autonomia e na criação de condições para a (re)constituição de laços e redes de relacionamento, e para a (re)construção de formas de participação social que permitam compensar os processos de “desligamento” – para utilizar a expressão mobilizada neste âmbito, por Cumming e Henry –, que caracterizam o envelhecimento e que se traduzem, frequentemente, na rarefação dos contactos, no isolamento e na desvinculação social. Um dos fatores que, em grande medida, contribui

para a autonomia dos mais velhos, e para a possibilidade de se manterem nas suas casas em condições de dignidade, é a garantia de resposta às suas necessidades elementares. É o que fazemos há várias décadas em Portugal, com o SAD. Este, porém, é hoje insuficiente para assegurar a satisfação de necessidades reconhecidamente centrais na vida das pessoas, por exemplo: o bem-estar emocional, o desenvolvimento de competências socioemocionais, para lidar com a perda e com os desafios do envelhecimento, a prevenção do declínio cognitivo, a identificação e o controlo da sintomatologia ansiogénica, muitas vezes associada a problemas de saúde física.

Falamos de necessidades que não são secundárias, ou acessórias, mas sim fundamentais ao estabelecimento de relações interpessoais positivas, de experiências de participação na vida da comunidade, da existência na vida de um outro. E é também a garantia de segurança – em especial quanto a sabermos que não estamos sozinhos e que nem morreremos sozinhos. “Tempo para Cuidar” é, pois, um projeto que pretende transcender as respostas tipificadas e funcionar como modelo de uma intervenção renovada, personalizada, mais próxima e humanizada.

Caracterização dos participantes

As pessoas que usufruem dos nossos serviços de apoio domiciliário são, em grande medida, homens e mulheres com baixos recursos socioeconómicos, em situação de isolamento social ou com pouca retaguarda e/ou fraca mobilidade. São também pessoas que, na sua maioria, residem em condições habitacionais que não conferem a dignidade necessária, tanto pela exiguidade e caráter pouco acolhedor dos espaços, como do ponto de vista estético (tantas vezes negligenciado em termos de análise), como do ponto de vista do conforto térmico.

Uma caracterização sucinta do conjunto de 73 beneficiários do projeto “Tempo para Cuidar 3.0” permite-nos sublinhar os seguintes elementos relevantes:

- 70% dos participantes são mulheres.
- Se considerarmos os participantes que têm mais de 65 anos (apenas três têm menos), a média de idades situa-se nos 84 anos.
- 60% dos participantes têm idade superior à esperança média de vida em Portugal.
- 26% dos participantes têm mais de 90 anos, sendo que a participante mais velha, falecida quase no final do projeto, tinha 96 anos.

Atividades desenvolvidas

Na sequência dos projetos “Tempo para Cuidar” e “Tempo para Cuidar 2.0 Campanhã”, “Tempo para Cuidar 2.0_Bonfim” e “Tempo para Cuidar 2.0_Sto. Ildefonso”, o “Tempo para Cuidar 3.0”, dinamizado entre outubro de 2023 e fevereiro de 2025, procurou dar continuidade a um modelo de intervenção complementar ao SAD tradicional. Acreditamos que um novo modelo de apoio domiciliário é fundamental, no quadro das políticas públicas neste domínio, se aquilo que ambicionamos é criar condições para que as pessoas idosas possam permanecer nas suas casas, em condições de segurança, saúde e bem-estar. Retardar a institucionalização – ou, se quisermos, abraçar o movimento em torno da desinstitucionalização – e evitar gastos desnecessários com cuidados de saúde, nomeadamente em urgências, que muitas vezes apenas são o reflexo de solidão e do sentimento de abandono, são algumas das ambições mais audazes.

O desenvolvimento do projeto “Tempo para Cuidar 3.0” assentou nas seguintes atividades:

- Cuidados especializados de promoção do bem-estar emocional, através da psicologia no domicílio (elaboração de diagnóstico e

definição da intervenção, em função das necessidades mais prementes, designadamente em termos mais próximos de uma abordagem clínica, ou de estimulação cognitiva, sensorial, emocional ou social).

- Cuidados especializados de fisioterapia e/ou terapia ocupacional no domicílio (avaliação do ambiente doméstico e de necessidades de adaptação para garantia de maior segurança, a par de educação para a redução de acidentes, treino de atividades da vida diária, estimulação cognitiva para preservação da memória, reabilitação funcional para melhoria de mobilidade, força e coordenação, entre outras funções).
- Cuidados especializados de enfermagem e medicina no domicílio e em articulação com outras entidades de saúde (organização e gestão da medicação semanal, a par da prevenção da polimedicação, avaliação de situações que requeiram cuidados mais específicos de saúde, resposta a necessidades clínicas num curto espaço de tempo).

A par destes cuidados especializados, e considerando os Planos de Ação de outras respostas da Benéfica e Previdente, foram dinamizadas oficinas de capacitação de profissionais, em matéria de envelhecimento ativo e de prevenção/tratamento das demências, dirigidos tanto a técnicos superiores como a ajudantes de ação direta que, diariamente, interagem com os mais idosos. Foi também implementado um *software* de gestão de serviços de SAD, de modo a promover a integração entre o planeamento e os registos de cuidados em tempo real e, deste modo, contribuir para a melhoria dos processos de comunicação, de avaliação do desempenho e de garantia da qualidade do serviço, bem como para a otimização de recursos.

Pontos fortes e pontos fracos

O projeto “Tempo para Cuidar 3.0” tem sido fulcral para a consolidação do nosso *know-how*, em torno da promoção do envelhecimento ativo e saudável e dos cuidados domiciliários, através da adoção de melhores práticas e metodologias diferenciadoras. Ao longo do desenvolvimento do projeto, reforçámos a importância de uma abordagem centrada na pessoa, garantindo respostas e, sobretudo, o estabelecimento de relações sociais respeitadoras da dignidade, da autonomia e do bem-estar destes cidadãos mais velhos. Um dos marcos fundamentais foi o fortalecimento da rede de parcerias, com profissionais de saúde e do setor social, permitindo uma abordagem mais sistémica e integrada. Esta colaboração tem sido essencial para otimizar a coordenação de serviços, assegurar um acompanhamento mais personalizado e responder, de forma mais eficaz, às necessidades emergentes da população sénior. Além disso, o projeto consolidou a nossa ambição de continuar a contribuir, com o nosso exemplo, para a conceção e materialização de políticas públicas mais eficazes e inclusivas. Acreditamos que a nossa experiência pode servir de referência para o desenvolvimento de estratégias sustentáveis, que respondam aos desafios do envelhecimento e garantam o acesso equitativo a cuidados de qualidade. O apoio financeiro da Fundação Calouste Gulbenkian foi determinante para aumentar a visibilidade e o reconhecimento institucional da iniciativa. Este investimento não só validou a relevância social e o impacto potencial do nosso trabalho, como abriu portas para novas oportunidades de crescimento, parcerias estratégicas e possíveis caminhos para a sustentabilidade a longo prazo. O impulso proporcionado oferece-nos a confiança na capacidade de expansão do projeto, e na possibilidade de continuarmos a fazer a diferença na vida de mais pessoas.

Devemos, contudo, dar nota de que um dos eventuais pontos fracos que identificámos tem que ver com a avaliação de resultados que pode ser enviesada, quando nos confrontamos com pessoas cujos diagnósticos variam de DCL (Declínio Cognitivo Ligeiro) e DCLa (Declínio Cognitivo Ligeiro amnésico) até quadros demenciais complexos. Nestes casos, torna-se muito difícil aferir o impacto efetivo, que poderá ser bem mais considerável, face à avaliação que foi possível realizar.

Resultados e impactos esperados e alcançados

A melhoria da qualidade de vida, medida, designadamente, através do aumento do bem-estar físico e emocional, e da manutenção da autonomia e independência, é o principal resultado alcançado com este projeto, ainda que nos centremos apenas nas melhorias declaradas e observadas.

Para tal, concorrem outros resultados, como é o caso da redução de riscos, de evolução da capacidade funcional dos idosos, da prevenção do declínio cognitivo e da fruição de melhores cuidados de saúde, por meio de um acompanhamento mais próximo e mais célere, com eventuais reflexos na redução da sobrecarga dos hospitais. Naturalmente, esta é uma intervenção cujos resultados alcançados devem, de preferência, ser aferidos a médio e longo prazo, mediante procedimentos devidamente estabelecidos, com base nas práticas científicas mais adequadas, pelo que a colaboração do CINTESIS – Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, é fundamental neste processo. Há, contudo, uma dimensão subjetiva que é possível aferir no dia a dia, no discurso manifesto dos participantes e seus cuidadores: nos relatos sobre a melhoria do sono e do estado anímico quando o profissional vai a casa; na manifestação de vontade e necessidade de mais sessões semanais; nas mudanças opera-

das na relação do beneficiário com o espaço interior (“Já me sinto mais confiante em tomar banho sozinho, desde que se põs aquela barra de apoio”, sugestão da terapeuta ocupacional) e com o espaço exterior (“Agora já sinto confiança nas pernas para ir ao café sozinho”); nas pequenas mudanças ao nível das rotinas, introduzidas pela confiança adquirida no decorrer da intervenção (da qual o “ir ao café mais regularmente” é um bom exemplo); no questionamento constante sobre quando poderão voltar a receber a visita regular da terapeuta ocupacional ou da psicóloga; na tristeza manifestada às profissionais do projeto quando estas preparavam o término da sua intervenção. Simultaneamente, o projeto, teve como resultado a progressiva qualificação e diferenciação dos nossos serviços. O aumento da procura do SAD da nossa entidade e o reconhecimento na comunidade – através, por exemplo, de mais contactos dos serviços sociais hospitalares e das juntas de freguesia, ou da aprovação de candidaturas a financiamento que têm como objetivo a melhoria contínua do serviço – são a prova de que prestamos um serviço qualificado, digno e promotor da dignidade dos mais idosos.

Constrangimentos e soluções encontradas

Um dos maiores constrangimentos com que nos confrontámos foi a contratação de um médico para realização de consultas no domicílio; foi colmatada através de uma solução que englobou a enfermeira como pivô, entre beneficiário e médica, inclusivamente com recurso a teleconsulta, quando necessário. Também a contratação de outros profissionais para o projeto, considerando o regime de prestação de serviços e o valor/hora suportável, constituiu uma dificuldade, com reflexos, por um lado, na estabilização da equipa e, por outro, na criação de uma relação de confiança e de segurança, com os participantes e seus cuidadores.

De todo o modo, a agilidade e flexibilidade na gestão do projeto permitiu contornar os efeitos deste facto, como quando conseguimos ultrapassar com relativa facilidade a circunstância de, a dois meses do término da intervenção, o psicólogo contratado ter deixado de estar disponível, questão que foi ultrapassada pelo recurso a profissionais que já exerciam funções na nossa Associação. Por fim, destacamos alguma volatilidade nas entradas e saídas de beneficiários no SAD, o que significou a entrada e saída de participantes do projeto e, portanto, reajustes constantes de horários das profissionais, bem como atualizações sistemáticas dos dossiês e processos, com consequências, também, no processo de monitorização e avaliação dos resultados e impactos.

Cuid@r +

Cáritas Diocesana de Beja

Mariana Côco

Início
01/10/2023

Fim
28/02/2025

Equipa do Projeto

Mariana Côco
Técnica de investigação social
(coordenadora)

Sara Lopes
Terapeuta ocupacional

Sandra Ramos
Terapeuta ocupacional

Ajudantes de ação direta
Alcídia Ribeiro
Ana Filipa Gaspar
Elisabete Nené
Lucinda Caeiro
Maria João Pereira
Maria Manuela Caixeirinho
Mónica Rodrigues
Patrícia Araújo
Sónia Ferreira
Vanda Lopes
Verónica Fialho

Entidades Parceiras

Instituto Politécnico de Beja
Câmara Municipal de Beja
Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo
Empresa de Desenvolvimento e Infra-
estruturas do Alqueva, S.A.
Alememória União de Freguesias de Salvador
e Santa Maria da Feira
União de Freguesias de Santiago Maior
e São Joao Batista
Click2care

Síntese do projeto

O projeto “Cuid@r +” apresenta uma abordagem inovadora para a modernização do SAD, indo ao encontro das necessidades individualizadas de cada utente e familiares. Promove a continuidade da terapia ocupacional e integra novas soluções digitais para otimizar os cuidados prestados, como a teleassistência e o recurso a caixas de medicamentos e garrafas de água “inteligentes”. Inclui a capacitação e acompanhamento da equipa técnica através de supervisão externa, bem como a implementação de um programa de exercício físico personalizado no domicílio dos utentes, e em grupo na instituição. Além disso, foi criado um programa de voluntariado de proximidade, reforçando o apoio à pessoa idosa e contribuindo para o combate ao isolamento e solidão, ao mesmo tempo que proporciona momentos de descanso aos cuidadores informais. Para potenciar o impacto do projeto, foram estabelecidas parcerias estratégicas com diversas entidades da comunidade, permitindo ampliar e diversificar os serviços disponíveis.

Sobre a Cáritas Diocesana de Beja

A Cáritas Diocesana de Beja integra a rede Cáritas em Portugal e tem como missão promover a ação social junto das populações mais vulneráveis da Diocese de Beja, que abrange os 14 concelhos do distrito de Beja e três concelhos do distrito de Setúbal (Sines, Santiago do Cacém e Grândola). Esta região enfrenta desafios significativos, como a elevada taxa de desertificação e o envelhecimento da população. Alinhada com os valores católicos de solidariedade e apoio ao próximo, a instituição desenvolve projetos e serviços que visam melhorar a qualidade de vida das pessoas em situação de vulnerabilidade e exclusão social, promovendo a sua dignidade e autonomia.

Enquadramento teórico do projeto

O envelhecimento da população exige políticas e práticas que garantam qualidade de vida na terceira idade. Estudos indicam que a permanência do idoso no seu domicílio, quando possível, contribui para a sua autonomia e bem-estar emocional. O “Cuid@r +” baseou-se em modelos de cuidado centrados na pessoa, alinhando-se com diretrizes da Organização Mundial da Saúde sobre envelhecimento ativo e saudável. O projeto “Cuid@r +” surge como resposta ao crescente envelhecimento populacional e às dificuldades no acesso a serviços de apoio domiciliário adequados.

Caracterização da população-alvo

Pessoas idosas e/ou pessoas com dependência física e/ou psíquica, residentes no concelho de Beja, que apresentem limitações na realização das atividades diárias, ausência de suporte familiar adequado ou dificuldades económicas. A maioria dos beneficiários tinha mais de 75 anos, com prevalência de doenças crónicas como hipertensão, diabetes, doenças psiquiátricas e demências. A intervenção incidiu também nos cuidadores informais e equipa técnica (ajudantes de ação direta, terapeuta ocupacional e diretora técnica).

Atividades desenvolvidas

- Supervisão externa à equipa técnica.
- Terapia ocupacional: reabilitação motora e estimulação cognitiva.
- Voluntariado: combate ao isolamento social, solidão do utente e descanso do cuidador.
- Ações de sensibilização para recetores de cuidados, cuidadores informais e cuidadores formais.
- Atividade física em grupo (na instituição) e individualizada (na habitação do utente).
- Diagnóstico e gestão digital dos utentes através da plataforma Click2care.

- Teleassistência.
- Cuidados primários no domicílio e capacitação para uso de *apps* e *gadgets* tecnológicos pelos recetores de cuidados e cuidadores informais, com o apoio das ajudantes de ação direta e dos voluntários.

Pontos fortes

- Abordagem multidisciplinar
- Parcerias estratégicas
- Personalização do serviço

Pontos fracos

- Recursos financeiros limitados
- Dificuldades de mobilidade para alguns beneficiários
- Instabilidade na equipa de ajudantes de ação direta
- Dificuldade na contratação de cuidadores formais

Resultados esperados

- Melhoria da qualidade dos cuidados: implementação de novas metodologias para otimizar o SAD.
- Capacitação dos cuidadores formais: supervisão externa e de formação especializada, promovendo melhores práticas assistenciais.
- Redução da sobrecarga familiar: contribuir para o descanso do cuidador informal, através de voluntariado.
- Maior autonomia dos idosos: estímulo à independência dos beneficiários através da terapia ocupacional e do uso de tecnologias assistidas.

Resultados alcançados

- Melhoria dos cuidados prestados: registou-se um aumento na satisfação dos utentes e na eficácia dos serviços prestados.
- Diminuição do isolamento social e da solidão não desejada.
- Profissionalização dos cuidadores: formação e supervisão à equipa técnica, refletindo-se na qualidade do serviço.
- Promoção do bem-estar dos idosos: aumento na autonomia e no bem-estar emocional dos beneficiários.
- Fortalecimento do apoio às famílias, através do voluntariado.

Impactos do projeto

- Sustentabilidade dos cuidados: a adoção de soluções inovadoras garantiu a continuidade e sustentabilidade dos serviços.
- Transformação digital no Apoio Domiciliário: incorporação de tecnologias facilitou a monitorização e a personalização dos cuidados.
- Valorização da profissão de cuidador: o reconhecimento e a formação especializada elevaram o estatuto e a motivação dos profissionais da área.
- Atividade física no domicílio: obteve grande impacto quer nos utentes quer na comunidade em geral.
- O projeto “Cuid@r +” demonstrou ser um modelo inovador na assistência domiciliária, promovendo maior qualidade de vida para os idosos e um ambiente de trabalho mais estruturado para os cuidadores. O impacto positivo reforça a necessidade de expansão e continuidade desta iniciativa, contribuindo para um sistema de apoio social mais eficaz e inclusivo.

Constrangimentos e soluções encontradas

Os principais desafios incluem a limitação de financiamento e a escassez de profissionais especializados. Como soluções, foram estabelecidas parcerias adicionais e promovida a formação e supervisão à equipa.

Conclusões

O projeto “Cuid@r +” representou uma abordagem inovadora no apoio domiciliário, combinando tecnologia e humanização dos cuidados. Assente nas melhores práticas, melhorou a qualidade de vida da população idosa e dos seus cuidadores através de um

acompanhamento de proximidade. Ao longo dos 14 meses de implementação, a avaliação contínua dos intervenientes, recetores de cuidados, cuidadores informais e equipa técnica, mostrou que é importante consolidar e expandir este modelo. O objetivo é dar continuidade a um serviço personalizado e inovador, através da introdução de novos serviços, do estabelecimento de novas parcerias estratégicas e da integração de novos profissionais, contribuindo para a redução de internamentos hospitalares e para um sistema de cuidados mais eficiente e humanizado.



Intervenção realizada por Margarida Gomes, técnica de exercício físico do Instituto Politécnico de Beja, com um dos beneficiários do projeto “Cuid@r +”. © Absolutauge



Visita domiciliária realizada pelas voluntárias do projeto "Cuid@r +", promovido pela Cáritas Diocesana de Beja.
© Absolutage

“O psicólogo consegue tirar uns gráficos da plataforma e esteve a mostrar-nos a evolução positiva de alguns idosos, estava todo contente porque repetiu novamente os testes e deram percentagens mais altas. Disse-nos que tinha pessoas com défices cognitivos graves e que agora estava quase normalizado, ou seja, não estavam tão mal, acreditamos que estas intervenções estão a ter efeito muito positivo!”

Técnica de SAD

Dar Continuidade

Centro de Dia de S. Silvestre de Escalos de Baixo

Frederico Fazenda dos Reis

Início
01/10/2023

Fim
28/02/2025

Equipa do Projeto

Inês do Carmo
Psicóloga clínica (coordenadora)

Sílvia Pereira
Técnica de serviço social

Maria João Carvalho
Gerontóloga

Madalena Nunes
Animadora sociocultural

Virgínia Alverca
Enfermeira

Margarida Nunes
Fisioterapeuta

Maria João Lopes
Ajudante de ação direta

Entidades Parceiras

Segurança Social

Município de Castelo Branco

União de Freguesias de Escalos de Baixo e
Mata

Unidade Local de Saúde de Castelo Branco
(Centro de Saúde de Alcaíns)

Instituto do Emprego e Formação Profissional

Guarda Nacional Republicana

Instituto Politécnico de Castelo Branco

Universidade da Beira Interior

Rede Europeia Anti Pobreza

Síntese do projeto

“Dar Continuidade” é um projeto que amplia os serviços de apoio no domicílio que o Centro de Dia de São Silvestre já fazia, abrindo o seu leque de abrangência a nível de atividades e serviços junto da população idosa. Através deste projeto foi possível aumentar o número de beneficiários, prestar cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida no domicílio, prevenir situações de dependência, promover a autonomia, quebrar o ciclo de isolamento social e solidão da população idosa e, acima de tudo, retardar ao máximo a institucionalização.

Sobre o Centro de Dia de São Silvestre de Escalos de Baixo

O Centro de Dia de São Silvestre de Escalos de Baixo é uma IPSS que apoia a população idosa residente na União de Freguesias de Escalos de Baixo e Mata. O Centro de Dia teve a sua fundação em 1992 e ao longo dos anos foi crescendo, funcionando atualmente num novo equipamento edificado, que atua como Estrutura Residencial para Pessoas Idosas, desde abril de 2013. Esta estrutura encontra-se equipada de forma a receber idosos com as mais variadas necessidades, atendendo às normas estabelecidas pelas entidades reguladoras. Tem um quadro de pessoal alargado composto por uma equipa de profissionais qualificados e com formação em diversas áreas. Além da ERPI e das respostas de SAD e de Centro de Dia, a instituição prestava serviços extra através do serviço “+Proximidade”, tais como enfermagem e fisioterapia ao domicílio, cuidados de imagem, ocupação e lazer, transporte institucional com acompanhamento a consultas, estimulação cognitiva e outros serviços e atividades. Neste contexto, a equipa aferiu que havia a necessidade de envolver mais as famílias, sendo estas as principais cuidadoras dos nossos idosos, mas também acrescentar outro tipo

de apoios que na altura foram considerados pertinentes. O projeto veio assim apostar em novos apoios, tais como a teleassistência, a cedência de equipamentos de apoio à funcionalidade e autonomia, o apoio psicológico e ações formativas e de capacitação, quer para a população idosa quer para as famílias.

Enquadramento teórico do projeto

O projeto pretendeu ir ao encontro das recomendações das Nações Unidas para a Década do Envelhecimento Saudável 2021-2030, no que diz respeito à preservação das capacidades intrínsecas e funcionais das pessoas idosas: na prestação de cuidados integrados, na criação de Planos Individuais e no respeito pelos direitos da população idosa, que cada vez mais prefere envelhecer em casa e inserida na comunidade. O projeto foi também ao encontro do Plano Nacional de Saúde 2030, no que se refere à implementação de serviços de proximidade nas comunidades, que integram cuidados de saúde, sociais e outros. A nossa intervenção procurou também ir ao encontro dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS 3 e ODS 10).

Caracterização dos beneficiários

O projeto abrangeu um total de 66 beneficiários: 43 pessoas mais velhas (utentes de SAD) e 23 cuidadores informais (no geral, familiares cuidadores). Os beneficiários foram na sua maioria mulheres, com uma média de idades a rondar os 77 anos.

Atividades desenvolvidas

- Implementação de um Serviço.
- Teleassistência.
- Criação de um Banco de Ajudas Técnicas Realização de consultas de psicologia ao domicílio.

- Realização de Ações Formativas e de Capacitação mensais, dirigidas a pessoas mais velhas, famílias e comunidade em geral, subordinadas os seguintes temas: descodificar Rótulos Alimentares; Novo Regime do Maior Acompanhado; Diretivas Antecipadas de Vontade; Estatuto do Cuidador Informal; Alimentação Saudável na População Idosa; Enquadramento Jurídico da Intervenção Gerontológica; Prevenção de Quedas: Higiene, Posicionamento e Cuidados em Fim de Vida; Dia de Consciencialização do Idadismo; Idosos em Segurança e Prevenção de Furtos e Burlas; Dia Mundial da Diabetes; A Importância da Saúde Oral na Pessoa Idosa; Saúde Mental – Comunicação Assertiva com Pessoas com Demência; Casa Segura Adaptação das Habitações para Pessoas com Demência.

Pontos fortes

Todos os recetores de cuidados e as suas famílias deram um *feedback* muito positivo da intervenção realizada, constatada através da avaliação de satisfação semestral. Conseguimos alargar o número de utentes do SAD, em diversas vertentes. Destacamos, igualmente, a grande relação de proximidade e confiança conseguida com utentes e familiares.

Pontos fracos

Tínhamos expectativas mais positivas relativamente à implementação do apoio psicológico, pois houve bastante reticência na sua procura. O mesmo se aplica à procura dos equipamentos de apoio do Banco de Ajudas Técnicas, vertente em que não conseguimos atingir os nossos objetivos – aquando da realização do diagnóstico para a candidatura tínhamos várias pessoas interessadas, as quais entretanto foram institucionalizadas ou faleceram.

Resultados e impactos esperados e alcançados

- Foram angariados novos utentes para o Serviço de Apoio ao Domicílio, tanto para o SAD “tipificado”, como para integrar os novos serviços, num total de 26 utentes efetivos. Os restantes 40 beneficiários participaram ativamente no projeto nas restantes atividades.
- Foram realizadas ao longo do projeto quatro sessões de avaliação psicológica e dez sessões de intervenção psicológica com periodicidade quinzenal.
- Dinamizámos 14 ações formativas e de capacitação ao longo do projeto, envolvendo um total de 199 pessoas (utentes, familiares/cuidadores).
- O Banco de Ajudas Técnicas foi solicitado por cinco beneficiários, com a cedência de um ou mais equipamentos de apoio à autonomia e permitindo, assim, que as pessoas mais velhas adquirissem maior autonomia no seu domicílio na realização de AVD’s.
- A nível da teleassistência, foram cedidos seis equipamentos, que permitiram reduzir a solidão e o isolamento social, e foi prestado o apoio necessário em situações graves de emergência (mas também no agravamento do risco de quedas), tendo este serviço sido acionado 239 vezes ao longo do projeto.
- A utilização do programa Sioslife foi uma mais-valia, tendo sido amplamente utilizado para a estimulação cognitiva, mas sobretudo nos contactos com as famílias que se encontram distantes, quebrando o isolamento social dos utentes, reforçando igualmente os laços afetivos e as situações de bem-estar psicológico.

- As sessões de ocupação e lazer, num total de 436 ao longo do projeto (com inúmeras atividades socioculturais e realização de trabalhos manuais), foram usadas para combater a solidão e o isolamento social, com resultados muito positivos: a nível da autoestima, no despertar de reminiscências, das emoções positivas, bem-estar, satisfação e bom humor, além de contribuírem para a estimulação cognitiva, novas aprendizagens, e envelhecimento ativo e saudável dos beneficiários.
- No que concerne ao envelhecimento com saúde, os serviços de enfermagem e fisioterapia ao domicílio foram muito solicitados ao longo do projeto: a nível da enfermagem foram efetuadas 43 intervenções, enquanto no que se refere à fisioterapia foram realizadas 227 sessões.
- O facto de serem realizadas as deslocações a consultas e exames em transporte da instituição, com acompanhamento (num total de 65 acompanhamentos), contribuiu igualmente para apoiar os utentes que se encontram sós, sem retaguarda familiar.

Principais desafios e aprendizagens

- Apoio psicológico: houve alguma resistência na procura deste serviço.
- Poderíamos ter diversificado mais os temas para as ações formativas e de capacitação.
- Houve temas que foram abordados com uma linguagem e metodologia que não se adequavam ao público-alvo.

Principais conquistas

- Houve uma boa adesão às ações formativas e de capacitação.
- Salientamos a grande mais-valia de ter sido acionada a teleassistência em pelo menos dois casos de emergência, devido a quedas no domicílio.

- Excelente relação de proximidade com os utentes e suas famílias, com visitas domiciliárias periódicas por parte das assistentes sociais, com múltiplos objetivos: avaliar a qualidade e a satisfação dos serviços prestados; realização de diagnóstico de novas necessidades e resolução de problemas que iam surgindo, em conjunto com as famílias; contribuir para minimizar o isolamento social.

Conclusões

Este projeto foi pensado tendo em conta necessidades detetadas junto da população idosa e teve como objetivos melhorar a qualidade de vida no domicílio, prevenir situações de dependência, promover a autonomia, quebrar o ciclo de isolamento social e solidão da população idosa e, acima de tudo, retardar ao máximo a institucionalização. Destacamos a grande importância do projeto, considerando-o uma mais-valia tendo em conta o meio onde foi implementado, contribuindo para: criação de laços de proximidade com a população idosa e respectivas famílias; apoio à pessoa mais velha no acesso a cuidados de saúde e a atividades de animação e estimulação; prevenção de situações de emergência e quedas; apoio e prevenção de situações de dependência e, ainda, combate ao isolamento social.

Cada Casa é um Caso

Centro Paroquial de São Bernardo

Sónia Marques e Bruno Portelada

Início
01/10/2023

Fim
28/02/2025

Equipa do Projeto

Sónia Marques
Técnica de serviço social (coordenadora)

Lénia Costa
Gerontóloga

Marcela Anastácio
Animadora

Ajudantes de ação direta
Cláudia Gonçalves
Cristina Gaspar
Fátima Mateus
Leonor Prazeres
Liliana Anjos
Liliana Macedo
Margarida Neves
Mónica Freitas
Vanessa Ruivo
Verónica Sousa

Entidades Parceiras

Junta de Freguesia de São Bernardo

Fundação Padre Félix

Síntese do projeto

O projeto “Cada Casa é um Caso” é um projeto de intervenção em SAD, para combater a solidão e ajudar a manter os idosos integrados nas suas comunidades, atrasando a institucionalização e, ao mesmo tempo, capacitar os cuidadores formais e informais, contribuindo desta forma para melhorar a qualidade de vida dos utentes. Desenvolvido ao longo de um ano pela equipa multidisciplinar do Centro Paroquial de São Bernardo (CPSB), que incluiu uma assistente social, uma gerontóloga, uma animadora e uma psicomotricista, o projeto promoveu atividades para diferentes públicos-alvo com alguns objetivos concretos, nomeadamente: promover a interação social, melhorar a motricidade, o equilíbrio, a orientação espaço-temporal, a coordenação motora, as competências no plano da memória, da atenção e funções executivas. Paralelamente, procurou também reforçar as competências de cuidadores formais na área do envelhecimento e o empoderamento dos cuidadores informais, por meio de formação e de informação.

Sobre o Centro Paroquial de São Bernardo

O Centro Paroquial de São Bernardo foi criado há 53 anos e, desde então, a sua missão tem sido apoiar as famílias da comunidade onde atua, identificando e colmatando as carências sociais da mesma, nomeadamente as desigualdades e a exclusão social. Com respostas sociais dirigidas à infância e à população idosa, o CPSB direciona a sua intervenção à população idosa, focando-se no envelhecimento populacional e nos desafios que este acarreta, como os associados às áreas da saúde, autonomia e participação e da intervenção social.

Razão de ser da candidatura

Sabendo que a maioria das pessoas idosas deseja permanecer num ambiente que lhes seja familiar e, preferencialmente, permanecer na mesma casa e na mesma comunidade, o CPSB, com a resposta de SAD, trabalha para a promoção da independência e da autonomia instrumental das pessoas mais velhas, proporcionando-lhes oportunidades para manter a interação social, reduzir o isolamento e envelhecer de forma ativa e saudável. No entanto, apesar de todos os esforços, temos consciência de que a intervenção que fazemos com os recursos de que dispomos não é suficiente e que só com mais recursos técnicos e projetos diferenciados conseguiremos colmatar algumas dessas necessidades, as quais terão impacto na melhoria da qualidade de vida dos nossos utentes. A candidatura surge da reflexão que fomos fazendo quanto às problemáticas mencionadas, o conhecimento que temos dos nossos utentes e as soluções que, internamente, já tínhamos encontrado, para os colmatar. O programa Gulbenkian Home Care está perfeitamente alinhado com as nossas ideias e foi a alavanca que nos permitiu a implementação do projeto “Cada Casa é um Caso”: um projeto diferenciador, que juntou recursos técnicos e humanos adicionais aos já disponíveis. Estes recursos foram utilizados no desenvolvimento de serviços de maior proximidade, mais diferenciados, que incidiram em áreas específicas como a saúde, a reabilitação, a estimulação cognitiva (no domicílio ou em espaços de convívio na comunidade), o apoio social e a formação de cuidadores formais e informais.

Enquadramento teórico

À medida que envelhecem, as pessoas têm necessidade de viver em ambientes que lhes proporcionem o suporte necessário para compensar as mudanças associadas ao envelhecimento. A criação e manutenção

de contextos favoráveis e facilitadores do envelhecimento é uma tarefa indispensável para a promoção do bem-estar das pessoas idosas e para que elas possam continuar a ser, pelo máximo tempo possível, autónomas e socialmente relevantes.

A nível concelhio estes temas são discutidos em sede do Conselho Local de Ação Social de Aveiro (CLASA) que, a cada triénio, elabora o Diagnóstico Social e Plano de Desenvolvimento Social do concelho. No último, os problemas sociais identificados respeitantes à população idosa do concelho foram os seguintes: isolamento social e/ou solidão da população idosa; falta de recursos suficientes na comunidade que promovam um envelhecimento ativo; aumento da dependência da população idosa; ausência de respostas sociais para a população com demência; défice de respostas destinadas a idosos com problemas do foro psiquiátrico. Estes problemas identificados, bem como as eventuais respostas, devem ser analisados tendo em conta alguns princípios universais descritos em vários documentos nacionais e internacionais, sendo os que destacamos:

- Princípios das Nações Unidas para as pessoas idosas, ponto 6, Independência: “Os idosos devem ter a possibilidade de residir no seu domicílio tanto tempo quanto possível.”
- Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia, artigo 25.º, Direitos das pessoas idosas: “A União reconhece e respeita o direito das pessoas idosas a uma existência condigna e independente e à sua participação na vida social e cultural.”
- Pilar Europeu dos Direitos Sociais, n.º 18: “Todas as pessoas têm direito a cuidados de longa duração de qualidade e a preços comportáveis, em especial, serviços de cuidados ao domicílio e serviços de proximidade.”

- Plano de Recuperação e Resiliência (PRR), na sua componente 3 – Respostas Sociais, considera de relevante importância:
 - “c) Rever o quadro legislativo em matéria de licenciamento de equipamentos sociais, assegurando critérios de qualidade nos serviços e cuidados que prestam... ;
 - e) Desenvolver um modelo de apoio domiciliário inovador, que aposte simultaneamente na proximidade e na flexibilidade do apoio a prestar, tendo em conta a necessidade dos utentes, promovendo o adiamento da dependência e necessidade de institucionalização (...) A este nível, revela-se fundamental apostar, à semelhança do apoio domiciliário, numa resposta de natureza mais flexível do ponto de vista dos serviços prestados, apostando em valências promotoras de autonomia funcional (...)
 - f) Reforçar o apoio social a pessoas em situação de isolamento social.”

O CPSB tenta pôr diariamente em prática os princípios e conceitos acima mencionados, com serviços diferenciados e orientados, para possibilitar o envelhecimento no domicílio e manutenção dos idosos nas suas comunidades, retardando a institucionalização. Este é o pressuposto do conceito de *ageing in place*.

Público-alvo

A intervenção do “Cada Casa é um Caso” foi direcionada para três tipos de beneficiários:

- Utentes do SAD: 32 mulheres e 18 homens: quatro têm idades compreendidas entre os 66-75 anos, 20 entre os 76-85, 20 entre os 86-95, e seis utentes têm mais de 95 anos. Do total de utentes, 12 apresentam dependência total, três dependência severa, oito moderada, 12 ligeira e 15 são independentes. Em termos de distribuição geográfica, a grande maioria dos utentes reside na freguesia de São Bernardo, sendo os restantes de freguesias limítrofes. Quanto aos

meios de sinalização dos utentes podemos referir que uma grande percentagem chega à nossa instituição referenciada por familiares, vizinhos e outros utentes, havendo também situações referenciadas pelas unidades de saúde locais (Centros de Saúde e Hospital) e outras instituições. Do universo do nosso SAD, uma parte significativa conta com retaguarda familiar, havendo, no entanto, algumas situações de idosos que residem sozinhos com apoio pontual da rede de vizinhança. Do grupo de pessoas que conta com retaguarda familiar é de referir que esse apoio é prestado por familiares próximos que podemos dividir em duas categorias: cuidadores em idade ativa que dispõem de pouco tempo e cuidadores com idade mais avançada, muitos deles já idosos e com problemas de saúde.

- Cuidadores formais: a equipa de apoio direto (ajudantes de ação direta), a gerontóloga e a animadora sociocultural. Do total dos elementos da equipa, todas são do género feminino, portuguesas e naturais do concelho de Aveiro, 54% têm entre 40 e 49 anos e todas têm pelo menos o 2.º ciclo de estudos concluído, dispondo uma cuidadora de formação superior em Gerontologia.
- Cuidadores informais: 13 familiares/cuidadores (apesar de inicialmente se terem inscrito 18). Do total de participantes, apenas uma pessoa é do sexo masculino e a grande maioria tinha mais de 50 anos. Em termos de habilitações académicas, o grupo era bastante diverso, existindo quatro familiares com o 12.º ano, quatro com curso superior, três pessoas com o 9.º ano e uma com o 4.º ano de escolaridade. O grau de parentesco relativamente à pessoa cuidada de todos os participantes era de pai/mãe para filho/filha, e cinco dos participantes vivem com a pessoa de quem cuidam.

Atividades desenvolvidas

Entre outubro de 2023 e dezembro de 2024, foram desenvolvidas as seguintes atividades no âmbito do projeto:

- Avaliação inicial das necessidades e competências de utentes, levantamento das necessidades formativas de cuidadores formais e de cuidadores informais.
- 490 sessões de psicomotricidade no domicílio, que abrangeram áreas como atividade física, estimulação cognitiva, apoio nas AIVD (Atividades Instrumentais da Vida Diária), linguagem e expressão plástica (média de 49 sessões/utente).
- 40 atividades de interação social e convívio, realizadas com um mínimo de periodicidade semanal, que incluíram jogos tradicionais, jogos de tabuleiro, exercícios de estimulação cognitiva, passeios a diversos pontos da cidade, visitas a eventos culturais, religiosos e sociais.
- 15 sessões de formação para cuidadores formais, divididas em cinco módulos: cuidar com compaixão; comunicação no cuidado; cuidados em fim de vida; preparação para a morte; reflexividade da prática: potenciar os cuidados humanizados.
- Três oficinas temáticas para cuidadores informais: suporte básico de vida; comunicação assertiva e respeito pelas escolhas da pessoa mais velha; prevenção do *stress* e esgotamento.
- Uma sessão de formação conjunta com cuidadores formais e informais: cuidados dignos na demência.

Pontos fortes e pontos fracos

“Cada Casa é um Caso” é um projeto objetivo, com elevado grau de maturidade, pois já estava pensado pela instituição há alguns anos, o que tornou a sua implementação mais eficiente. Assim, iremos centrar a nossa análise nos pontos positivos por considerarmos que não houve pontos negativos diretamente relacionados com o projeto, apenas constrangimentos que abordaremos noutra secção. Embora não relacionado com o projeto, acreditamos que a pouca articulação entre as diversas entidades da comunidade, seja da área da saúde, social ou autárquica, constitui um verdadeiro entrave ao envelhecimento saudável, à inclusão dos idosos como membros ativos da sociedade e ao acesso aos diferentes serviços que poderiam melhorar a sua qualidade de vida. Focando-nos nos pontos fortes do projeto, acreditamos que a principal mais-valia do projeto foi perceber que houve alteração na forma de trabalhar e no relacionamento com os utentes e familiares. Com o projeto estreitámos ainda mais as relações com a nossa população e tivemos confirmação de que o apoio de que os idosos precisam, para poder envelhecer em casa e na comunidade, vai além daquilo que os serviços de apoio tradicional conseguem oferecer. Perceber isto fez com que, dentro das nossas possibilidades e limitações (pessoal técnico), e com alguns ajustes na metodologia de intervenção junto dos idosos, pudéssemos realmente fazer a diferença no dia a dia destas pessoas.

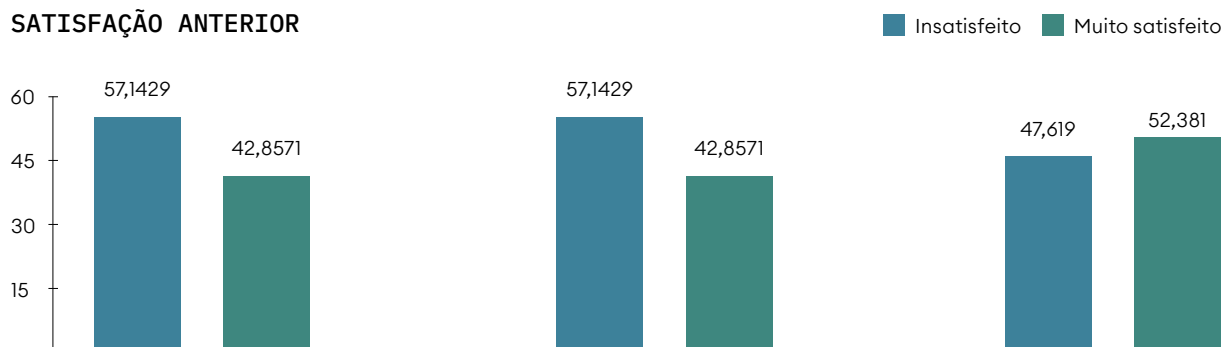
Resultados esperados e obtidos

Os resultados esperados foram definidos tendo em conta o tipo de atividades a desenvolver. Nas atividades desenvolvidas no domicílio pela psicomotricista pretendíamos alcançar resultados distintos, tendo em conta os diferentes tipos de idosos. Nos idosos com perfil autónomo e independente, pretendía-

mos melhorar a funcionalidade, equilíbrio e coordenação motora e diminuir o risco de quedas. Pretendíamos, também, o aumento da autoconfiança dos idosos nas capacidades que ainda preservam e da autoimagem. Nos idosos com perfil dependente, pretendíamos melhorar as competências de comunicação verbal e não verbal, aumentando a disponibilidade da pessoa para as relações interpessoais e socialização, assim como as competências socioemocionais. Com os exercícios de mobilização e ativação dos grupos musculares, pretendia-se favorecer o aumento da amplitude dos movimentos e fortalecimento muscular. Relativamente às atividades de interação social, direcionadas aos idosos mais autónomos e independentes, mas que na sua maioria residem sozinhos e têm poucas oportunidades de conviver ou mesmo sair de casa, esperávamos como resultados uma maior interação social, o aumento do sentimento de bem-estar e a diminuição do sentimento de solidão. As atividades formativas, com objetivos distintos consoante os destinatários, foram desenvolvidas tendo em conta: cuidadores formais – desenvolver ainda mais as competências pessoais, sociais e profissionais; cuidadores informais – aquisição de algumas competências facilitadoras do processo de cuidado, para, desta forma, diminuir a sobrecarga e potenciar o seu trabalho.

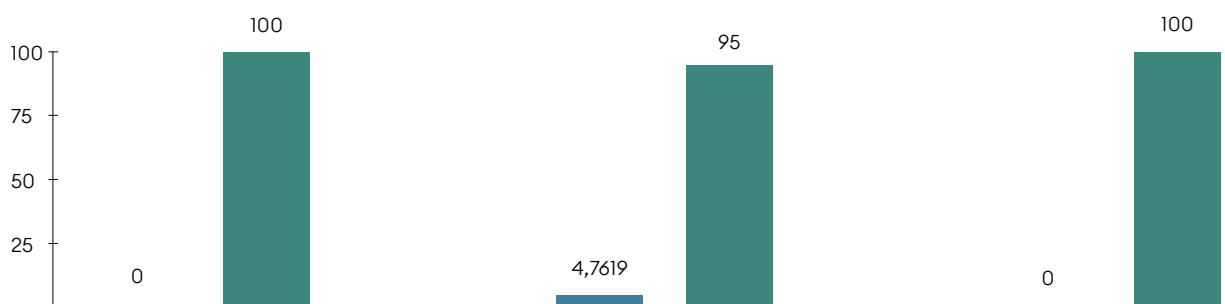
Apesar de termos definido objetivos e resultados ambiciosos, acreditamos que os resultados obtidos confirmam duas coisas essenciais: a primeira é que as instituições têm que apostar cada vez mais na diferenciação e individualização dos cuidados no domicílio, e devem ser um parceiro ativo junto das famílias, para as apoiar nas suas necessidades. A segunda é que, com as atividades desenvolvidas, conseguimos responder a algumas das necessidades das pessoas, e contribuir ativamente para a melhoria da sua qualidade de vida.

SATISFAÇÃO ANTERIOR



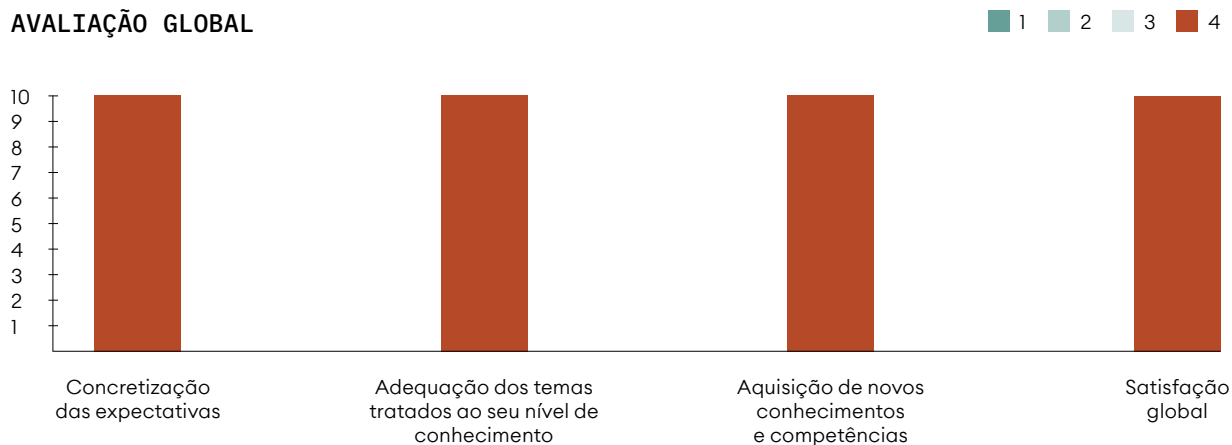
Qual o grau de satisfação com a forma como passava os seus dias (tempo) antes de participar nas atividades desenvolvidas?

SATISFAÇÃO POSTERIOR



Qual o grau de satisfação com a forma como agora passa o seu tempo (depois de participar nas atividades)?

AVALIAÇÃO GLOBAL



De seguida, elencamos alguns dos principais resultados obtidos com as nossas avaliações (qualitativa e quantitativa). Nos utentes mais dependentes que beneficiaram das atividades promovidas pela psicomotricista no domicílio, verificamos que, em quatro dos dez utentes, houve ligeiras melhorias funcionais comprovadas pela aplicação da escala motora funcional EK, e em sete houve diminuição da sintomatologia depressiva, comprovada pela aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (GDS). Em todos eles foi possível verificar que o estado de espírito/humor/ânimo, no final de cada sessão, era muito superior ao do início das sessões. No conjunto das 490 sessões desenvolvidas, o estado de espírito passou de desanimado ou disponível (em cerca de 80% das sessões) no início das sessões, para bem-humorado ou entusiasmado no final das sessões (em 98% das sessões). De notar que os instrumentos de avaliação utilizados pela psicomotricista foram aplicados no início e na última sessão, e que alguns utentes não tinham condições de aplicação. Do ponto de vista qualitativo, as conclusões da psicomotricista foram as seguintes: “De uma forma geral e numa ótica qualitativa, é evidente o impacto real e significativo da intervenção na vida de cada uma destas pessoas. Além dos pequenos ganhos motores e cognitivos, a intervenção trouxe, acima de tudo, companhia, momentos de bem-estar emocional e qualidade de vida. Alguns dos utentes começaram com uma certa resistência ou pouca motivação e, na continuidade da intervenção, passaram a esperar pelas sessões com gosto, o que demonstra não só a pertinência do projeto, mas também a eficácia da relação terapêutica construída.”

Nas atividades de socialização obtiveram-se resultados condicentes com o que estava previsto. Os beneficiários da intervenção relataram muita satisfação com as atividades (100%). Quando questionados se o projeto e as atividades deveriam continuar, a totalidade

dos participantes disse que sim; 90% afirmaram, também, que a sua qualidade de vida melhorou com a participação no projeto, principalmente porque lhes permitiu fazer coisas e estar com pessoas com quem não estavam há muitos anos. Relativamente às diferenças no dia a dia antes e depois de participarem no projeto, principalmente nas questões relacionadas com a forma como passavam o tempo, as oportunidades de participar em atividades fora de casa e os níveis de interação social, em todos estes *itens* houve uma evolução positiva, tal como demonstram os gráficos acima.

Relativamente às atividades formativas, no que diz respeito aos cuidadores formais, foram desenvolvidos cinco módulos formativos, com uma participação de 13 beneficiários e com uma satisfação global de 3,8 em quatro. Com esta formação, conseguimos capacitar as nossas equipas para a otimização de estratégias de promoção da independência das pessoas mais velhas, através da adoção de práticas para um cuidado mais humanizado. A sobrecarga do cuidador formal foi também um dos pontos de discussão durante o processo formativo, e percebeu-se que são necessárias mais iniciativas como esta, para facultar ferramentas que ajudem a lidar com o desgaste da profissão.

Quanto aos cuidadores informais (famílias), foram desenvolvidas três oficinas e um *workshop* sobre demência, em conjunto com os cuidadores formais. Além da satisfação com as oficinas manifestada pelas famílias, como se verifica no gráfico acima, foi importante perceber que, com esta iniciativa, se criou um espaço para a aquisição de conhecimentos, esclarecimento de dúvidas e partilha de experiências sobre assuntos que mais impactam e preocupam os cuidadores informais e os familiares.

Constrangimentos e soluções

O “Cada Casa é um Caso” foi um projeto bastante abrangente, que implicou mudanças na organização do trabalho e na forma como os serviços eram prestados. Uma das principais dificuldades foi conciliar as rotinas e o trabalho diário com as novas atividades. Encontrar equilíbrio na gestão do tempo e na organização das equipas e atividades foi talvez o que causou maiores constrangimentos. Relativamente a esta dificuldade, uma das soluções encontradas foi a definição de um cronograma de reuniões semanais ou quinzenais com as equipas. Estas reuniões foram bastante úteis, permitindo que as equipas se sentissem motivadas e envolvidas com o projeto. As atividades formativas foram também motivo de preocupação, pois, como havia diferentes públicos-alvo e diferentes temáticas a abordar, foi difícil encontrar um parceiro formativo capaz de dar resposta às nossas necessidades respeitando o orçamento previsto. A escolha da Aproximar como parceiro formativo acabou por se revelar a melhor solução, uma vez que se trata de uma entidade com larga experiência na área social e do envelhecimento, e que conseguiu dar resposta a todas as áreas formativas previstas, dentro dos horários possíveis (tendo em conta os horários de trabalho das equipas e a disponibilidade das famílias).

A perda de alguns utentes no decorrer do ano e a entrada de outros também causou alguns constrangimentos, principalmente pelo *timing* das avaliações e pela disponibilidade da psicomotricista. Estas dificuldades foram sendo resolvidas com pequenos ajustes nos horários das sessões. A técnica responsável pela psicomotricidade no domicílio não vai poder continuar a dar-nos apoio. Uma dificuldade relevante, dado que, tendo em conta o futuro da intervenção, será difícil encontrar profissionais da área da psicomotricidade com disponibilidade para integrar a equipa,

uma vez que são profissionais bastante procurados. Assim, começámos já com uma série de ações que, acreditamos, podem ajudar-nos a superar este obstáculo: contacto com universidades e centros de formação para alunos ou recém-licenciados; divulgação em plataformas específicas ou grupos relacionados com a psicomotricidade; flexibilidade nos requisitos com a possibilidade de considerar candidatos que se adaptem ao perfil do projeto, com formação de base em áreas relacionadas (terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, psicólogos com conhecimentos na área da psicomotricidade).

Em Casa Con'Vida: Apoio a pessoas idosas e seus cuidadores em contexto domiciliário

Centro Paroquial e Social de Lavradas

Vânia Miranda, Elisabete Veloso e João Pedro Carneiro

Início
01/10/2023

Fim
31/12/2024

Equipa do Projeto

Vânia Miranda
Socióloga e técnica de serviço social
(coordenadora)

Elisabete Veloso
Enfermeira

Cláudia Gonçalves
Enfermeira

João Pedro Carneiro
Psicólogo

Nuno Galha
Animador sociocultural

Entidades Parceiras

Segurança Social

Centro de Saúde de Ponte da Barca

Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE

Município de Ponte da Barca

Junta de Freguesia de Lavradas, Junta de Freguesia de Oleiros, Junta de Freguesia de Bravães

Bombeiros Voluntários de Ponte da Barca

GNR

IPSS locais

Hipermercados

Banco Alimentar

Síntese do projeto

O projeto “Em Casa Con’Vida” insere-se na estratégia do CPSL em desenvolver soluções inovadoras para o envelhecimento ativo e saudável e de apoio aos cuidadores informais, ultrapassando a prestação dos serviços básicos de alimentação, tratamento de roupa, e higiene pessoal e habitacional. Com a implementação deste projeto, fortaleceu-se e expandiu-se a prestação de serviços do CPSL para um modelo de apoio domiciliário mais humanizado, inclusivo e tecnologicamente inovador, alinhado com as necessidades reais da população-alvo identificada.

O principal objetivo do “Em Casa Con’Vida” é combater o isolamento social dos idosos e dos seus cuidadores informais, uma problemática que se manifesta na ausência de envolvimento na comunidade e na dificuldade de acesso a serviços essenciais. Para dar resposta a este objetivo, foi identificada uma população-alvo de 52 idosos (24 do sexo feminino e 28 do sexo masculino, com uma média de idades de 82,7 anos) e 18 cuidadores informais (15 do sexo feminino e três do sexo masculino, com uma média de idades de 55,9 anos).

Sobre o Centro Paroquial e Social de Lavradas

O Centro Paroquial e Social de Lavradas (CPSL) é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), com sede na freguesia de Lavradas, concelho de Ponte da Barca. É uma instituição dedicada à promoção do bem-estar e qualidade de vida da população idosa, com as seguintes respostas sociais: Centro de Dia (CD), Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), Serviço de Apoio Comunitário (SAC). Estes serviços apresentam uma trajetória consolidada no apoio a pessoas idosas e seus cuidadores, com programas que visam a autonomia, inclusão e melhoria das condições de vida deste público-alvo.

O CPSL está inserida numa região montanhosa, com um povoamento disperso e envelhecido, registando-se o isolamento de algumas localidades, servidas por deficientes redes viárias e exíguas redes de transporte. A sua área de atuação abrange os concelhos de Ponte da Barca, Ponte de Lima e Arcos de Valdevez.

O CPSL candidatou-se à iniciativa Gulbenkian Home Care, com o objetivo de fortalecer e inovar o apoio domiciliário a idosos e seus cuidadores, promovendo um modelo de assistência mais eficaz, humano e sustentável. Este apoio demonstrou-se essencial para garantir recursos financeiros, humanos e materiais, que viabilizaram a implementação do projeto. Por sua vez, esta candidatura abriu portas para a captação de novos financiamentos e parcerias, aumentando a sustentabilidade das ações desta instituição.

Atividades desenvolvidas

Como referido nas Alíneas 11 e 12 da Norma Clínica 053/2011 da Direção-Geral da Saúde (DGS) – Abordagem Diagnóstica e Terapêutica do Doente com Declínio Cognitivo ou Demência, é recomendada a aplicação de medidas preventivas do declínio cognitivo e demência, incluindo a promoção do exercício físico, da atividade cognitiva, participação social, o tratamento da hipertensão arterial, diabetes, dislipidemia, excesso de peso e da depressão. Tendo em conta estes pressupostos, o projeto “Em Casa Con’Vida” aperfeiçoou o serviço de enfermagem ao domicílio (serviço anteriormente criado no âmbito do projeto “Saúde Con’Vida”) e procedeu à instalação de um Balcão SNS 24, uma vez que, desde a pandemia, a articulação com os serviços de saúde era uma dificuldade sentida pelo serviço de enfermagem do CPSL. Através do Balcão SNS 24 foi possível proporcionar um acesso mais fácil, rápido e eficiente dos idosos à saúde, implementando-se um serviço

em que as pessoas não precisam de se deslocar ao Centro de Saúde para marcar consultas e adquirir receitas médicas.

A par deste reforço da articulação com os Cuidados de Saúde Primários, foi integrado na equipa multidisciplinar um psicólogo, o qual, fazendo uma avaliação cognitiva de cada idoso, permite uma deteção mais atempada de Défice Cognitivo Ligeiro, a par da deteção de Doença de Alzheimer. Através do recurso a atividades de estimulação cognitiva, procura-se preservar a plasticidade cerebral e retardar o declínio cognitivo, de acordo com a individualidade do idoso. A este nível, a intervenção foi baseada na implementação de um programa de treino cognitivo sistematizado, e dirigido às várias funções cognitivas (Atenção, Linguagem, Cálculo, Memória, Funções Executivas e Função Visuo-Construtiva), por meio de exercícios que funcionam por níveis de dificuldade crescente. Foram ainda desenvolvidas com os utentes estratégias de Reabilitação Cognitiva, ou seja, a implementação de estratégias personalizadas que permitam a minimização das suas dificuldades cognitivas. Neste processo, o apoio psicológico emergiu como necessidade, baseada na escuta ativa e empatia dos idosos e seus cuidadores, tendo sido no decurso da intervenção psicológica que o psicólogo detetou a importância, em algumas situações, do apoio psicológico no processo de luto.

No apoio específico aos cuidadores informais, foi criado um gabinete do cuidador, definindo-se dois subgrupos de utentes: um primeiro grupo, constituído maioritariamente por filhos/filhas de 50/60 anos; e um segundo grupo, constituído por esposas/maridos de 70/80 anos de idade. O apoio aos cuidadores do primeiro grupo foi realizado através do gabinete Espaço do Cuidador, ao passo que o apoio aos cuidadores do segundo grupo foi realizado em contexto domiciliário.

Salienta-se a importância da expressão emocional e validação do sofrimento, da terapia de validação para modelagem comportamental e a abordagem da temática da ambivalência do cuidador. O apoio de enfermagem aos cuidadores informais centrou-se em especial nos ensinamentos e treinos na realização das atividades de vida diárias, e ensinamentos sobre complicações da doença.

No que concerne à saúde social, foram realizadas várias atividades de grupo, como passeios temáticos e três sessões de intervenções assistidas por animais, com o intuito de aumentar a perceção do apoio social e reduzir a sensação de solidão.

Pontos fortes e pontos fracos

Refletindo os pontos fortes deste projeto, podemos concluir que se trata de uma abordagem integrada, ou seja, o projeto combina a estimulação cognitiva, cuidados de enfermagem, teleassistência e suporte ao cuidador, oferecendo um modelo holístico de apoio domiciliário, centrado numa intervenção de proximidade regular, respeitadora da autonomia e idiosincrasia de cada pessoa, e recorrendo a várias intervenções de cariz distinto, que a equipa multidisciplinar nos permitiu integrar. Relevamos ainda a integração do cuidador no plano terapêutico, promovendo a sua participação ativa nas decisões e estratégias do cuidado. Salientamos também como ponto positivo o Balcão SNS 24; apesar de se encontrar ainda numa fase inicial de implantação, é algo inovador. O passo futuro será a teleconsulta.

Ao nível dos pontos fracos, salientamos a resistência dos cuidadores informais à participação em atividades de grupo e à deslocação ao gabinete Espaço do Cuidador, sendo necessário o psicólogo deslocar-se aos domicílios e trabalhar, de forma individual, junto de cada cuidador. A par disso, o

processo de instalação do Balcão SNS 24 foi bastante moroso. A nível das visitas domiciliárias, fatores como a localização geográfica, condições de mobilidade ou a limitação da equipa do projeto em conduzir as viaturas foram um constrangimento significativo, criando uma dependência da equipa em relação a terceiros, limitando a flexibilidade e a autonomia de cada um. No entanto, e analisando os números, durante a realização do projeto e para dar resposta aos objetivos traçados, foram realizadas mais de 1500 visitas domiciliárias.

Por observação e através de relato subjetivo dos utentes, notámos uma melhoria da sua estabilidade emocional, mediante o recurso a estratégias de *coping* mais adaptativas. Em termos cognitivos, uma maior facilidade em lidar com as suas dificuldades cognitivas e um melhor desempenho nos exercícios de treino cognitivo. Em termos objetivos, através da avaliação pré e pós implementação deste programa, notámos, por meio do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida (da OMS), a redução substancial do número de utentes que avaliavam inicialmente a sua qualidade

de vida como sendo inferior a 25% ou entre 30% e 50%; e ao nível da Avaliação Cognitiva, através da avaliação com o Montreal Cognitive Assessment, o aumento do número de utentes Sem Alterações Cognitivas e a redução do número de utentes apresentando Alterações Cognitivas Leves e Alterações Cognitivas Graves.

Conclusões

Este projeto demonstrou que é possível ir além da resposta às necessidades básicas, promovendo uma abordagem holística e integrada ao envelhecimento que respeita a dignidade dos idosos e melhora significativamente o seu dia a dia. O impacto positivo sentido pelos beneficiários e respetivos cuidadores evidencia a importância da inovação social, na construção de uma sociedade mais inclusiva e humanizada.

Plataforma S@rkis

Centro Social da Irmandade de São Torcato

Catarina Vieira da Silva e Célia Diniz

Início
01/12/2023

Fim
31/01/2025

Equipa do Projeto

Catarina Vieira da Silva
Coordenadora Geral do Projeto
Licenciatura, Mestrado e Doutoramento
em Serviço Social

Célia Dinis
Técnica de serviço social

Entidades Parceiras

Universidade Católica Portuguesa

Município de Guimarães

Hospital da Luz

Cruz Vermelha Portuguesa

Fundação Vieira de Almeida

ACES do Alto Ave

APAV – Associação Portuguesa de Apoio à
Vítima

PSP

inCode

Autoridade Tributária

MbWay

Síntese do projeto

O projeto S@rkis foi desenvolvido com o objetivo de responder às necessidades das pessoas idosas e dos seus cuidadores informais, através da criação de uma plataforma digital intuitiva e acessível. Esta plataforma disponibiliza conteúdos audiovisuais diversificados e personalizados, com foco na promoção da literacia digital, do envelhecimento ativo e da inclusão social. A plataforma organiza os seus conteúdos em diferentes áreas temáticas, que abordam necessidades práticas e interesses diversos da população idosa, nomeadamente: Saúde e Bem-Estar, Culinária, Cultura, Religião e Espiritualidade, Segurança, Lazer e Atividades Lúdicas, Educação, Capacitação Digital e Desporto. Estes temas são apresentados através de vídeos produzidos por profissionais e parceiros especializados, garantindo conteúdos informativos e interativos e adaptados ao público-alvo.

Inserido no programa Gulbenkian Home Care, o projeto pretende dar resposta às recomendações das Nações Unidas para a Década do Envelhecimento Saudável (2021-2030), e está alinhado com o Plano Nacional de Saúde 2030. A plataforma S@rkis funciona como uma ferramenta de capacitação digital, promovendo a autonomia, reduzindo o isolamento e melhorando a qualidade de vida das pessoas idosas no seu próprio domicílio.

Sobre o Centro Social da Irmandade de São Torcato

O Centro Social da Irmandade de São Torcato é uma IPSS localizada no concelho de Guimarães, com uma longa trajetória na área social, especialmente no apoio a pessoas idosas. As suas respostas sociais incluem Serviço de Apoio Domiciliário, Centro de Dia e Estrutura Residencial para Pessoas Idosas. A instituição destaca-se pela sua proximidade à

comunidade, pela prestação de cuidados individualizados e pela promoção do envelhecimento digno e ativo.

A candidatura ao programa Gulbenkian Home Care surge da constatação de uma lacuna significativa, no acesso às tecnologias por parte da população idosa, e pela vontade de inovar no setor social, integrando soluções digitais que melhorem a qualidade dos cuidados e a autonomia dos utentes.

Enquadramento teórico do projeto

O envelhecimento populacional é uma realidade global e, simultaneamente, um desafio crescente. Em Portugal, a proporção de pessoas com mais de 65 anos tem vindo a aumentar significativamente, sendo urgente criar soluções que respondam às suas necessidades de forma integrada e inovadora.

As Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) são hoje ferramentas fundamentais para a inclusão social e digital, promovendo o acesso à informação, aos serviços e à participação ativa na sociedade. No entanto, as pessoas idosas continuam a enfrentar barreiras significativas ao seu uso eficaz – desde a falta de competências digitais até ao *design* pouco inclusivo das plataformas existentes.²⁰

Diversos autores salientam que a digitalização dos serviços públicos, apesar das suas vantagens, pode acentuar desigualdades se não forem criadas condições adequadas de acessibilidade e formação. Neste contexto, a capacitação digital deve ser pensada não como um fim em si, mas como um meio de garantir direitos, promover o bem-estar e fortalecer redes de apoio.²¹

Autores como Vieira da Silva & Branco sublinham que a exclusão digital pode agravar o isolamento social, a dependência e a exclu-

são económica das pessoas mais velhas. Assim, programas de literacia digital, quando adaptados e centrados na experiência da pessoa idosa, têm um impacto positivo direto na sua qualidade de vida e bem-estar.²²

De igual modo, António Fonseca reforça a importância das “gerotecnologias” no âmbito das políticas de *ageing in place*, sublinhando que permitir às pessoas idosas viver de forma segura, independente e com dignidade no seu próprio domicílio, requer um ecossistema de cuidados adaptado, que inclua soluções tecnológicas acessíveis, intuitivas e culturalmente adequadas.²³

A criação de programas formativos acessíveis, adaptados às reais necessidades da população idosa, é uma prioridade estratégica. O envolvimento ativo dos utentes e cuidadores na conceção e avaliação das soluções digitais, como feito na plataforma S@rkis, permite garantir maior eficácia, relevância e apropriação dos conteúdos.

Caracterização da população-alvo

Os beneficiários diretos são os 27 utentes do SAD da instituição, maioritariamente idosos, com baixos níveis de escolaridade e rendimentos reduzidos. Muitos apresentam diferentes graus de dependência, sendo frequente o isolamento e a ausência de retaguarda familiar. A maioria reside em zonas rurais com fraco acesso a serviços e tecnologia. Os cuidadores informais dividem-se entre familiares trabalhadores, com pouca disponibilidade, e cônjuges também idosos e sem formação para a função. Este contexto reforça a importância de promover a literacia digital e o apoio técnico, permitindo maior autonomia e bem-estar.

Atividades desenvolvidas

- Cocriação e Design Participativo da Plataforma: envolvimento de idosos na definição dos conteúdos e funcionalidades da plataforma.
- Teste de Usabilidade e Experiência do Utilizador: estes com utilizadores reais para assegurar acessibilidade e eficácia.
- Produção e Edição de Vídeos: com temáticas variadas: saúde, alimentação, cultura, lazer, espiritualidade, entre outros.
- Capacitação Digital: formação de utentes e cuidadores na utilização da plataforma e tecnologias associadas.
- Estabelecimento de Parcerias: cooperação com entidades públicas e privadas para produção e cedência de conteúdos.

Pontos fortes

- Inovação na abordagem à capacitação digital em contexto domiciliário.
- Forte envolvimento comunitário e metodologias participativas.
- Criação de conteúdos relevantes e adaptados.
- Parcerias estratégicas e intersectoriais.

Pontos fracos

- Custos elevados de desenvolvimento e manutenção da plataforma.
- Atrasos significativos no desenvolvimento técnico da plataforma.
- Necessidade constante de atualização e adaptação dos conteúdos.

Resultados alcançados

- Plataforma S@rkis desenvolvida.
- Edição de 50 vídeos originais e aquisição de 50 vídeos externos.
- Estabelecimento de 15 parcerias.
- Implementação de ações de capacitação digital.

Impactos esperados

- Aumento da literacia digital e da autonomia de pessoas idosas.
- Redução do isolamento social.

Constrangimentos

- Desenvolvimento técnico mais demorado do que o previsto.
- Dificuldades orçamentais na manutenção da plataforma.

Soluções

- Reforço de parcerias para cedência de conteúdos.
- Reestruturação do cronograma de produção.
- Identificação de potenciais fontes de financiamento adicionais.

Home 360

Instituto São João de Deus – Casa do Telhal

Márcia Fonseca

Início
01/09/2023

Fim
31/12/2024

Equipa do Projeto

Márcia Fonseca
Psicóloga clínica (coordenadora)

Vanessa Gaio
Terapeuta ocupacional

Ariana Cardoso
Enfermeira

Ana Rita Lopes
Terapeuta ocupacional

Entidades Parceiras

Câmara Municipal de Sintra

Câmara Municipal de Oeiras

Síntese do projeto

O “Home 360” constitui-se como uma resposta de apoio personalizado às pessoas com demência (PcD) e aos cuidadores informais (CI) em contexto domiciliário. De acordo com as necessidades da PcD e do CI pretende, através de uma metodologia centrada na figura de Gestor de Caso em Demência (GCD), promover a proximidade e acessibilidade dos beneficiários aos recursos comunitários existentes.

No “Home 360”, os GCD seguem a mesma metodologia de avaliação e intervenção, a qual tem como filosofia orientadora o Modelo Biopsicossocial do Bem-Estar e a Abordagem Centrada na PcD²⁴. Este modelo e filosofia de referência fundamentam e orientam os GCD no decorrer de todo o processo, para a valorização da PcD e dos CI, com um olhar individual e holístico, e com a perspetiva da PcD e do que poderá ser um ambiente social positivo. O GCD é um técnico de saúde/social (atualmente terapeutas ocupacionais e enfermeira) que se desloca até ao contexto da PcD para, através de um contacto de proximidade e de um conhecimento sistémico da situação, acompanhar as PcD e os seus CI na adaptação à sua realidade. O GCD identifica e prioriza as necessidades, em conjunto com a díade, e intervém nas áreas delineadas, sugere e facilita os métodos/estratégias/respostas mais adequadas no domicílio e na comunidade, e favorece o planeamento atempado e adequado de cuidados. O “Home 360” conta também, na equipa, com a coordenação de uma psicóloga clínica e com a consultoria de uma médica psiquiatra especialista em Psicogeriatría e, ainda, uma assistente social.

No “Home 360”, o GCD tem três grandes áreas de atuação: a capacitação da PcD e seus CI, através de informação, psicoeducação e aconselhamento; a intervenção clínica

direta, incluindo apoio emocional e atividades de caráter cognitivo, motor e sensorial; e a articulação com os recursos da comunidade, os quais incluem médicos e outros técnicos de saúde, técnicos sociais, instituições e outras respostas de saúde e comunitárias que sejam necessárias. A intervenção é realizada com uma periodicidade semanal, no contexto da PcD e do seu CI, durante um período médio de cinco meses, após o qual, e durante os seis meses seguintes, os beneficiários usufruem de um *follow-up* realizado por via telefónica.

Sobre o Instituto São João de Deus – Casa do Telhal

O ISJD-Telhal é uma instituição centenária e constitui-se como um Centro Assistencial do Instituto São João de Deus (ISJD), que prossegue fins de saúde, assistência, reabilitação e reinserção social, nas áreas da saúde mental e demência e da medicina física e de reabilitação.

A Instituição assume, na região de Lisboa e Vale do Tejo, um papel preponderante na prestação de cuidados de saúde mental e integração comunitária das pessoas com doença mental. Para além de respostas residenciais desenvolve, para este fim, um conjunto de projetos de intervenção social e comunitária na área da saúde mental, demência e inclusão social em diferentes municípios, bem como programas de formação profissional direcionados a pessoas em situação de maior vulnerabilidade ou risco de exclusão social. O “Home 360” constitui-se como um dos projetos referidos que tem contribuído para atenuar os efeitos da exclusão social das PcD e seus CI, com o sucesso da sua implementação nos municípios de Oeiras e de Sintra.

A candidatura ao GHC permitiu consolidar a metodologia de intervenção especializada e personalizada do “Home 360”, o que robuste-

ceu uma estratégia de ampliação e escalabilidade, disseminando a intervenção a novos contextos, para que o “Home 360” seja replicado noutras equipas comunitárias e em outras localidades. Consideramos que a oportunidade de ter a Fundação, a MAZE Impact e o CINTESIS enquanto entidades que acompanharam o projeto, permitiu capacitar os profissionais do “Home 360” e reforçar competências institucionais, e consolidar assim o compromisso que temos, no que concerne às boas-práticas, inovação e melhoria contínua. Contribuiu igualmente para robustecer o projeto, e a organização, com vista a uma possível escalabilidade do projeto e à disseminação de boas-práticas na área dos cuidados domiciliários especializados para PcD e seus CI.

Enquadramento teórico do projeto

Portugal é um dos países mais envelhecidos do mundo e aquele que envelhece mais depressa na Europa. Sendo a idade o principal fator de risco não modificável para o desenvolvimento de demência, ocupa também o quarto lugar dos países da OCDE que apresentam mais casos de demência por cada mil habitantes. Em 2018 tínhamos 1,88% da população portuguesa com diagnóstico de demência e em 2050 estima-se que seja 3,82% da população portuguesa.²⁵

Face à reduzida literacia sobre esta temática, as PcD enfrentam um triplo estigma da sociedade, associado ao envelhecimento, à doença mental e à demência, o que se traduz na perda de autonomia e dignidade, e na exclusão social.²⁶

A demência não afeta apenas a autonomia e qualidade de vida, tem um impacto significativo a nível socioeconómico na sociedade. Segundo o estudo “Custo e Carga da Doença de Alzheimer nos Idosos em Portugal”²⁷, a Doença de Alzheimer é responsável por 7%

do total de anos perdidos por morte prematura em Portugal Continental. Em 2018, o custo global foi de dois mil milhões de euros, entre custos médicos diretos e custos não médicos diretos, com ressalva para a valorização monetária do CI ser 54% dos custos totais, representando 1% do PIB.

Em Portugal, a grande maioria da população sénior vive sozinha ou acompanhada por outras pessoas da mesma faixa etária, com um baixo nível de escolaridade e em risco de pobreza²⁸, o que pode potenciar o isolamento social e, conseqüentemente, a solidão ou o isolamento emocional..

Ao mesmo tempo, a maioria dos cuidadores informais considera estar numa situação de fragilidade psicológica, individual e social, tendo uma grande descrença em si próprios, no seu ambiente e na sociedade em geral, segundo inquérito nacional realizado pela Merck, com o apoio do Movimento Cuidar dos Cuidadores Informais.²⁹

De acordo com o Parlamento Europeu³⁰ os modelos nacionais e políticos, no que diz respeito aos serviços de cuidados, não são adequados para colmatar as necessidades da sociedade, uma vez que todas as pessoas têm o direito a uma vida independente, a serviços de apoio e à inclusão na comunidade.

As intervenções do GCD estão a tornar-se um componente central nos cuidados de saúde primários na América do Norte e na Europa, e tem uma abordagem promissora na intervenção com as PcD e com os seus CI, pelo apoio e acesso oportuno e adaptado às necessidades.³¹

População-alvo

A população-alvo do “Home 360” são PcD e CI que residam nos concelhos de atuação da resposta em Oeiras e Sintra. Os mesmos

acompanham a evolução concordante com a conjuntura nacional, no que concerne ao envelhecimento. Se considerarmos a taxa de prevalência de demência em Portugal (9,2%)³², de acordo com a população do município de Oeiras (n= 171 658) e de Sintra (n= 385 606) – (INE, 2021) –, podemos estimar que vivam em Oeiras 15 793 PcD e em Sintra 35 476 PcD.

Atividades desenvolvidas

Durante o período da Iniciativa GHC, foram realizadas as seguintes atividades abrangendo a PcD: avaliação inicial de contexto (91 participantes); avaliação final de contexto (84 participantes); apoio emocional (83 participantes); intervenção cognitiva (77 participantes); intervenção motora e sensorial (77 participantes); ponto de situação (73 participantes); articulação com os recursos na comunidade/rede social (58 participantes); adaptação ambiental (cinco participantes). Com os CI foram realizadas as seguintes atividades: apoio emocional (90 participantes); psicoeducação (76 participantes).

Paralelamente às intervenções junto dos beneficiários, a equipa do “Home 360” realizou outras atividades, fruto da intervenção em rede, com os parceiros nos dois concelhos de atuação. Das mesmas podemos destacar a integração e a participação ativa no Plano Local de Oeiras para as Demências e no Plano Municipal para o Envelhecimento Ativo, Saudável e Inclusivo de Sintra.

No âmbito do GHC, a equipa participou nas reuniões de trabalho, nos dois encontros da iniciativa que juntou equipas de todos os projetos, assim como a Fundação e as restantes entidades envolvidas, e nas ações de acompanhamento e/ou formação da MAZE e do CINTESIS.

Foi convidada para dinamizar sessões de informação/sensibilização ou capacitação

na área das demências, como aulas no âmbito da formação superior em Terapia Ocupacional, ações de formação para profissionais do ISJD, ações de sensibilização para os voluntários da Associação Pedalar sem Idade e para os voluntários do projeto “Razões de Sobra”.

A equipa participou ainda em eventos científicos, possibilitando a divulgação da resposta, dos seus resultados e do impacto da mesma, na vida dos seus beneficiários. Destacamos a participação no XVIII Congresso Nacional de Psiquiatria, na palestra “Demências: abordagens comunitárias e intervenções tecnológicas – o futuro é já hoje”, e na 17.ª Edição do Prémio de Boas Práticas em Saúde (APDPH), tendo sido um dos 15 projetos finalistas a receber o Selo de Boa Prática em Saúde.

Resultados e impactos esperados e alcançados

Durante a iniciativa GHC, de setembro de 2023 a dezembro de 2024, o “Home 360” acompanhou 183 beneficiários, 91 PcD e 92 CI, sendo que 129 (68 PcD e 61 CI) a que corresponde uma percentagem de 70%, melhoraram/mantiveram em pelo menos dois fatores de inclusão social (funcionalidade da PcD, Rede de apoio social PcD e CI, Qualidade de vida PcD e CI ou Sobrecarga CI), tendo sido atingida a meta do indicador proposto (pelo menos 45 PcD e 45 CI melhorarem/mantenharem pelos menos dois fatores de inclusão social).

Foram realizadas 1597 Intervenções domiciliárias/comunitárias e 4003 intervenções domiciliárias individuais e específicas e 191 *follow-ups*.

Pontos fortes e pontos fracos

O “Home 360” apresenta-se hoje como uma resposta especializada, individualizada e reconhecida como uma boa-prática na área da saúde e na área da demência em particular.

Consideramos que o modelo de intervenção se constitui como um dos pontos fortes do “Home 360”, contribuindo para a inclusão social das PcD e dos seus CI e para os ganhos em saúde. Durante a intervenção direta com os beneficiários, pretendemos que as PcD acedam a atividades ocupacionais significativas, que possibilitam a (re)organização de rotinas familiares. No mesmo sentido procura-se o aumento da literacia em saúde e em demências, bem como o apoio na definição das necessidades (atuais e futuras), permitindo antecipar e gerir alterações, delinear estratégias e promover os processos de tomada de decisão antecipados e informados. Consideramos ainda que, através do maior conhecimento sobre direitos e recursos disponíveis, e no suporte ao seu acesso, se facilita a proximidade e a acessibilidade aos mesmos, promovendo a inclusão social dos beneficiários.

Consideramos como maiores desafios a falta de respostas especializadas na área das demências, dificultando o trabalho em rede e em parceria, bem como o fosso entre as necessidades que verificamos e a capacidade de resposta no “Home 360”, quer pela capacidade instalada limitada, que não permite fazer face às necessidades, quer pelas limitações territoriais existentes ao momento.

Constrangimentos e soluções encontradas

A ausência de respostas especializadas em demências, de continuidade com quem possamos articular para o encaminhamento dos beneficiários, e o tempo de intervenção do “Home 360” ser circunscrito no tempo, não correspondendo muitas vezes às expectativas dos beneficiários, constituem-se como constrangimentos na intervenção. A equipa integrou estas necessidades no desenho da intervenção do que pretendemos que seja um *upgrade* da resposta, com o “Home 360”+, possibilitando a realização de atividades significativas para a PcD, no seu domicílio,

por profissional com formação específica e acompanhamento técnico, possibilitando ao cuidador uma pausa no ato de cuidar. No mesmo sentido, a intervenção na crise, após o período de intervenção intensivo, passou a integrar a resposta. Paralelamente, identificamos alguns potenciais beneficiários de outros territórios limítrofes aos concelhos atuais de intervenção, considerando oportuno e necessário a escalabilidade da resposta.

“Acho que este projeto dá resposta a uma necessidade das famílias que muitas vezes, já com anos a cuidar de pessoas com demências ainda continuam perdidas (...) existe uma melhoria operacionalizada na vida das pessoas (...) por esta possibilidade de desintoxicar as relações, porque muitas vezes o cuidador e a pessoa com demência estão muito intrincados na relação, e ter aqui também esta possibilidade de poder dar uma pausa a esta simbiose.”

Técnica de SAD



A enfermeira Ariana Cardoso, numa visita de apoio domiciliário a um dos beneficiários do projeto “Home 360”, com dependência severa. © Absolutauge



Atividades desenvolvidas em contexto domiciliário com uma das beneficiárias do projeto “Home 360”, sob orientação da terapeuta ocupacional Vanessa Gaio. © Absolutauge

+ Próximo

Santa Casa da Misericórdia de Albufeira

Andreia Barros e Fernanda Correia

Início
22/01/2023

Fim
31/12/2024

Equipa do Projeto

Andreia Barros
Educadora social e gerontóloga
(coordenadora)

Fernanda Correia
Terapeuta ocupacional

Entidades Parceiras

Centro de Saúde de Albufeira
Município de Albufeira

Síntese do projeto

O projeto “+ Próximo”, desenvolvido pela Santa Casa da Misericórdia de Albufeira, visa promover um envelhecimento saudável e ativo entre os idosos atendidos pelo SAD. Com foco na autonomia e qualidade de vida, o projeto incluiu monitorização de saúde, gestão medicamentosa, estimulação psicomotora e socialização. Participaram 32 utentes, que beneficiaram de sessões de terapia ocupacional, medições de parâmetros vitais, atividades na comunidade e acompanhamentos a serviços de saúde.

O Projeto “+ Próximo” surgiu com o objetivo de oferecer uma abordagem mais holística e inovadora, superando o modelo tradicional do SAD e possibilitando uma resposta às dificuldades relacionadas com o acesso a cuidados de saúde, à socialização e à estimulação psicomotora, considerando cada idoso como um indivíduo único, com necessidades e interesses específicos.

Os objetivos do projeto são: manutenção do estado funcional dos utentes; manutenção das capacidades cognitivas; monitorização do estado de saúde dos utentes; redução do número de hospitalizações e idas aos serviços de urgência; promoção da participação dos utentes na comunidade.

Sobre a Santa Casa da Misericórdia de Albufeira

A Santa Casa da Misericórdia de Albufeira dispõe de 24 respostas sociais que atuam em diversas áreas, incluindo apoio à população sénior através do SAD, cuja intervenção está centrada em assegurar a prestação de serviços essenciais, ajustados às necessidades específicas de cada utente no seu domicílio. Desde outubro de 2023 mantém o funcionamento de duas respostas sociais: SAD Roseiral e SAD Olhos de Água com um total de 80 vagas.

A ONU declarou 2021-2030 como a Década do Envelhecimento Saudável, incentivando medidas que promovam a autonomia e qualidade de vida dos idosos. A OMS destaca que o envelhecimento saudável não se resume à ausência de doenças, mas também à manutenção de capacidades físicas, cognitivas e participação social.

Neste contexto, os serviços de apoio domiciliário são fundamentais, mas precisam de ser ampliados além dos cuidados básicos.

Caracterização da população-alvo

Foram selecionados 32 utentes com base no seu interesse e no grau de benefício que poderiam obter. A maioria (62,5%) era do sexo feminino, com idade média de 84 anos. Em relação ao estado civil, 37,5% eram viúvos e 31,25% casados ou em união de facto.

Para avaliar a funcionalidade, foram aplicados o Índice de Barthel e a Escala de Lawton & Brody, no momento da inclusão dos participantes no projeto. Os resultados indicaram que 65,7% dos utentes apresentavam uma dependência moderada ou grave, para realizar atividades básicas da vida diária (tabela 1), e mais de metade (65,6%) apresentava dependência severa para as atividades instrumentais da vida diária (tabela 2). Quanto à escolaridade, 56,3% frequentaram apenas o ensino básico e 18,8% não concluíram esse nível de ensino, evidenciando um público de baixa escolarização.

TABELA 1: Grau de dependência segundo Índice de Barthel % (N=32)

Dependência grave	31,3
Dependência moderada	34,4
Dependência muito leve	9,4
Dependência total	3,1
Independência	21,9

Atividades desenvolvidas

- Utilização de *software* de gestão de utentes e *tablets* para monitorização e registo.
- Aquisição de equipamentos para medição de parâmetros vitais.
- Avaliação periódica com o Índice de Barthel, Escala de Lawton & Brody, Mini-Exame do Estado Mental e questionário de participação social do utente.
- Medição dos parâmetros vitais, de acordo com o PIC.
- Preparação da medicação e a toma eficaz da mesma.
- Programas de estimulação psicomotora.
- Atividades de participação comunitária conforme interesses dos utentes.

TABELA 2: Grau de dependência segundo a escala de Lawton e Brody % (N=32)

Dependência moderada	34,4
Dependência severa	65,6
Independência	0

Pontos fortes e pontos fracos

Entre os aspetos positivos destaca-se a ampliação dos serviços do SAD, proporcionando um apoio mais abrangente. A socialização e o suporte em consultas médicas foram particularmente valorizados pelos utentes. As medições regulares de parâmetros vitais permitiram uma resposta rápida a alterações de saúde, prevenindo complicações. As sessões de terapia ocupacional abriram espaço para a interação social e para atividades que estimulavam o corpo e a mente.

A metodologia adotada, que estabelecia a relação de um técnico para 36 utentes, revelou-se irrealista para a efetiva realização de todas as atividades propostas. Embora a qualidade da intervenção não tenha sido comprometida, a distribuição da atenção foi desigual, com alguns utentes recebendo um acompanhamento mais aprofundado, enquanto outros tiveram ações mais superficiais.

Resultados e impactos esperados e alcançados

O projeto incluiu 32 utentes de SAD, com a intervenção direta de uma terapeuta ocupacional e 11 Ajudantes Familiares de Apoio Domiciliário. Os participantes do projeto beneficiaram de 424 sessões de terapia ocupacional, direcionadas para a estimulação psicomotora, 95 atividades de participação na comunidade e 1630 medições de parâmetros vitais. A gestão da medicação também foi essencial, com 219 preparações de medicações organizadas e caixas de toma semanal, garantindo maior adesão terapêutica e reduzindo riscos de automedicação, e foram realizados 34 acompanhamentos a serviços de saúde. Estas ações contribuíram para a manutenção da funcionalidade e melhorias na condição física e cognitiva, promovendo um envelhecimento mais ativo.

Relativamente ao encaminhamento para serviços de urgência, no ano anterior ao projeto, 32,5% necessitaram deste serviço e 31,2% foram hospitalizados e, durante o projeto, esses valores baixaram para 21,8% e 25%, respetivamente. Embora diversos fatores possam contribuir para a necessidade de cuidados hospitalares e de urgência em pessoas idosas, os dados sugerem uma redução nestas ocorrências, em parte devido à atuação preventiva e ao acompanhamento mais próximo da equipa.

No que diz respeito à avaliação funcional, dos 32 utentes apenas 26 foram considerados, pois responderam a todas as escalas, tanto na primeira como na segunda aplicação. No Índice de Barthel, 34,6% apresentaram melhorias, 11,5% apresentaram decréscimo e 53,8% mantiveram a sua funcionalidade no seu score final. No que se refere à Escala de Lawton & Brody, 65,4% apresentaram melhorias, 3,8% apresentaram decréscimo e 30,8% mantiveram a funcionalidade. Estas mudanças tiveram um impacto positivo na funcionalidade dos utentes, aumentando a independência, a autoestima e o senso de autorrealização.

Para a avaliação da função cognitiva, foram considerados 23 utentes que responderam ao Mini Exame do Estado Mental em dois momentos distintos. Os resultados indicam que 60,9% apresentaram melhoria, 8,7% apresentaram decréscimo e 30,4% mantiveram o score final da escala. Este resultado sugere que, embora a intervenção não tenha promovido mudanças generalizadas na cognição, pois as variações de score foram pequenas, pode ter contribuído para a manutenção do desempenho cognitivo dos utentes ao longo do tempo.

Em relação à participação social, foram considerados os 22 utentes que responderam ao questionário nas duas aplicações. Observa-se que a percentagem de partici-

pantes que saíam de casa entre uma e três vezes por semana aumentou de 22,7% para 45,5%, aqueles que não saíam de casa reduziu de 63,6% para 45,5% e, o grupo que demonstrava interesse ocasional em atividades fora de casa, cresceu de 13,6% para 31,8%. O número de utentes sem vontade de participar na comunidade reduziu-se de 59,1% para 45,5%. A partir destes dados consideramos a hipótese de que a relação terapêutica que se estabelece e as ações de terapia ocupacional possibilitam a ampliação do interesse em sair de casa.

No referente à formação da equipa, foram realizadas duas formações para o trabalho na plataforma digital e uma formação no âmbito da medição de parâmetros vitais. Todos os ajudantes familiares envolvidos participaram nas formações desenvolvidas.

No quadro 1 estão elucidados os indicadores de realização do projeto por atividade.

QUADRO 1: Indicador de atividade	N.º/descriptivo
N.º de beneficiários do projeto	32
N.º de cuidadores formais (AAD)	11
N.º de sessões de terapia ocupacional no domicílio	424
N.º de dispositivos de monitorização de saúde adquiridos	20
N.º de medições de parâmetros vitais	1630
N.º de preparações de caixas de medicação/gestão de medicação	210
N.º de solicitações de exames/medicações	59
N.º de atividades de participação na comunidade - Lazer	95
N.º de atividades de participação na comunidade - Saúde	34

De forma global, o Projeto “+ Próximo” atingiu ou superou os objetivos a que se propôs, com a possibilidade de oferecer um serviço diferenciado, mais individualizado e holístico. Os relatos dos utentes e as mudanças percebidas no seu quotidiano confirmam o impacto positivo do projeto. A integração de atividades de promoção da saúde na rotina das Ajudantes Familiares de Apoio Domiciliário, e a sua capacitação, reforçaram a qualidade do cuidado prestado.

Constrangimentos e soluções encontradas

Considera-se importante refletir sobre alguns constrangimentos enfrentados, como o desafio da contratação de um terapeuta ocupacional, devido à escassez de profissionais na região, levando a um início tardio das atividades. Contudo, foi possível fazer uma reorganização de cronograma e cumprir as atividades propostas. Outro aspeto que exigiu esforço adicional foi a necessidade de trocar a plataforma de gestão de utentes e, consequentemente, de transferência de dados.

Além da gestão e implementação das ações por parte da equipa, verificou-se uma redução do número de utentes interessados na gestão medicamentosa, em relação ao que foi previsto, pois muitos já recebiam esse apoio de familiares e não quiseram alterar as suas rotinas.

Apesar dos desafios enfrentados, esta fase-piloto do projeto permitiu verificar os melhores caminhos para implementação de um serviço diferenciado com sucesso, demonstrando que é possível mudar o paradigma de cuidados aos idosos, promovendo um envelhecimento mais ativo e saudável.

“A formação foi muito importante, tivemos sessões internas sobre cuidados e outras mais específicas da plataforma (...) a verdade é que a equipa estabilizou, é uma equipa que está mais satisfeita (...) elas sentem que têm os recursos, com a psicóloga e a terapeuta ocupacional, para darem melhor resposta ao utente e também se sentem mais apoiadas.”

Técnica de SAD

Sorrisos ao Domicílio

Santa Casa da Misericórdia de Almada

Vera Oliveira e Sofia Valério

Início
01/10/2023

Fim
31/01/2025

Equipa do Projeto

Vera Oliveira
Técnica de serviço social (coordenadora)

Ana Cláudia Lima
Terapeuta ocupacional

Marta Batista
Psicóloga

Paula Pires
Educadora social

Rita Vasconcelos
Técnica de serviço social

46 cuidadoras formais, com competências adquiridas durante a execução do projeto

Entidades Parceiras

Instituto de Segurança Social/Centro Distrital de Segurança Social de Setúbal
Câmara Municipal de Almada
União de Freguesias de Almada, Cova da Piedade, Pragal e Cacilhas
União de Freguesias da Caparica e Trafaria
União de Freguesias da Charneca da Caparica e Sobreira
Egas Moniz School of Health and Science
Universidade Nova de Lisboa/Faculdade de Ciências e Tecnologia
GNR
Tuna Maria
PalliALERT – Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) de Almada-Seixal
ACES Almada-Seixal
USALMA – Universidade Sénior de Almada
Pedalar Sem Idade
ARPILF – Associação de Reformados, Pensionistas e Idosos do Laranjeiro/Feijó
Fundação “La Caixa”

Síntese do projeto

A Santa Casa da Misericórdia de Almada (SCMA) reconhece no seu plano estratégico a importância do envelhecimento na comunidade, tendo procurado ao longo dos últimos anos encontrar financiamento para uma resposta diversificada e mais ajustada às necessidades do seu público, que vão muito além da mera prestação de cuidados básicos de higiene e alimentação. É neste contexto que surge a candidatura ao Programa Gulbenkian Home Care, no sentido de consolidar um modelo inovador de intervenção em SAD, dirigido à população sénior do concelho de Almada.

Através do projeto “Sorrisos ao Domicílio” foi possível proporcionar atividades diferenciadoras, inovadoras, gratuitas e ajustadas às necessidades dos nossos utentes, durante a prestação de cuidados, com intervenções como a Música nos Hospitais – projeto de intervenção musical único e inovador, com a perspetiva de humanizar contextos de prestação de cuidados, Fisioterapia, Terapia Snoezelen, Hipoterapia, dinamização de jogos de estimulação cognitiva, promoção de interação e convívio entre utentes (“conversa entre amigos”), atividades de culinária (“cozinhar com amor”) e sessões de informação/esclarecimento para os beneficiários e cuidadores informais. Foi possível contratar a tempo inteiro uma terapeuta ocupacional, que marca a diferença na prestação de cuidados, contribuindo para a recuperação e manutenção da independência dos idosos e prevenção de complicações. Foi ainda garantido o suporte emocional da equipa, com sessões promotoras de autocuidado emocional às cuidadoras formais, protagonizadas semanalmente por uma psicóloga (“Compasso interior”), através da contratação, a tempo parcial, de uma psicóloga.

Foi possível mudar o paradigma tradicional do SAD, que não pode estar centrado nas tarefas

mas sim nas pessoas, nas suas necessidades, potencialidades, gostos e vivências. Um serviço que tem de ir além dos cuidados básicos e assentar em novas modalidades de intervenção, valorizando as pessoas mais velhas como cidadãos que têm direito às suas escolhas e a um envelhecimento ativo e feliz, permitindo trazer a comunidade ao domicílio e quebrar o isolamento.³³

Sobre a Santa Casa da Misericórdia de Almada

A SCMA, fundada em 1555, intervém no concelho de Almada, nas áreas Infância e Juventude, Família e Comunidade, e Sénior, dando resposta, anualmente, a mais de oito mil pessoas.

Assume como missão promover, junto da comunidade, respostas sociais qualificadas, através de ações de acolhimento, reparação e prevenção, com vista à promoção da inserção e desenvolvimento pessoal, espiritual, social e exercício de cidadania; como visão prestar um serviço de excelência, garantindo a sustentabilidade económica, cultural, social e ambiental, com reconhecimento de boas-práticas no âmbito da economia social; e como valores: Humanização dos serviços, Transparência e Ética profissional, Cidadania; Solidariedade, Inovação e Sustentabilidade.

Na área sénior, disponibiliza à comunidade os serviços de Centro de Dia (2), Centro de Convívio (1), ERPI (2) e SAD, tendo respondido, em 2024, a mais de 640 utentes. A expansão e melhoria do SAD constituem uma prioridade para a instituição, reconhecendo, na promoção de melhores condições para o envelhecimento na comunidade, um desígnio essencial para responder às necessidades crescentes e promover um envelhecimento ativo e participativo.

A SCMA leva em conta, no planeamento da intervenção, a Estratégia Nacional para o

Envelhecimento Ativo e Saudável, o Plano de Desenvolvimento Social do Concelho de Almada e a Estratégia Municipal de Saúde de Almada, que indicam em unísono a necessidade de melhorar a qualidade de vida das pessoas mais velhas, que apoiam a autonomia e inclusão social, permitindo aos idosos viver de forma independente e com dignidade, e ao mesmo tempo a criação de espaços e oportunidades para a participação ativa na comunidade, promovendo a inclusão social e o combate à solidão.

De acordo com o Instituto Nacional de Estatística, o envelhecimento demográfico em Portugal continua a acentuar-se. Em 2023, o índice de envelhecimento atingiu 188,1 idosos por cada 100 jovens, um aumento em relação aos 184,4 registados em 2022. Em termos de estrutura etária, em 2023, 12,82% da população tinham entre 0 e 14 anos, 63,08% entre 15 e 64 anos, e 24,10% tinham 65 anos ou mais. Estes dados refletem uma tendência contínua de envelhecimento da população portuguesa, com implicações significativas para as políticas sociais e económicas do país. O concelho de Almada, área de intervenção do projeto “Sorrisos ao Domicílio”, mantém esta tendência. Segundo dados divulgados pela Câmara Municipal de Almada³⁴, e INE: Censos 2021, o concelho de Almada tem vindo a evidenciar um aumento significativo no envelhecimento demográfico ao longo das últimas décadas. As pessoas idosas (65 e mais anos) constituem quase um quarto da população residente no concelho.

No SAD da SCMA, a intervenção é de âmbito concelhio, sendo predominante a União de Freguesias Caparica e Trafaria (48%), seguida da União de Freguesias de Almada, Cova da Piedade, Pragal e Cacilhas (44%). A faixa etária predominante é a de 85 ou mais anos, seguida pela que vai dos 80 aos 84. Face ao indicador de dependência, 77% dos utentes apoiados têm algum tipo de dependência, e

destes, 29% têm dependência entre moderada e severa. Ao nível do comprometimento cognitivo, 28% apresentam sintomatologia demencial, e destes, apenas 11,5% têm diagnóstico de especialista. Por outro lado, 20% têm alguma incapacidade ou deficiência, e 32% residem sós. Estes são indicadores de grande impacto no planeamento dos cuidados e serviços prestados, com necessidade de ajustar as estratégias, e metodologias de desenvolvimento de cada atividade, às capacidades funcionais e cognitivas dos mesmos.³⁵

Através do atual modelo de financiamento da Segurança Social, não será possível dar continuidade a muitas das atividades disponibilizadas pelo financiamento privado de que usufruímos, não podendo as famílias suportar esses custos. No entanto, a formação, a aquisição de materiais e equipamento que melhorou a intervenção, e o reconhecimento público que advém da participação nesta experiência, permanecerão. O projeto “Sorrisos ao Domicílio” preparou a SCMA para poder, eventualmente, integrar projetos-piloto de intervenção domiciliária de nova geração.

Caracterização da população-alvo

Os beneficiários do projeto “Sorrisos ao Domicílio” são os 185 beneficiários a que mensalmente o SAD presta serviço, conforme acordo de cooperação com a Segurança Social. Em 2024 o SAD acompanhou 254 beneficiários, 145 do sexo feminino e 109 do sexo masculino. Relativamente à faixa etária, 68 beneficiários (27%) têm entre 85 e 89 anos, seguindo-se as faixas etárias dos 80 a 84 anos e 90 a 94 anos, ambas com 35 beneficiários. Ao nível da dependência, 120 beneficiários (47%) apresentam uma dependência ligeira (D1) a moderada (D2) e 74 (29%) uma dependência severa (D3) e total (D4). 71 beneficiários (28%) apresentam comprometimento cognitivo e 50 (20%) incapacidade e/ou deficiência.

Relativamente a dados de isolamento, 49% (124) dos beneficiários residem sozinhos e 52% (130) residem com o cônjuge ou outro cuidador informal de idade similar. 48% (122) dos beneficiários residem na União de Freguesias de Caparica e Trafaria e 45% (114) na União das Freguesias de Almada, Cova da Piedade, Pragal e Cacilhas.

Atividades desenvolvidas

Apostámos, também, na formação dos cuidadores formais, através da iniciativa HumanaMente, numa abordagem personalizada, contribuindo para melhorar a qualidade de vida das pessoas cuidadas e do apoio prestado pelos cuidadores/as formais. Esta formação reforçou competências para com as especificidades de cada pessoa, de modo a contribuir para o seu bem-estar, bem como o das famílias, apoiando-as com ferramentas e estratégias facilitadoras, o que permitiu consolidar e reforçar também as estratégias de intervenção das equipas. O projeto dotou as cuidadoras formais de conhecimentos para a realização de atividades técnicas que vão além da prestação dos cuidados, como por exemplo jogos de estimulação cognitiva, assim como alteração de padrões de comunicação instalados, nem sempre os mais adequados, na abordagem aos beneficiários.

Resultados e impactos esperados e alcançados

O projeto “Sorrisos ao Domicílio” permitiu elevar o papel das cuidadoras no domicílio, envolvendo-as em atividades de animação/ocupação, estimulação/reabilitação ou mesmo socialização/companhia, de forma orientada. O contacto regular com profissionais de apoio domiciliário ajudou a combater o isolamento social, especialmente nas pessoas que viviam sozinhas e que permaneciam nas suas casas, mantendo a sua independência e rotina diária, preservando o seu

bem-estar emocional e psicológico, evitando ou retardando a necessidade de recorrer a lares ou outras instituições.

Foram abrangidos 282 beneficiários, dos quais: 209 seniores, que participaram nas diversas atividades do projeto, mediante as suas expectativas, gostos, necessidades e avaliação técnica; 19 cuidadores informais, que participaram em sessões de esclarecimento/informação e em momentos de convívio; e 54 cuidadoras formais, que frequentaram a formação da HumanaMente, centrada na prestação de cuidados humanizados.

O apoio recebido pelo Gulbenkian Home Care possibilitou dar início a uma intervenção diferenciada, que recebeu várias coberturas por parte da comunicação social, jornal *Voz das Misericórdias*, jornal *Público*, RTP1, através do programa *Portugal em Direto*, Agência Lusa e Fundação Calouste Gulbenkian.



Cláudia Lima, a terapeuta ocupacional dinamiza uma sessão de estimulação cognitiva com recurso a meios tecnológicos, numa sessão do projeto "Sorrisos ao Domicílio". © Absolutauge



Materiais utilizados nas sessões de Música nos Hospitais adaptadas ao contexto domiciliário, no âmbito do projeto “Sorrisos ao Domicílio”. © Absolutauge

Domus Vitae

Santa Casa da Misericórdia de Bragança

Sandra Bento

Início
01/02/2024

Fim
31/11/2024

Equipa do Projeto

Sandra Bento
Gerontóloga e educadora social
(coordenadora)

Ana Maria Miranda
Fisioterapeuta

Anabela Pires
Psicóloga

Síntese do projeto

A tendência demográfica de envelhecimento, nomeadamente no Nordeste Transmontano, aliada à sobrelotação nas instituições que apoiam a população envelhecida, foram vincando a necessidade e os benefícios sistémicos da prevenção da institucionalização. É evidente a perceção das vantagens da permanência prolongada no domicílio, dentro do conceito de saúde abrangente da pessoa idosa, na manutenção de uma vida condigna. Neste enquadramento, surge o objetivo central do projeto que envolve a promoção da saúde física e mental da pessoa idosa, integrada no seu domicílio, prevenindo a doença.

O “Domus Vitae” pode atenuar a tendência, muitas vezes desnecessária e precipitada, para a institucionalização de pessoas idosas. Trata-se de uma iniciativa que se apresenta como uma perspetiva inovadora e diferenciadora, através da criação de uma equipa multidisciplinar. É dirigida a pessoas com mais de 65 anos que pretendam incrementar e potenciar a sua saúde integral, e que se enquadrem numa perspetiva de retardamento e prevenção da institucionalização.

O projeto decorreu entre fevereiro e novembro de 2024, de forma gratuita para os participantes. A intervenção contemplou 42 pessoas com sessões semanais ou quinzenais, conforme as necessidades avaliadas pela equipa técnica, constituída por uma fisioterapeuta e uma psicóloga. Estas profissionais desenvolveram um conjunto de ações de acompanhamento e reabilitação de forma individual, em contexto domiciliário, ou em sessões programadas de interação social.

Sobre a Santa Casa da Misericórdia de Bragança

A Santa Casa da Misericórdia de Bragança (SCMB), com mais de 500 anos de história,

destaca-se pela sua abrangência e diversidade de serviços disponíveis para o concelho de Bragança. No cumprimento da missão, age de forma concertada e integrada, no sentido de satisfazer as necessidades diagnosticadas na comunidade, disponibilizando um conjunto de recursos e equipamentos que contribuem para o desenvolvimento local e proteção de grupos sociais mais vulneráveis. As suas respostas abrangem áreas como a saúde (Unidade de Cuidados Continuados), deficiência (Centro de Educação Especial), infância (Centros Infantis – Creche e Pré-Escolar), cultura (Museu Etnográfico Dr. Belarmino Afonso), intervenção sénior (Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas, Serviço de Apoio Domiciliário e Centro de Dia).

Aliados a este âmbito de atuação estão valores de solidariedade e responsabilidade social, que se enquadram numa visão de reformulação contínua dos serviços, no sentido de poder colmatar fragilidades que surgem numa sociedade cada vez mais complexa e desgastada, através de uma análise estratégica rigorosa, direcionada para delinear respostas que possam colmatar e garantir o respeito pelos direitos humanos, equidade, entreaajuda e cooperação no sistema social.

Foi com base neste propósito que a Instituição candidatou o projeto “Domus Vitae” ao programa Gulbenkian Home Care, sempre em busca da melhoria da qualidade dos serviços prestados aliada à inovação dos mesmos, de modo a responder às necessidades dos utentes e da comunidade.

Enquadramento teórico do projeto

O envelhecimento da população representa um verdadeiro desafio para as respostas sociais que prestam serviços na área sénior, desde logo porque são idosos que apresentam novas necessidades. A melhoria de

serviços e a inovação têm de ser premissa constante nas instituições que pretendam garantir uma oferta adequada à realidade, a fim de prestar um acompanhamento individualizado de apoio à pessoa idosa.

No caso de Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), esta inovação deverá ser desenvolvida com o objetivo de apresentar soluções que permitam retardar a institucionalização. A União das Misericórdias Portuguesas defende que não faz sentido continuar a impor cuidados domiciliários sem garantir que são aqueles de que as pessoas, efetivamente, necessitam. Num inquérito lançado às Misericórdias em novembro de 2019, é revelado que, das terapias mais solicitadas pelos utentes do SAD, a fisioterapia destaca-se de todas as outras³⁶.

Para dar resposta a estas necessidades, a SCMB criou o projeto “Domus Vitae” e implementou-o com o apoio da Fundação Calouste Gulbenkian, através do programa Gulbenkian Home Care.

Caracterização da população-alvo

A intervenção abrangeu 42 participantes: 29 mulheres e 13 homens. Foram abrangidos seis utentes do SAD da SCMB, seis utentes da mesma resposta social de outras instituições da cidade de Bragança, e ainda 27 participantes oriundos da comunidade. As idades variavam entre os 65 e os 97 anos, sendo que a média se fixava nos 81 anos. Muitos dos beneficiários (24) eram casados, 14 eram viúvos, três eram solteiros e um divorciado. Apenas nove dos participantes viviam sozinhos, quatro dos quais não possuíam qualquer rede de suporte.

Atividades desenvolvidas

As atividades desenvolvidas enquadram-se em duas áreas de trabalho, designadamente:

– +Vitalidade: o responsável pela atividade é a fisioterapeuta, que realiza o acompanhamento técnico direcionado para a mobilidade, manutenção e promoção do exercício físico.

– Viver com + Vida: atividade desenvolvida pela psicóloga, no âmbito do acompanhamento psicológico e desenvolvimento de dinâmicas psicoterapêuticas de estimulação cognitiva, com o objetivo central de incrementar e fomentar um envelhecimento ativo e feliz.

Dos 42 participantes, 14 beneficiaram da intervenção realizada no domicílio. As dinâmicas de grupo decorreram na aldeia de Portela, onde se reunia um grupo de 15 idosos, entre utentes do SAD da SCMB e pessoas oriundas da comunidade. Os restantes 13 beneficiários realizavam as suas sessões no Centro de Medicina Física e Reabilitação da SCMB, tendo em conta que o espaço está dotado com equipamento essencial para as sessões de fisioterapia e que não é possível deslocar para o domicílio.

A maior parte dos participantes integrava sessões quinzenais, sendo que apenas três tinham planeadas sessões semanais.

Pontos fortes e pontos fracos

Sendo um projeto estratégico do ponto de vista da diversificação de serviços prestados em contexto domiciliário, esta iniciativa promoveu o bem-estar geral da pessoa idosa em contexto domiciliário, com ganhos também ao nível da interação social. A adequação da intervenção às necessidades do participante permitiu obter resultados mais eficazes.

Como ponto fraco, e face à solicitação, por parte dos beneficiários, de um reforço na periodicidade das sessões de forma a alcançar

resultados mais consistentes, apontamos o facto de não nos ter sido possível satisfazer essa pretensão, uma vez que a afetação das técnicas ao projeto era de 50% e, para dar resposta a todos os participantes, era imperativo que a distribuição das sessões fosse quinzenal.

Resultados e impactos esperados e alcançados

Foram evidentes os benefícios da intervenção no bem-estar dos participantes. A equipa técnica constatou que esta intervenção resultou numa melhoria significativa da qualidade de vida da maioria dos participantes, verbalizada pelos próprios. Os resultados evidenciaram-se, nomeadamente, a nível físico, através do incremento da capacidade de mobilidade, resistência, equilíbrio, amplitude dos movimentos e motricidade fina. Ao nível cognitivo, alguns participantes revelaram ganhos consideráveis na atenção, memória, raciocínio, bem como na comunicação verbal, através da utilização de um discurso mais coerente e construtivo. O acompanhamento psicológico permitiu, ainda, dotar os cuidadores de algumas competências para fazer face ao desgaste emocional.

Constrangimentos e soluções encontradas

O único constrangimento que consideramos ter existido está relacionado com a desistência de alguns participantes. Numa fase inicial, as vagas que ficavam disponíveis eram rapidamente ocupadas por outros participantes que tinham manifestado interesse em participar, mas que não tinham podido integrar a intervenção, desde logo, por falta de capacidade. Na fase final do projeto, as vagas já não foram preenchidas, por se considerar que o período de intervenção seria muito redutor para alcançar resultados consistentes.

MY SAD: O meu Serviço de Apoio Domiciliário

Santa Casa da Misericórdia de Campo Maior

Alexandra Mamede

Início
01/10/2023

Fim
31/01/2025

Equipa do Projeto

Alexandra Mamede
Animadora sociocultural (coordenadora)

Rosário Teixeira
Psicomotricista

Ana Sofia Miranda
Enfermeira

Cuidadoras formais
Cátia Carapeto
Fernanda Serrano
Patrícia Gonçalves

Entidades Parceiras

Município de Campo Maior

Junta de Freguesia São João Batista

Junta de Freguesia N.º Sr.ª da Expetação

Síntese do projeto

O projeto “MY SAD” – O meu Serviço de Apoio Domiciliário nasceu da necessidade identificada, na Santa Casa da Misericórdia de Campo Maior, de fazer mais e melhor no nosso SAD. Tínhamos noção de que, numa sociedade a envelhecer, centrar os cuidados na alimentação e higiene não dá resposta a todas as necessidades da pessoa.

Com uma política central apenas baseada nesses cuidados básicos, são as instituições que têm assumido o papel da inovação, no que concerne ao apoio domiciliário.

Com o desafio da Fundação Calouste Gulbenkian – Home Care, pudemos sonhar e criar o projeto “MY SAD”.

Sobre a Santa Casa da Misericórdia de Campo Maior

A Misericórdia de Campo Maior dirige há muito a sua intervenção multidimensional a grupos mais vulneráveis, aos problemas e riscos sociais que flagelam as populações. Desenvolve atividades de ação social nas áreas das Pessoas Idosas, Infância, Família e Comunidade, e mantém em funcionamento diversas respostas e projetos de intervenção comunitária (na área do emprego e inclusão social, qualificação escolar e profissional, cuidados paliativos, entre outros), aceitando os desafios sociais emergentes e alinhando a sua intervenção com a procura de soluções que possam contribuir para a melhoria da vida de quem apoia. Neste contexto salienta-se o desafio da longevidade, níveis de dependência elevados e uma menor disponibilidade familiar para os cuidados.

Enquadramento teórico do projeto

A Misericórdia de Campo Maior, através das suas respostas sociais de ERPI, Centro de Dia e SAD, tem vindo a responder aos desafios levantados pela longevidade e as consequências associadas à maior dependência, doenças crónicas e aumento das necessidades de apoio. Estamos conscientes dos novos perfis de envelhecimento, de uma maior heterogeneidade nas formas de viver esta nova fase da vida, pelo que é uma preocupação criar respostas cabalmente capazes de providenciar suporte social que proporcione um envelhecimento mais capaz, mais autónomo e com melhor qualidade de vida, permitindo que sejam as próprias pessoas idosas as protagonistas do seu desenvolvimento e bem-estar.

Caracterização da população-alvo

Maioritariamente, utentes isolados, com difíceis acessos ao domicílio por viverem na zona histórica da vila, com ruas íngremes e sem passagem de carros. Domicílios antigos e pouco adaptados, com divisões sem luz natural e com casas de banho sem adaptação adequada à perda de autonomia.

Relativamente a patologias físicas e mentais, são várias e de diferentes graus. Idosos sedentários e com familiares ausentes ou pouco presentes, que precisavam de um acompanhamento maior e de uma resposta mais diferenciada e adaptada.

Atividades desenvolvidas

A Cuidadora “São” – nome comum pelas nossas bandas – funciona como uma rede de apoio bidirecional. Trata-se de uma linha disponível 24 horas por dia, ligada à nossa ERPI, que conta com uma rede de voluntários e uma enfermeira para realizar contactos sociais e prestar apoio na saúde, de forma

periódica. Além disso, pode ser acionada pelos idosos sempre que necessário.

Sentimos que, com a Cuidadora “São”, conseguimos criar um acompanhamento contínuo que apoia de forma direta questões e dúvidas de saúde, desde organizar a medicação a orientar para consultas médicas.

O voluntariado é outro aspeto relevante, pois tem promovido uma ligação de proximidade e apoio entre os utentes e os voluntários.

Atualmente, essa relação vai além das chamadas telefónicas de acompanhamento, já que inclui visitas e saídas conjuntas entre voluntários e idosos. Além disso, os voluntários desempenham um papel ativo no bem-estar dos utentes, contactando a equipa técnica sempre que identificam sinais de que o idoso não está bem.

Os *podcasts* “Consigo” têm como objetivo transmitir informação qualificada, por profissionais especializados, a quem está em casa, sobre questões de saúde e temas sociais que possam apoiar os nossos utentes e a comunidade ao longo do tempo.

Estes vídeos permitem partilhar mensagens relevantes, tanto para os nossos utentes como para a comunidade, com temas de interesse relacionados com o envelhecimento.

Com a colaboração de técnicos locais, foram abordadas questões como a hipertensão arterial, o risco de queda e medidas preventivas a tomar, o Cartão Municipal do Idoso no Município de Campo Maior, cuidados de nutrição na terceira idade, a sobrecarga do cuidador formal e informal, além de formas de ocupar os nossos dias com Provérbios Portugueses.

A intervenção psicomotora surge da necessidade de combater o sedentarismo e manter ou aumentar a autonomia, para retardar os

sinais de envelhecimento. Com planos adaptados e a presença de um profissional no domicílio, as sessões de psicomotricidade contribuem para preservar a autonomia, ajudando a retardar ou até evitar a institucionalização.

Além disso, as visitas técnicas têm fortalecido a ligação entre a equipa, os utentes e os cuidadores, promovendo um acompanhamento mais próximo e humanizado.

Pontos fortes e pontos fracos

Ao longo destes meses de projeto, alcançamos um serviço verdadeiramente centrado na pessoa e não na tarefa. Todos os colaboradores passaram a dedicar o seu dia ao utente, avaliando o seu bem-estar e reportando alterações de humor, sinais de isolamento e mal-estar, em vez de se focarem na tarefa da alimentação/higiene.

Resultados e impactos esperados e alcançados

O projeto “MY SAD” veio para ficar junto dos nossos utentes. A linha Cuidadora “São”, na sua maioria a funcionar com o apoio dos nossos voluntários, mantém a sua intervenção. Além disso, as sessões de Psicomotricidade passaram a integrar a nossa oferta de SAD. Os equipamentos de avaliação dos sinais vitais são outra mais-valia para as nossas equipas e beneficiários que, perante qualquer alteração sentida, avaliam os seus sinais e, se necessário, há um encaminhamento para os serviços competentes. Conseguimos, pois, através do apoio da Fundação subir um degrau, ainda que pequeno, na melhoria dos nossos serviços de apoio domiciliário.

Constrangimentos e soluções encontradas

A humanização dos cuidados é neste momento o foco na nossa intervenção, tendo como

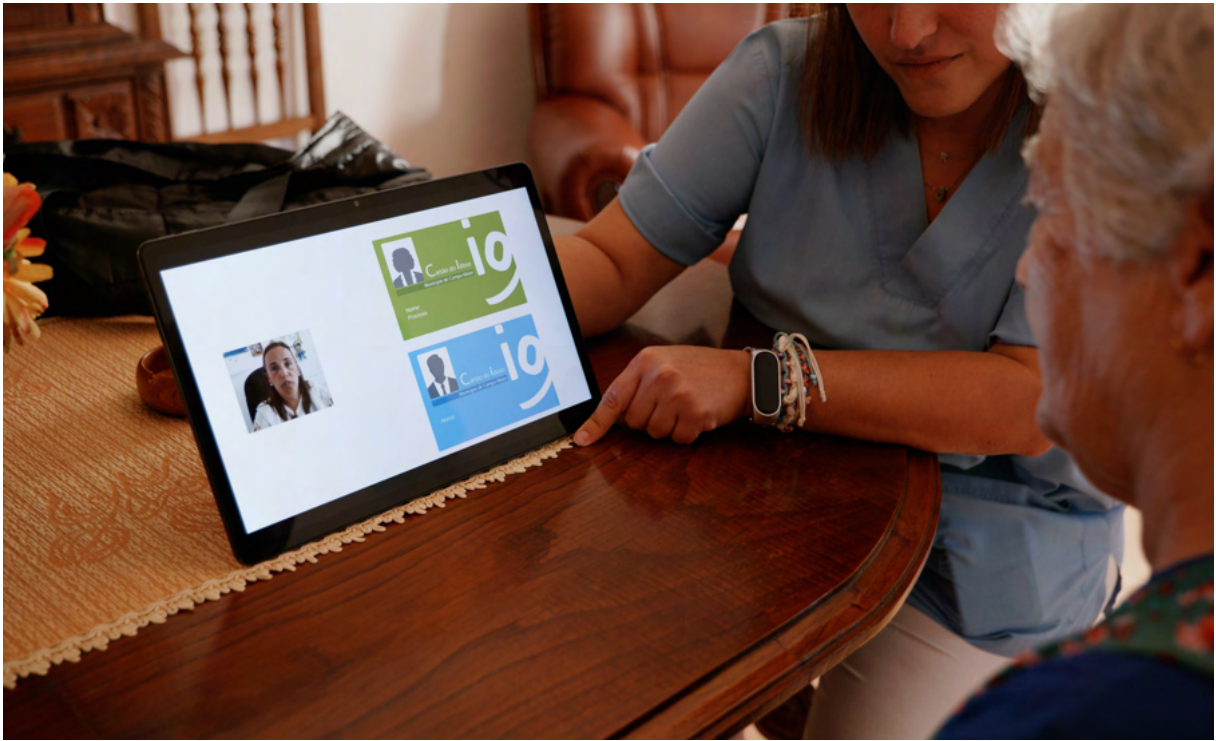
pilares o olhar, a palavra, o toque e a necessidade da verticalidade.

Consideramos, pois, que o apoio domiciliário tem ainda muito caminho a trilhar, de modo a possibilitarmos um envelhecimento de qualidade no domicílio.

Será na diversidade da oferta, no apoio em novas respostas tecnológicas e na estreita colaboração com a saúde que delineamos o futuro do nosso apoio domiciliário.



A psicomotricista Rosário Teixeira orienta uma sessão de estimulação motora numa visita de apoio domiciliário, realizada no âmbito do projeto "My SAD". © Absolutauge



Intervenção promovida pela psicomotricista Rosário Teixeira, com recurso a meios tecnológicos, realizada no âmbito do projeto "My SAD". © Absolutauge



Contactos regulares, assegurados pelas voluntárias do projeto "My SAD", atenuam a solidão e monitorizam o estado de saúde e bem-estar dos beneficiários do projeto. © Absolutauge

Mértola_CuidaEmCasa

Santa Casa da Misericórdia de Mértola

Emília Colaço

Início
01/10/2023

Fim
28/02/2025

Equipa do Projeto

Emília Colaço
Investigação social aplicada (coordenadora)

Alice Romão
Técnica de serviço social

Carolina Canhoto
Terapeuta ocupacional

Natália Carneira
Animadora social

Lurdes Valente
Animadora social

Entidades Parceiras

Câmara Municipal de Mértola

Fidelidade Seguros

Instituto Politécnico de Beja

Juntas de Freguesia de: Mértola, Alcaria Ruiva, Corte do Pinto, Santana de Cambas; Espírito Santo, S. João dos Caldeireiros; e União de Freguesias de S. Miguel do Pinheiro, S. Sebastião dos Carros e S. Pedro de Sólis.

Síntese do projeto

O projeto “Mértola_CuidaEmCasa” visou fornecer cuidados aos utentes do Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), promovendo a permanência destes no seu ambiente familiar e comunitário.

Pretendeu, por um lado, retardar a perda de autonomia e a institucionalização precoce dos idosos, garantindo-lhes qualidade de vida, com mais autonomia, mantendo-os em casa e junto das suas famílias e redes de vizinhança. Através de respostas especializadas e individualizadas (terapia ocupacional, animação, voluntariado e plataforma Actif), de estimulação cognitiva e funcional, no domicílio, com vista a facilitar a execução das suas atividades diárias.

Por outro, promoveu a articulação com a comunidade na resposta às necessidades dos idosos, de forma a combater a solidão e prevenir o isolamento social, através da animação e voluntariado.

Tratou-se de um projeto que veio reforçar o apoio domiciliário existente na Santa Casa da Misericórdia de Mértola (SCMM) e torná-lo diferenciado, assente num programa que vai além da satisfação de necessidades básicas (higiene e fornecimento de refeições).

Sobre a Santa Casa da Misericórdia de Mértola

A SCMM é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) com atuação em diversas áreas de apoio social e abrange todo o concelho de Mértola. Desde a sua fundação, tem desempenhado um papel fundamental na promoção da inclusão social e na resposta às necessidades da comunidade. A SCMM aposta num conjunto de serviços diversificados, desde a infância à terceira idade, pas-

sando pela formação profissional, apoio às pessoas com deficiência e ajuda alimentar.

Dada a crescente necessidade de apoio à população idosa e a importância de proporcionar serviços inovadores que promovam o envelhecimento ativo e a autonomia, a SCMM candidatou-se ao programa Gulbenkian Home Care (GHC). A candidatura surgiu da necessidade de complementar e inovar o SAD, introduzindo respostas que melhorassem a qualidade de vida dos utentes, retardando a institucionalização e promovendo a permanência no domicílio com dignidade e segurança. Com este projeto, a SCMM pretendeu implementar um modelo de apoio mais abrangente e personalizado, reforçando a sua missão de cuidar e incluir.

Enquadramento teórico do projeto

Portugal tem registado, nas últimas décadas, profundas alterações demográficas, caracterizadas pelo aumento da longevidade e da população idosa, bem como pela redução da natalidade e da população jovem. O índice de envelhecimento em Portugal passou de 27,5% em 1961 para 182,1% em 2021 (PORDATA, 2021), o que tem impactos significativos na sociedade e exige adaptações nos sistemas de suporte, incluindo saúde, segurança e participação social.

O envelhecimento não deve ser encarado apenas como uma fase de perda de capacidades, mas sim como um período que pode ser vivido com qualidade e autonomia. Os idosos têm direito a mais anos de vida saudável, maior interação com o meio, acesso a atividades culturais e tecnológicas e permanência no seu domicílio, mantendo as suas rotinas diárias e relações sociais.

O SAD é um serviço essencial que contribui para retardar a institucionalização dos idosos, permitindo-lhes permanecer no seu meio

natural. A intervenção realizada no âmbito deste projeto baseou-se no modelo “MA(I)SAD” da União das Misericórdias Portuguesas (UMP), que propõe um SAD avançado, adequado às especificidades sociais e geográficas do país. Este modelo identificou seis áreas-chave para intervenção no SAD: Saúde, Segurança, Comunicação, Socialização, Atividades de Vida Diária e Apoio ao Cuidador.

Tendo em conta a realidade da SCMM e as características do território e da população abrangida, o projeto focou-se em três áreas prioritárias:

- Saúde: introdução da terapia ocupacional para a manutenção e recuperação das capacidades funcionais dos utentes.
- Voluntariado: criação de uma rede de voluntários para contacto regular com os utentes via telefone, combatendo o isolamento social.
- Socialização: desenvolvimento de atividades culturais, recreativas e de entretenimento na comunidade, promovendo a interação e prevenindo o sedentarismo.

A implementação do projeto foi suportada pela inovação tecnológica, através da plataforma Actif, que permitiu melhorar e implementar uma resposta mais eficaz e personalizada aos utentes. Este projeto visou retardar a perda de autonomia e a institucionalização precoce dos idosos, garantindo-lhes qualidade de vida, com mais autonomia, mantendo-os em casa e junto das suas famílias e redes de vizinhança.

Caracterização da população-alvo

O “Mértola_CuidaEmCasa” apoiou 84 pessoas, 30 do sexo masculino e 54 do sexo feminino. A média de idades é de 83 anos, tendo o mais novo 49 anos e o mais velho 98, o que vai ao encontro do elevado envelhecimento da população do concelho. Os utentes

do SAD apresentam dependência sobretudo ao nível do movimento, porém também alguns problemas a nível mental/cognitivo, que, no entanto, não os impede de permanecer no seu domicílio. As suas necessidades de apoio são sobretudo a nível das Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) e acompanhamento na área da saúde, em especial com a gestão da medicação.

Atividades desenvolvidas

No âmbito do projeto “Mértola_CuidaEmCasa”, foram desenvolvidas diversas atividades com o objetivo de promover a autonomia, apoiar cuidadores e fortalecer a ligação com a comunidade. Estas ações visaram proporcionar um acompanhamento holístico e integrado, garantindo o bem-estar dos utentes e das suas famílias.

- Treino de Atividades de Vida Diária (AVD) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD): o treino de AVD e AIVD teve como foco a promoção da independência dos utentes no seu quotidiano. Através de exercícios e acompanhamento personalizado, foram trabalhadas competências essenciais como a mobilidade, alimentação, higiene pessoal, gestão doméstica e utilização de serviços na comunidade. Este treino contribuiu significativamente para a melhoria da qualidade de vida dos beneficiários, permitindo-lhes manter a sua autonomia pelo máximo tempo possível.
- Fórum Cuidador/Juntos no Cuidar: ensino ao Cuidador Formal – O papel do cuidador é fundamental na prestação de apoio aos utentes. Neste sentido, foi promovido o Fórum Cuidador/Juntos no Cuidar, um espaço de formação e partilha destinado aos cuidadores formais. Através de sessões formativas, foram abordadas algumas técnicas com o objetivo de capacitar os cuidadores, dotando-os de ferramentas

essenciais para um melhor desempenho das suas funções.

- ANIMAR+: a atividade ANIMAR+ consistiu na realização de sessões de animação individual e em grupo, de estimulação cognitiva, motora e social para os utentes do SAD. Através de jogos de memória e atividades recreativas, procurou-se promover o bem-estar e combater o isolamento social. Esta iniciativa reforçou a importância do convívio e da participação ativa na manutenção da saúde mental e física.
- Voluntariado em Linha: com o intuito de proporcionar apoio emocional e social, foi criada a iniciativa Voluntariado em Linha. Esta ação permitiu que voluntários pudessem interagir remotamente com os utentes, através de chamadas telefónicas e videoconferências. O objetivo foi combater a solidão, promover momentos de conversa e reforçar os laços sociais, garantindo que os beneficiários do SAD se sentissem acompanhados e valorizados.
- Dia “Aberto à Comunidade” informar e Apoiar: para sensibilizar a população e dar a conhecer os serviços prestados, foi organizado o Dia “Aberto à Comunidade”. Neste evento, foram disponibilizadas informações sobre o SAD, realizadas demonstrações de apoio domiciliário e promovidas sessões de esclarecimento sobre os direitos dos idosos e das suas famílias. A iniciativa visou dar a conhecer a comunidade dos serviços de apoio existentes, fomentando uma maior participação e envolvimento social.
- Passeios e Saídas ao Exterior: de forma a proporcionar momentos de lazer e convívio, foi promovida a iniciativa de passeios e saídas ao exterior. Estas atividades permitiram aos utentes visitar espaços culturais e recreativos, favorecendo o contacto com

novos ambientes e estimulando a interação social. A experiência revelou-se fundamental para a melhoria do bem-estar emocional dos participantes, quebrando a rotina e promovendo um envelhecimento ativo e saudável.

Estas atividades reforçaram a missão do SAD, promovendo a dignidade, a inclusão e o bem-estar dos utentes. A aposta na capacitação dos cuidadores, na estimulação dos beneficiários e no envolvimento da comunidade revelou-se essencial para a melhoria contínua da qualidade de vida dos que dependem deste serviço.

Pontos fortes e pontos fracos

Apesar dos impactos positivos alcançados com o “Mértola_CuidaEmCasa”, um dos desafios enfrentados foi a grande dispersão geográfica do nosso território, que influenciou diretamente a operacionalização do mesmo. O elevado número de quilómetros a percorrer para chegar aos utentes, aliado ao tempo despendido nas viagens, representou um obstáculo logístico significativo. Além disso, verificou-se um desconhecimento por parte dos utentes da especialidade deste serviço de saúde, a terapia ocupacional, o que não limitou a adesão e participação nas atividades previstas, mas levou a iniciar as mesmas mais tarde, originando uma explicação detalhada sobre a relevância desta intervenção no SAD.

RESULTADOS E IMPACTOS ESPERADOS E ALCANÇADOS

Atividades Realizadas	Participantes
Promoção da Leitura-Empréstimo de livros	15 idosos 312 documentos emprestados
Voluntariado em linha	14 idosos 15 voluntários Foram efetuados cerca de 564 contactos telefónicos
3 Encontros c/ almoço com os voluntários/ idosos – atividade não prevista em candidatura	14 idosos 15 voluntários 4 técnicos da SCMM/Equipa projeto
Animar+ (Animação individual, Grupo)	53 idosos. Destes 53 idosos, 34 participaram nas atividades de animação em grupo
Actif – animação	31 idosos utilizam a plataforma Actif (atividades de animação e TO)
Dia Aberto à Comunidade	7 sessões, 71 participantes
14 Saídas/Passaios ao exterior – não previstos em candidatura	Feira do Livro 2023 – 8 idosos Feira da Caça 2023 – 5 idosos Teatro 2023 – 12 idosos Festa Natal 2023 – 6 idosos Ovibeja – 10 idosos ZOO de Lagos – 15 idosos Jogos de Lazer – 17 idosos Feira do Livro 2024 – 4 idosos Festa Natal 2024 – 16 idosos Teatro 2024 – 17 idosos
Kits de estimulação cognitiva – Animação	22 idosos
Treino AVD/AIVD	27 idosos 11 502 km percorridos para prestar apoio aos utentes
Estimulação cognitiva – TO	13 idosos
Fórum do Cuidador/Juntos no Cuidar-Ensino ao Cuidador Formal	10 ações de formação e capacitação de Ajudantes de Ação Direta (AAD), 23 cuidadores informais
Vigilância TO:	23 idosos
Criação de 2 folhetos (prevenção de quedas e Materiais de Apoio) – não previsto em candidatura	84 idosos

Constrangimentos e soluções encontradas

O projeto “Mértola_CuidaEmCasa” surgiu como uma resposta inovadora às necessidades dos utentes do nosso SAD, proporcionando cuidados de saúde, animação, voluntariado ao domicílio e apoio à qualidade de vida. No entanto, a implementação do projeto enfrentou alguns desafios que exigiram soluções estratégicas e adaptativas.

Dispersão geográfica

Constrangimento: Mértola é um concelho com uma grande dispersão geográfica, o que dificulta o acesso regular às populações mais isoladas. O tempo de deslocação dos profissionais também impactou a eficiência do serviço.

Solução: para mitigar este problema, foi implementado um planeamento logístico otimizado, a fim de minimizar tempos de deslocação. Além disso, foram exploradas soluções tecnológicas, como a plataforma Actif e o voluntariado em linha, para complementar o apoio presencial.

Sustentabilidade financeira

Constrangimento: garantir financiamento contínuo para a manutenção e expansão do projeto é um dos principais desafios.

Solução: apostar em novas candidaturas, parcerias com entidades públicas e privadas e campanhas de sensibilização, de modo a envolver a comunidade e potenciais mecenas.

O “Mértola_CuidaEmCasa” tornou-se uma resposta essencial para os nossos idosos de SAD. O caminho percorrido mostra que investir no seu bem-estar não é apenas uma necessidade, mas um compromisso para o futuro.

Kinisuru | EnvelheSer

Santa Casa da Misericórdia

da Venda do Pinheiro

Inês Filipe

Início
01/10/2023

Fim
31/12/2024

Equipa do Projeto

Sandra Santos
Psicóloga clínica (coordenadora)

Inês Filipe
Técnica de serviço social

Manuela Figueiredo
Psicóloga

Marta Massano
Animadora sociocultural

Alexandre Sargaço
Terapeuta da fala

Inês Vilela
Terapeuta ocupacional

Ana Nascimento
Enfermeira

José Fonseca
Professor de teatro

Entidades Parceiras

Comunidade Vida e Paz

ACES Unidade Sete Moinhos

Câmara Municipal de Mafra

Escola Técnica e Profissional de Mafra

Instituto de Emprego e Formação Profissional

Bombeiros Voluntários da Malveira

Síntese do projeto

O projeto tem como objetivo facilitar a permanência em casa, pelo máximo tempo possível, garantindo apoio, condições de conforto, inclusão social e estimulação/animação. Com a implementação deste projeto pretende-se assegurar o acesso a serviços e alargar os apoios proporcionados, garantindo um plano de cuidados individualizado, promovido por uma equipa interdisciplinar, que integre a vertente social e de saúde. O público-alvo são os beneficiários de Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) da Santa Casa da Misericórdia da Venda do Pinheiro (SCMVP), mas poderão ser integradas outras pessoas a partir de situações referenciadas e que necessitem de apoios pontuais ou que ainda não estejam recetivas ao SAD.

Sobre a Santa Casa da Misericórdia da Venda do Pinheiro

A SCMVP iniciou a sua atividade em 2003 e pretende apoiar as famílias da comunidade em que se insere, desde o nascimento até ao fim de vida, procurando desenvolver respostas que promovam o bem-estar social, diminuam o isolamento e capacitem as pessoas e as famílias para que ultrapassem as suas vulnerabilidades, estejam integradas e exerçam em pleno a sua cidadania. A SCMVP desenvolve a sua atuação procurando capacitar as famílias para ultrapassar a sua vulnerabilidade. Neste sentido, a instituição tem crescido para dar resposta às diferentes solicitações da comunidade, mantendo como principal objetivo a qualidade dos serviços prestados. Em 2003 iniciámos a atividade de SAD com dois beneficiários de apoio domiciliário (um dos quais ainda mantemos) e 20 anos depois chegamos a 43 beneficiários. Atualmente, usufruem dos nossos serviços mais de três mil pessoas em diferentes áreas: SAD; Centro de Dia; Creche; Psicologia, Psicopedagogia e Terapia da Fala; Apoio

Social (Banco Alimentar e POAPMC – Programa Operacional de Apoio às Pessoas Mais Carenciadas); Academia Sénior; Protocolo de Rendimento Social de Inserção; Projeto Local de Desenvolvimento Social e Projeto “Batas Brancas”. Isto significa que a SCMVP disponibiliza serviços além das respostas sociais típicas (financiadas), dirigidas a diferentes populações, sempre com o objetivo de promover o bem-estar social.

Enquadramento teórico do projeto

A população do concelho de Mafra registou o maior crescimento populacional da Área Metropolitana de Lisboa (INE, 2021), o que constitui um desafio para as diferentes estruturas, nomeadamente ao nível do apoio social, com uma abrangência e diversidade na população que procura as instituições (ruralidade/urbano), enfraquecimento de redes tradicionais de apoio e, conseqüentemente, acréscimo na procura de serviços. Apesar da resposta de SAD se encontrar bem estruturada em Mafra, de acordo com o Diagnóstico Social (2022), verifica-se em algumas situações a inadequação do apoio, uma vez que este prevê a concretização, de forma célere, dos serviços aos idosos acompanhados, com o foco em garantir serviços essenciais/condições mínimas de vida. A tipificação deste serviço implica, por vezes, um desajustamento face à necessidade das pessoas/famílias, proporcionando um apoio limitado para assegurar a permanência na sua casa com todo o conforto e cuidados. No Diagnóstico Social identificou-se, ainda, que os serviços proporcionados apresentam limitações e deveriam enquadrar mais apoio de saúde.

Caracterização da população-alvo

Até junho de 2023 beneficiavam do apoio domiciliário da SCMVP 43 pessoas: 15 do género feminino e 28 do género masculino. A média de idades é de 82 anos. Dos beneficiá-

rios, 16 são totalmente dependentes. Os restantes 27 têm graus de dependência variáveis, mas ainda residem sozinhos ou com familiares próximos. Onze utentes residem na Malveira, sete em localidades da União de Freguesias de Venda do Pinheiro e Santo Estevão das Galés (Montemuro, Rogel e Choutaria), dois na Freguesia do Milharado e os restantes na Venda do Pinheiro (ou aldeias próximas).

Atividades desenvolvidas

- EnvelheSER Consigo: acompanhamento a consultas de saúde/atos médicos (facilitar o transporte e o acompanhamento para garantir a passagem adequada da informação) ou a outros serviços.
 - EnvelheSER a Sorrir: serviços de animação de proximidade, através de pequenos *sketches* humorísticos realizados semanalmente no domicílio.
 - EnvelheSER ComVida*a: acesso a acompanhamento através de atos de enfermagem ou de terapias (psicologia, fala e/ou ocupacional). Registo atualizado e comunicação com a Unidade de Saúde correspondente (principais informações biomédicas).
 - EnvelheSER com Cãorinho: intervenção assistida com cães do canil municipal de Mafra que semanalmente se deslocam ao domicílio/instituição, proporcionando momentos de cuidado e de estimulação cognitiva e emocional aos beneficiários.
 - EnvelheSER com Amor: sessões de formação para as ajudantes familiares e cuidadores informais/famílias sobre diferentes temas.
 - EnvelheSER com Conforto: apoio para pequenas obras ou limpeza em profundidade de espaços que permitam a melhoria na
- residência dos beneficiários, promovendo qualidade de vida.
- Cuidar de Quem Cuida: aquisição de material tecnológico e formação sobre a utilização do mesmo, que facilite o trabalho desenvolvido (Aplicação My Sénior, dois computadores e telemóveis para utilização pelas equipas de ajudantes familiares).

Pontos fortes

- Atividade 2: “Consideramos que a boa aceitação das atividades musicais, em que os utentes se envolviam, participavam e por vezes até sugeriam, é um ponto forte do projeto”. “Tornou-se fácil o diálogo, ativaram-se memórias e apareceram imensos sorrisos”. “Foi gratificante para a equipa, composta por voluntários maioritariamente acima dos 65 anos”. “(...) o facto de ter a duração de um ano, a animadora conseguiu criar um vínculo de trabalho e de aproximação, criando uma linha de trabalho contínua”.
- Atividade 3: “Um dos principais aspetos positivos do projeto foi a possibilidade de intervenção num contexto próximo da realidade dos utentes, permitindo uma compreensão mais aprofundada das suas dinâmicas familiares e desafios diários. Esta proximidade favoreceu o estabelecimento de uma relação terapêutica sólida, promovendo uma maior adesão ao acompanhamento. Além disso, a flexibilidade das visitas domiciliárias permitiu apoiar pessoas com dificuldades de deslocação, garantindo um acompanhamento acessível e ajustado às suas necessidades”. “Através de visitas domiciliárias, foi possível estabelecer uma relação de proximidade com os utentes, criando um espaço seguro para o diálogo, apoio emocional e, sempre que necessário, intervenção psicológica”.

- Atividades 3/4/5: “Disponibilidade dos idosos, motivação do terapeuta, parceria com a Direção, envolvimento dos voluntários”.
- Atividades 3/4/5: “Disponibilidade de material terapêutico e lúdico didático, necessidade de maior frequência das sessões”.

Pontos fracos

- Atividade 2: dificuldade em planear as visitas para realizar a atividade de música “Nem sempre se fez esse planeamento e muitas vezes falhou a comunicação prévia com o utente”. Dificuldade em criar equipas para dinamizar a atividade. Dificuldade em diversificar o tipo de atividade desenvolvida “Tentámos diversificar o tipo de atividade desenvolvida, mas a falta de preparação e/ou orientação da equipa condicionou o resultado”. “(...) por constrangimentos vários, somente a atividade que envolvia a música teve continuidade”. “O facto de as atividades serem organizadas apenas uma vez por semana e durante apenas 45 minutos faz com que seja mais difícil o trabalho contínuo e desenvolver atividades de longa duração”.
- Atividade 3: “(...) alguns desafios surgiram ao longo do projeto, nomeadamente a presença, por vezes, de familiares durante as visitas. Embora o envolvimento da família seja, em muitos casos, um fator positivo, em determinadas situações revelou-se um obstáculo à comunicação direta com os utentes. Por vezes, ao serem questionados sobre as suas dificuldades ou o seu bem-estar, os próprios familiares respondiam por eles, dificultando a sua expressão individual e comprometendo a criação de um espaço verdadeiramente autónomo. Além disso, esta dinâmica reforçava, por vezes, uma dependência já existente, funcionando como uma espécie de ‘bengala’ emocional e tornando mais desafiante o desenvolvimento da autonomia, que se procurava trabalhar”.

Resultados e impactos esperados e alcançados (identificados pelo *staff* e voluntários que dinamizaram as atividades do projeto)

- Atividade 2: “Todos os utentes ficaram satisfeitos com a nossa visita e atividades, manifestando a vontade de que continuassem”. “Como resultado dessas visitas, durante a nossa permanência, mantinham-se atentos, ativos e participativos. Sempre que presente, a família tornava-se parte ativa”. “(...) foi um bom projeto pelo impacto positivo que teve nos visitados e nos voluntários, por isso deve continuar” – Voluntários. “Os resultados deste ano de atividades são bastante positivos e contamos vários utentes que numa primeira abordagem se mostraram reticentes com as atividades e depois ao longo do tempo foram gostando e colaborando em todas as propostas, demonstrando uma evolução positiva a nível cognitivo”. “No final do projeto foram os utentes que demonstraram tristeza pelo fim das sessões, pois semanalmente esperavam ansiosos que chegasse o dia das atividades. Espero que regresse em breve”. Marta Massano – Animadora Sociocultural.
- Atividade 3: “O projeto Home Care demonstrou a importância de uma intervenção psicológica acessível e personalizada, ajustada às necessidades específicas de cada utente. A experiência reforçou a relevância da proximidade no acompanhamento e evidenciou a necessidade de estratégias flexíveis para ultrapassar desafios logísticos, promovendo simultaneamente a autonomia dos utentes no seu quotidiano”. “O projeto visava promover o bem-estar emocional dos utentes, incenti-

vando a sua autonomia e fortalecendo a sua capacidade de lidar com dificuldades emocionais e sociais. Embora os impactos variassem consoante as circunstâncias individuais, constatou-se que, para muitos participantes, a possibilidade de contar com este acompanhamento proporcionou um maior sentimento de apoio e segurança, contribuindo para uma melhor adaptação às suas realidades”. – Psicóloga.

- Atividades 3/4/5: “Em todos os casos que acompanhei considero que a intervenção teve um impacto positivo, ao nível do bem-estar físico, psicológico, social e ocupacional. Foi possível estabelecer uma relação terapêutica com todos eles; e, com base nisso, houve a possibilidade de trabalhar as diferentes necessidades apresentadas. O impacto ficou além do projeto, por exemplo no caso do Sr. X, até aos dias de hoje o contacto é mantido através de troca de cartas. Uma forma de alimentar a relação que nasceu, bem como uma forma de estimular cognitivamente as suas capacidades, bem como a sua autoestima”, Inês Vilela – terapeuta ocupacional.

Constrangimentos e soluções encontradas

- Atividade 2: “Deve diversificar o perfil dos voluntários e das equipas por forma a oferecer outro tipo de interação”.
- Atividade 3: “Entre os principais desafios, a gestão logística das visitas exigiu um planeamento cuidadoso, de forma a garantir um acompanhamento consistente e adequado à capacidade disponível. A conciliação das necessidades individuais de cada utente com a organização das visitas foi um aspeto fundamental para o sucesso da intervenção. Como já mencionado, a presença dos familiares, apesar de muitas vezes benéfica, também representou um desafio à comunicação direta com os

utentes. No entanto, sempre que foi explicado o propósito da intervenção e a importância de um espaço terapêutico individual, os familiares demonstraram-se recetivos e colaborativos, permitindo um melhor equilíbrio entre o apoio familiar e a independência do utente”.

“Entrei aqui quase sem andar por problemas na coluna, entrei de andarilho, agora ando aqui, salto e danço. Divirto-me muito e ando mais distraída.”

Pessoa idosa recetora de cuidados

Promoção da Autonomia da Pessoa Idosa

Santa Casa da Misericórdia

de Vila Franca do Campo

Rui Rainha

Início
01/09/2023

Fim
31/12/2024

Equipa do Projeto

Rui Rainha
Sociólogo (coordenador)

Andreia Moniz
Técnica de serviço social

Edna Moniz
Psicóloga

Cláudia Braga
Enfermeira

Sara Cabral
Psicomotricista

Vitória Pacheco
Técnica de serviço social

Conceição Estrela
Animadora

Elisabete Santos
Animadora

Síntese do projeto

O projeto “Promoção da Autonomia da Pessoa Idosa” visa melhorar a qualidade de vida e a independência dos idosos no concelho de Vila Franca do Campo, por meio da implementação de tecnologias de monitorização da saúde, aquisição de ajudas técnicas e fortalecimento do apoio domiciliário. O projeto abrangeu cerca de 200 idosos, divididos entre o SAD, a Equipa Técnica Local e os Centros de Convívio, oferecendo acompanhamento, supervisão contínua sobre a prevenção de quedas e a promoção de bem-estar físico e mental. A implementação de uma plataforma digital garantiu a monitorização remota e a personalização dos cuidados.

Sobre a Santa Casa da Misericórdia de Vila Franca do Campo

A Santa Casa da Misericórdia de Vila Franca do Campo é uma entidade dedicada ao apoio social e à melhoria da qualidade de vida de grupos em situação de vulnerabilidade, com especial foco na população idosa. Atuamos, ainda, em diversas outras áreas (infância, juventude, deficiência, educação), com diversas ações dirigidas para a promoção de saúde, bem-estar e inclusão social. A candidatura à iniciativa Gulbenkian Home Care permitiu fortalecer e reforçar os nossos serviços de apoio domiciliário, e aumentar a cobertura de apoio a idosos em situações de dependência. Durante este período, foi possível fazer crescer o SAD de 60 para 78 idosos. Acreditamos que este projeto teve um impacto significativo na autonomia dos idosos, além de otimizar o uso dos recursos e dos cuidados de saúde.

Enquadramento teórico do projeto

O envelhecimento da população tem sido uma preocupação crescente em várias regiões, com implicações tanto no plano social como no de saúde. A promoção da

autonomia e a prevenção de situações de dependência precoce são temas centrais em políticas públicas e projetos sociais, com especial referência para o Relatório Mundial sobre o Envelhecimento e a Saúde e para a Estratégia Global sobre o Envelhecimento e Saúde, da Organização Mundial da Saúde. Com base em teorias de envelhecimento ativo e abordagens centradas na pessoa, este projeto pretendeu responder aos desafios de saúde e bem-estar enfrentados pelos idosos, utilizando tecnologias inovadoras para monitorizar a sua saúde e garantir o acompanhamento contínuo. O uso de tecnologia, e o cuidado domiciliário integrado, são ferramentas-chave para melhorar a qualidade de vida dos idosos e diminuir a necessidade de institucionalização precoce, em ERPI e UCI.

Caracterização da população-alvo

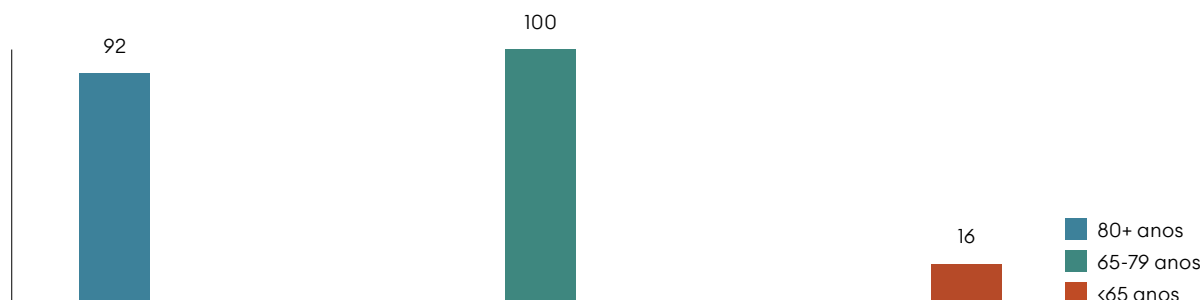
A população-alvo do projeto, em fase de candidatura, era composta por 178 idosos, distribuídos entre:

- Serviço de Apoio Domiciliário (SAD): 68 idosos (42 homens e 26 mulheres).
- Equipa Técnica Local (ETL): 50 idosos (19 homens e 31 mulheres), sendo quatro também utentes do SAD, necessitando de acompanhamento especializado.
- Centros de Convívio: 60 idosos.

A 31 de dezembro de 2024, a população-alvo era composta por 208 idosos, distribuídos entre:

- Serviço de Apoio Domiciliário (SAD): 78 idosos (40 homens e 38 mulheres)
- Equipa Técnica Local (ETL): 50 idosos (11 homens e 39 mulheres)
- Centros de Convívio: 80 idosos (oito homens e 72 mulheres)

Com a seguinte distribuição de idades:



O perfil dos idosos inclui, na sua maioria, pessoas que apresentam doenças crónicas, limitações motoras, e condições que exigem cuidados regulares e monitorização constante.

Atividades desenvolvidas

- Apoio domiciliário: fornecimento de serviços regulares de cuidados a 78 idosos, com suporte em atividades diárias e monitorização da saúde.
- Monitorização da saúde: implementação de *software* “Ankira” e dispositivos de monitorização (oxímetros, aparelhos de tensão) para acompanhamento, despiste e sinalização.
- Capacitação de cuidadores: 61 cuidadores participaram em formação sobre monitorização de sinais vitais, estimulação cognitiva e motora, estratégias de prevenção de quedas e cuidados especiais aos idosos; 47 cuidadores participaram em sessões de psicoeducação.
- Criação de um Banco de Ajudas Técnicas: foram distribuídos 56 equipamentos: bengalas, andarilhos, cadeiras de rodas, cadeiras sanitárias, almofadas de gel, bolas de motricidade e outros equipamentos para garantir maior conforto e mobilidade; 178 idosos beneficiam de dispositivos de estimulação e monitorização.

- Centros de Convívio: reforço da oferta de serviços/atividades, aumentando o tempo de abertura dos centros de convívio e oferecendo atividades de bem-estar físico e mental, com várias visitas, saídas e festas de convívio, envolvendo o idoso na preparação das mesmas.

Pontos fortes

- Tecnologia de monitorização: a adoção da ferramenta “Ankira” permitiu um acompanhamento mais eficaz e preventivo da saúde dos idosos, possibilitando sinalizar de forma precoce a existência de problemas.
- Banco de Ajudas Técnicas: a criação desta valência foi fundamental para oferecer equipamentos de apoio, proporcionando maior conforto e segurança aos idosos do Serviço Domiciliário e do Programa Novos Idosos.
- Formação e capacitação: a capacitação contínua dos cuidadores elevou a qualidade dos cuidados prestados, aumentando a respetiva eficácia dos cuidados.
- Parcerias locais: apesar de não haver parceiros formais, no concelho há muitos parceiros informais, com os quais a Santa Casa mantém parcerias locais, que fortalecem a rede de apoio e o encontro de soluções, e que aumentam a capacidade de resposta do projeto.

Pontos fracos

- Limitações de infraestruturas: a necessidade de recursos adicionais para acompanhar o aumento crescente do número de idosos e os desafios e limitações de recursos materiais, financeiros e humanos para acompanhar e atender um número maior de utentes.
- Desafios de adesão à tecnologia: o elevado grau de iliteracia e analfabetismo no concelho, entre os idosos, constitui uma barreira à implementação de soluções de monitorização, especialmente devido a barreiras de alfabetização digital.
- Dependência da tecnologia: a eficácia da monitorização remota depende da adesão e do uso constante das tecnologias por parte dos idosos.

Resultados esperados

- Autonomia dos idosos: maior independência nas atividades diárias, com a distribuição de equipamentos de mobilidade, retirada de barreiras físicas e promoção de atividades.
- Acompanhamento eficiente e redução do isolamento: redução das visitas aos serviços de saúde, com monitorização regular da saúde, visitas domiciliárias de supervisão e acompanhamento, e atividades de convívio.
- Fortalecimento da rede de apoio: expansão do alcance dos serviços, oferecendo mais apoio aos idosos em risco de institucionalização.
- Capacitação dos cuidadores: a formação visou melhorar a qualidade dos cuidados prestados pelos cuidadores.

Impactos esperados

- Melhoria da qualidade de vida: os idosos apresentam uma melhor qualidade de vida,

com maior conforto e segurança no ambiente doméstico.

- Redução da institucionalização: através de cuidados domiciliários e monitorização eficiente, espera-se evitar a institucionalização precoce.
- Monitorização efetiva: 178 idosos passaram a beneficiar de monitorização da saúde, em termos de deteção precoce de doenças.
- Atividades de convívio: mais de mil participações em eventos, com 80 idosos ativos nos Centros de Convívio, evidenciando um aumento de socialização e melhoria no bem-estar físico e mental.
- Banco de Ajudas Técnicas: 56 equipamentos distribuídos, melhorando a mobilidade e a segurança dos idosos.

Constrangimentos

- Desafios tecnológicos: os idosos do concelho têm baixos níveis de escolaridade e há dificuldades de comunicação e de implementação de tecnologias de monitorização.
- Capacidade de atendimento: o aumento do número de utentes no Apoio Domiciliário trouxe desafios em termos de recursos humanos, financeiros e materiais.

Soluções encontradas

- Formação: foi promovida formação aos cuidadores sobre modos de melhor comunicar e prestar cuidados aos idosos.
- Reforço da equipa de cuidados: a admissão de uma nova trabalhadora para os Centros de Convívio ajudou a manter as atividades, a sinalizar situações e a prevenir perdas de autonomia nos idosos.

Aqui ao Lado

Santa Casa da Misericórdia do Fundão

Sónia Louro, Dulce Gabriel e João Pedro Gonçalves

Início
01/03/2024

Fim
31/12/2024

Equipa do Projeto

Sónia Louro
Técnica de serviço social (coordenadora)

Dulce Gabriel
Animadora sociocultural

João Pedro Gonçalves
Estagiário de serviço social

Cuidadoras formais

Andreia Vaz
Cássia Santos
Célia Santos
Gina Lourenço
Inês Pires
Liliana Oliveira
Maria de Lurdes Parente
Maria do Carmo Couto

Síntese do projeto

Com a implementação do projeto “Aqui ao Lado” encurtamos distâncias através de equipamentos tecnológicos (*tablet, smartpho- ne*) com acesso à *internet*, e através da realização de videochamadas (*Skype, Whatsapp...*) nas quais os idosos estabeleceram contacto regular com os seus familiares e amigos geograficamente distantes, esbatendo a saudade, expondo as suas dificuldades momentâneas, as rotinas e a mais-valia da companhia técnica do “Aqui ao Lado”.

No decurso do projeto, a Santa Casa da Misericórdia do Fundão (SCMF) concretizou o propósito de, através de ferramentas tecnológicas e da presença regular em casa do utente, levar boas energias, sorrisos e escuta ativa à população idosa. Contribuindo de forma ativa e dinâmica para a redução dos índices de isolamento, promovendo a longevidade, aumentando a qualidade de vida de cada pessoa. Num território de baixa densidade e população envelhecida, a solução encontrada baseou-se na melhoria e humanização da oferta de serviços existente, intimamente ligada a respostas sociais como SAD e Centro de Dia, centrada na pessoa idosa, auxiliando-a na realização das atividades de vida diária (alimentação, tratamento de roupa, higiene pessoal e habitacional), retardando o processo de envelhecimento estreitamente ligado à diminuição das capacidades e deterioração do estado de saúde e de socialização do indivíduo.

Mudanças relevantes na integração da pessoa na sociedade: outro aspeto inovador que a utilização desta ferramenta permitiu prende-se com a capacidade de estímulo intelectual, cognitivo e cultural dos seus utilizadores. Desta forma, além de diminuir distâncias, sentimento de solidão, saudade e isolamento, o projeto possibilitou ainda o acesso a um leque diversificado de oportuni-

dades de “alfabetização”, controlo e monitorização de sinais vitais e atividades de vida diária da população abrangida. Além deste contacto mais direto e frequente, destacam-se ainda os inúmeros serviços que esta solução acoplou, nomeadamente um controlo e monitorização mais constantes, um acompanhamento técnico permanente e a promoção de competências de natureza tecnológica, que permitiram a realização de atividades de estímulo intelectual e cognitivo, potenciando um envelhecimento saudável, ativo e dinâmico, melhorando substancialmente a qualidade de vida dos seniores e diminuindo os fatores de risco. Ao longo da execução, o projeto beneficiou 26 idosos, com critério de isolamento, a residir numa das áreas de influência da SCMF, no concelho do Fundão, integrando-os socialmente através do recurso aos meios tecnológicos e do contacto presencial entre pares.

Sobre a Santa Casa da Misericórdia do Fundão

A SCMF é uma instituição multifacetada com mais de cinco séculos de atividade nos domínios social, educativo e da saúde. Com mais de 400 trabalhadores a exercer múltiplas funções em cinco Estruturas Residenciais para Idosos; uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados; vários Centros de Dias e Serviço de Apoio Domiciliário; Cantina Social; Posto de Colheitas; Quinta Pedagógica do Fundão; Academia de Música e Dança do Fundão; Centro de Atividades e Tempos Livres; Creche; Jardim de Infância. Respostas sociais às quais irão juntar-se a médio prazo as valências de Habitação Colaborativa e Habitação Temporária de Emergência. Diariamente, a SCMF é braço social, educativo e de apoio na saúde a cerca de 3500 pessoas dos concelhos do Fundão, Covilhã e Penamacor. A mais relevante organização da economia social na Cova da Beira pauta a sua intervenção por renovadas respostas

sociais caracterizadas pelo humanismo e bem-estar da pessoa, desde a nascença à idade maior.

Razão de ser da candidatura ao Gulbenkian Home Care

O isolamento social e geográfico que a população idosa enfrenta, em virtude da sua idade e das suas limitações, é agravado pela exclusão digital, traduzida na falta de conhecimentos e formação e acesso às tecnologias. O facto de uma elevada percentagem de idosos viver em zonas rurais e remotas torna ainda mais difícil o acesso à mesma. Assim, foi imperativo encontrar soluções rápidas e eficazes que auxiliem os idosos em tarefas básicas de comunicação regular, diminuindo o sentimento de solidão e abandono, proporcionando e facilitando o contacto com o mundo de forma mais célere e permanente, bem como facultar ferramentas que controlem, monitorizem e emitam alertas acerca do estado de saúde dos idosos e que os estimulem cognitivamente ao longo do dia.

Enquadramento teórico do projeto

O projeto “Aqui ao Lado”, implementado no âmbito da resposta social de SAD, teve como missão combater o isolamento social, a solidão e a exclusão digital da população idosa da região do Fundão, baseada nas seguintes premissas:

- Isolamento Social e Exclusão Digital: o envelhecimento da população acarreta desafios relacionados com a solidão e a falta de estímulos cognitivos, especialmente em regiões rurais e desertificadas. A exclusão digital agrava a distância entre os idosos e a sociedade, limitando o acesso à informação e à comunicação.
- Inclusão Digital como Ferramenta de Socialização: acesso a tecnologia, como

tablets e smartphones, desempenhando um papel importante na redução do isolamento, facilitando o contacto com familiares e amigos e promovendo a inclusão digital.

- Promoção do Envelhecimento Ativo: o projeto não se limita a cuidados básicos, procura estimular as capacidades cognitivas e sociais dos utentes, através do uso de tecnologia e atividades de socialização.
- Impacto Comunitário: a iniciativa promove o envolvimento da comunidade e o fortalecimento dos laços entre os idosos, familiares e cuidadores, criando uma rede de apoio e proximidade. Este enquadramento teórico destaca a importância da adaptação dos serviços às necessidades dos idosos, valorizando a inclusão digital como ferramenta para combater o isolamento e promover o bem-estar social e emocional.

Caracterização da população-alvo

Neste projeto foram abrangidos 26 utentes de valência de SAD, da SCMF, com mais de 65 anos, residentes na sua habitação, sem qualquer doença crónica ou psiquiátrica impeditivas de comunicação verbal. Ou seja que não apresentem défice cognitivo impeditivo da compreensão verbal, usufruindo dos serviços durante pelo menos um ano com a tipologia “permanente”.

No que concerne à caracterização sociodemográfica, os participantes (14 homens e 12 mulheres) têm uma média de idades de 81 anos. A maioria dos beneficiários (20) reside na cidade do Fundão, três utentes em Aldeia Joanes e outros três utentes na freguesia de Lavacolhos. Relativamente ao estado civil, os utentes são, maioritariamente, viúvos (seis mulheres e oito homens), confirmando o indicativo de potenciais situações de solidão de qualquer dos indivíduos. Em relação às capacidades funcionais e sensoriais, sete

utentes apresentam-se como semi dependentes e 19 são autónomos. Relativamente aos serviços de que estes utentes usufruem (alguns usufruem de mais do que um serviço), 14 deles têm serviço de banho, 12 contratualizaram serviço de higiene pessoal, 14 usufruem de alimentação e dois de tratamento de roupa e higiene habitacional.

A maioria dos utentes (16) do SAD usufrui dos serviços nos dias úteis e aos fins de semana. A periodicidade do serviço para oito utentes é prestada em dias úteis e dois utentes usufruem dos serviços em dias diferenciados. Segundo os próprios beneficiários, os motivos que estiveram na origem da solicitação dos serviços disponibilizados pelo SAD devem-se a tentar evitar sentirem solidão, incapacidade para realizar as atividades de vida diária (AVD), ou insistência por parte dos familiares (que se encontram longe) ou de amigos e vizinhos mais próximos. Globalmente, a população beneficiária pretende retardar a institucionalização, acrescentando vida aos anos, participando em dinâmicas que fomentam a longevidade. Os utentes que beneficiam do SAD prestado pela SCMF possuem o sentimento de solidão, sentem-se isolados e necessitam de conversar sobre o seu quotidiano e vivências passadas. A prestação de serviços vai, pois, além do essencial. Além da sobrevivência da pessoa em idade maior (alimentação, higiene pessoal e da habitação).

Atividades desenvolvidas

- Visitas domiciliárias
- Apresentação e formação dos novos membros da equipa
- Atividades de recolha de dados bio-psicosociais dos utentes
- Jogos de estimulação cognitiva
- Recolha de registos e evidências
- Sessões com avaliação de sinais vitais
- Realização de videochamadas
- Audição e visionamento de vídeos e música

- Acompanhamento técnico com regularidade
- Atividades de escuta ativa e promoção de reminiscências
- Capacitação dos idosos para o uso das novas tecnologias
- Preservação do património imaterial verbalizado por todos quantos o saber e vivências na vida ativa potenciam o sentimento de pertença e capacitação dos saberes, história, personalidades, geografia e tradições.
- Intercâmbios presenciais ou digitais dos participantes, quer seja como forma de resgatar antigos laços de amizade/convívio, quer seja como forma de alargar o círculo de interações sociais/de vizinhança/comunitárias.
- Videochamadas com os familiares e/ou amigos de longa data e que, por motivos diversos, foram sendo perdidas.

Pontos fortes

No caso de pessoas isoladas e com mobilidade reduzida, é-lhes possível socializar através dos equipamentos tecnológicos, estando virtualmente com outras que conhecem desde sempre; criação de uma comunidade onde é possível construir sentimentos de pertença, inclusão, combate à solidão e abandono; criação de relações de vizinhança e familiaridade, mesmo à distância; maior proximidade com utentes, familiares, cuidadores e técnicos, tornando-os família que faz visitas regulares, sendo aguardados com muita alegria e ansiedade; proporcionar momentos de relaxamento, escuta ativa, distração e abstração, face aos problemas do dia a dia.

Pontos fracos

Fraca cobertura de rede que dificulta as atividades nos equipamentos informáticos, sobretudo nas videochamadas; fragilidade humana e de saúde, nos domínios visuais,

auditivos e de motricidade fina, faz com que nem todos os idosos consigam usufruir das vantagens do uso das novas tecnologias; necessidade de incorporar no projeto outras áreas de atuação como fisioterapia, psicologia (sobretudo para cuidadores, às vezes mais debilitados que o utente cuidado), enfermagem, teleassistência, descanso do cuidador, desistência de alguns idosos; fraco envolvimento familiar, refletindo-se numa menor evolução do beneficiário; regularidade das visitas é insuficiente para o aperfeiçoamento de atividades e estímulo cognitivo, de forma a potenciar a confiança entre utilizador e equipamentos tecnológicos.

Resultados e impactos esperados e alcançados

O projeto “Aqui ao Lado” cumpriu o seu propósito: promoção da socialização, fomentando a interação social entre os utentes, combatendo a solidão e o isolamento; bem-estar do indivíduo, melhorando a qualidade de vida e estado emocional dos participantes; capacitação tecnológica, introduzindo e desenvolvendo competências no uso de equipamentos digitais; envolvimento comunitário, reforçando o sentimento de pertença e integração na comunidade.

Em função dos resultados alcançados, e tendo por base os inquéritos de satisfação aplicados pela equipa aos utentes, podemos concluir que o projeto foi notório nas seguintes áreas:

- Promoção da socialização: o projeto foi amplamente reconhecido como uma oportunidade para socialização, com muitos utentes a destacarem o impacto positivo na sua felicidade e sentimento de pertença.
- Bem-estar dos utentes: 76,5% dos inquiridos consideraram as atividades úteis para o seu

bem-estar, reforçando o impacto emocional positivo do projeto.

- Capacitação tecnológica: apenas 23,5% sentiram uma evolução significativa; embora tenha despertado interesse, é claro que não atingiu plenamente os objetivos esperados.
- Envolvimento comunitário: a sensação de envolvimento comunitário foi moderada, com 76,5% a afirmar que as atividades estavam adequadas às suas necessidades, mas sem um impacto profundo na integração comunitária.

O projeto alcançou o objetivo de promover a socialização e o bem-estar emocional, mas ainda apresenta desafios na capacitação tecnológica e na integração comunitária. A avaliação positiva da equipa e a vontade expressa para a continuidade das atividades mostram o potencial de expansão e melhoria do projeto no futuro.

Constrangimentos e soluções encontradas

- Como principais constrangimentos podemos elencar a exclusão digital: a falta de conhecimentos tecnológicos por parte da população idosa dificultou a adesão inicial ao projeto, criando barreiras na utilização de equipamentos como *tablets* e *smartphones*.
- Resistência à mudança: alguns utentes mostraram desconfiança em relação ao uso de tecnologias, por medo ou falta de confiança nas suas próprias capacidades.
- Capacitação tecnológica: a baixa escolaridade e o défice de competências digitais aumentaram a necessidade de formação contínua e apoio personalizado. Assim, para fazer face às dificuldades a equipa adotou soluções como: a Formação Tecnológica Personalizada: implementação

de sessões de formação prática, para familiarizar os utentes com os equipamentos e plataformas digitais.

- Acompanhamento técnico frequente: criação de uma equipa de apoio que visitava regularmente os utentes para prestar auxílio na utilização dos dispositivos e resolver dúvidas.
- Promoção de envolvimento comunitário: realização de atividades sociais para incentivar a interação entre utentes e diminuir a resistência à utilização das tecnologias.
- Monitorização remota: implementação de plataformas digitais para acompanhar o estado de saúde dos utentes e garantir uma resposta rápida a emergências.

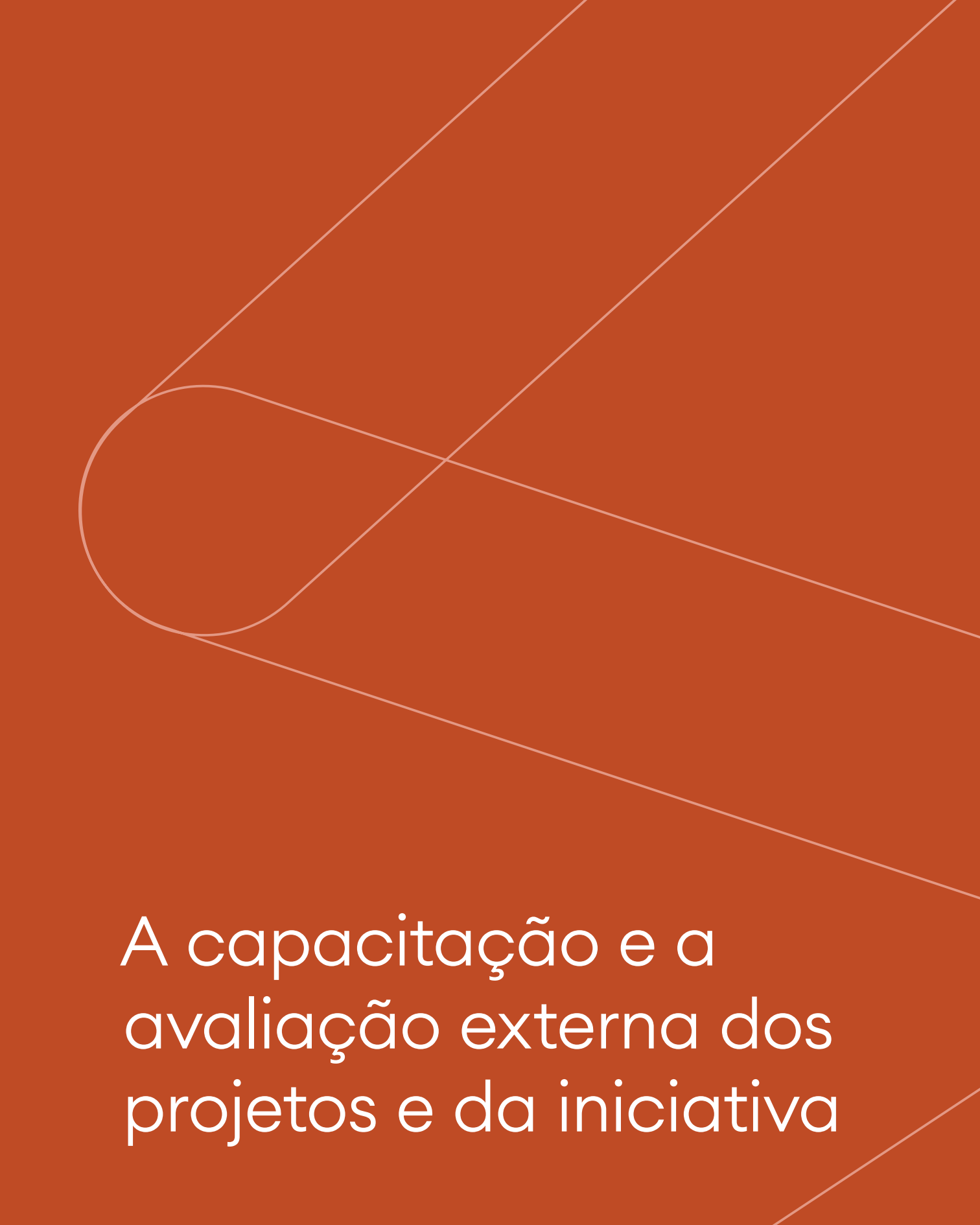
As soluções encontradas permitiram ultrapassar grande parte dos constrangimentos, contribuindo para a inclusão digital e o combate à solidão da população idosa. Apesar dos desafios, o projeto revelou um impacto positivo na vida dos utentes, destacando a importância do acompanhamento personalizado e da formação contínua na promoção do envelhecimento ativo.



O psicólogo João Pedro Carneiro numa sessão com uma cuidadora informal, beneficiária do projeto promovido pelo Centro Paroquial Social de Lavradas. © Absolutauge



A enfermeira Elisabete Veloso mede os sinais vitais, numa das visitas domiciliárias do projeto promovido pelo Centro Paroquial Social de Lavradas. © Absolutauge

The background is a solid orange color. It features several thin white lines that create a sense of depth and movement. One line starts from the top left and goes towards the bottom right. Another line starts from the top right and goes towards the bottom left. These two lines intersect in the middle. A third line, which is a curve, starts from the left side, loops around, and then goes towards the bottom right, crossing the other lines.

A capacitação e a avaliação externa dos projetos e da iniciativa

O papel da Maze: capacitação e transição digital

Margarida Anselmo

Rita Brito e Faro

A Maze foi um dos parceiros de implementação do programa Gulbenkian Home Care (GHC), e contribuiu diretamente para o sucesso das organizações participantes. Através do seu apoio, a Maze focou-se em facilitar a transição digital e aprimorar a gestão de projetos, garantindo que cada organização tivesse as ferramentas e conhecimentos necessários para implementar eficazmente as suas intervenções-piloto. O objetivo foi otimizar processos e promover a sustentabilidade a longo prazo, assegurando o impacto positivo das iniciativas.

Experiência da Maze

A Maze foi escolhida como parceira para a transição digital e acompanhamento dos projetos do programa Gulbenkian Home Care, devido à sua vasta experiência na implementação de programas de aceleração no setor social. A Maze tem, na sua história, um apoio comprovado a organizações na digitalização de processos e na gestão eficaz de projetos, o que a torna uma referência na capacitação de organizações sociais. A sua abordagem personalizada, focada no desenvolvimento de competências e na adaptação às necessida-

des específicas de cada organização, assegura que os desafios únicos do setor social sejam devidamente abordados. Esta experiência e conhecimento permitiram à Maze fornecer o suporte técnico e estratégico necessário para garantir a implementação bem-sucedida das intervenções-piloto, alinhadas com as necessidades e objetivos das organizações participantes.

Objetivos

Desde o início do programa, a Maze definiu como principais objetivos de apoio às organizações participantes:

- Capacitar as organizações para uma implementação eficaz dos projetos-piloto.
- Fornecer suporte estruturado e individualizado, permitindo que cada organização superasse desafios operacionais e técnicos, como forma de garantir uma implementação eficiente das suas iniciativas.
- Promover a transição digital e a adoção de ferramentas tecnológicas.

- Reconhecendo a importância da digitalização no setor social, a Maze estabeleceu como objetivo apoiar as organizações na utilização de ferramentas digitais para otimizar processos, melhorar a gestão de dados e fortalecer a comunicação interna e externa.
- Reforçar a capacidade de gestão e sustentabilidade dos projetos.
- A Maze pretendeu dotar as organizações de metodologias e competências que lhes permitissem gerir eficazmente os seus projetos, garantindo maior eficiência e sustentabilidade a longo prazo.
- Adaptar o suporte às necessidades específicas de cada organização.
- Ciente da diversidade de desafios enfrentados pelas organizações participantes, a Maze definiu como prioridade a adaptação contínua do seu acompanhamento, ajustando conteúdos e metodologias para melhor responder às necessidades emergentes ao longo do programa.

O contributo da Maze

A Maze prestou suporte contínuo às 15 organizações participantes ao longo do programa, permitindo-lhes implementar com sucesso as suas intervenções-piloto e desenvolver as competências essenciais nas áreas de transição digital, gestão de projetos e sustentabilidade financeira. O apoio da Maze foi estruturado em dois componentes principais:

1. Acompanhamento individualizado: cada organização teve entre cinco e seis momentos individuais de acompanhamento, nos quais a Maze ajudou as equipas a superar os desafios mais prementes, na implementação dos projetos, e a fortalecer as suas capacidades em áreas-chave, como o uso

de ferramentas digitais, gestão de impacto e trabalho colaborativo.

2. Formações: a Maze realizou sete sessões de formação sobre temas fundamentais para o sucesso dos projetos, incluindo:

- Gestão de projeto: métodos e ferramentas para um planeamento e execução mais eficiente das atividades.
- Gestão da mudança: estratégias para facilitar a adaptação a novas práticas e tecnologias dentro das organizações
- Ferramentas de gestão de caso: exploração e implementação de *software* para acompanhamento de beneficiários.
- Estruturação de dados e utilização de ferramentas digitais: organização e otimização de dados para uma melhor gestão da informação.
- Excel (nível I e II): desenvolvimento de competências para análise e gestão de dados em Excel.
- Sustentabilidade financeira: boas-práticas para garantir a viabilidade económica dos projetos a longo prazo.

3. Diagnóstico de necessidades: no início do programa, a Maze avaliou a maturidade digital e organizacional de cada uma das organizações participantes. Esta avaliação permitiu identificar as áreas de maior necessidade e ajustar o suporte oferecido de forma personalizada, focando-se nas competências que as organizações mais precisavam para implementar com sucesso os seus projetos-piloto.

Avaliação

O apoio da Maze foi amplamente reconhecido pelas organizações participantes. As formações obtiveram uma avaliação média de 9.2/10, evidenciando a sua relevância e impacto na melhoria das competências das equipas. Além disso, o Net Promoter Score

(NPS) do programa foi de 91, e 100% dos participantes classificaram o apoio da Maze como satisfatório ou muito satisfatório. Estes resultados confirmam o papel essencial da Maze na implementação bem-sucedida dos projetos-piloto e na criação de melhores resultados sociais para cerca de mil pessoas.

Lições aprendidas

A participação da Maze no programa permitiu identificar aprendizagens valiosas sobre capacitação e transição digital no setor social:

- Relevância do apoio não financeiro: o suporte contínuo e estruturado foi determinante para que as organizações pudessem implementar com sucesso os seus projetos-piloto.
- Eficácia da formação e capacitação: o impacto da formação foi mais evidente quando acompanhado de sessões individuais de aplicação prática.
- Necessidade de formação além da transição digital: questões como sustentabilidade financeira e gestão de mudança mostraram-se igualmente fundamentais para garantir a eficácia das iniciativas.
- Adaptação do apoio ao calendário dos projetos: o sucesso da capacitação dependeu da flexibilidade no agendamento e na adaptação dos conteúdos às diferentes fases de implementação.
- Diagnóstico de necessidades e definição de objetivos claros: um levantamento detalhado das necessidades de cada organização no início do programa permitiu ajustar melhor o apoio prestado, aumentando a sua eficácia.

A avaliação externa da iniciativa Gulbenkian Home Care*

Soraia Teles

Oscar Ribeiro

Sofia Medeiros

Sara Guerra

Constança Paúl

Assumindo o compromisso com uma avaliação rigorosa dos resultados da iniciativa Gulbenkian Home Care (GHC), a Fundação Calouste Gulbenkian solicitou ao Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde⁴¹ (CINTESIS) uma avaliação externa da fase-piloto desta iniciativa. Esta avaliação mostrou-se essencial para identificar os resultados alcançados com os investimentos feitos, bem como os fatores de sucesso, os desafios e as oportunidades de melhoria. Adicionalmente, permitiu extrair lições úteis e baseadas na evidência, para futuras iniciativas de promoção de modelos de cuidados inovadores, junto de pessoas mais velhas.

1. Enquadramento metodológico da avaliação externa

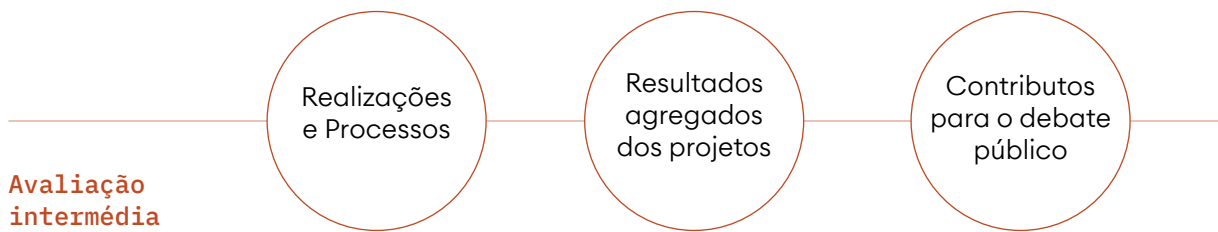
O estudo avaliativo da iniciativa GHC teve como finalidade a análise das suas realizações (e.g. número de beneficiários alcançados, número e tipologia de ações desenvolvidas), processos (por exemplo, satisfação dos beneficiários, obstáculos e facilitadores à implementação, dinâmicas de mudança nas organizações sociais) e resultados (mudanças observadas em indicadores de saúde e sociais dos beneficiários, após a participação nas intervenções). O estudo incidiu ainda sobre a sustentabilidade, replicabilidade e escalabilidade dos projetos apoiados pela iniciativa

* A realização do estudo avaliativo, cujos resultados se encontram sumariados neste texto, contou ainda com o apoio dos investigadores Fátima Barbosa, Jaime Oliveira, Matilde Jóia e Rita Carvalho.

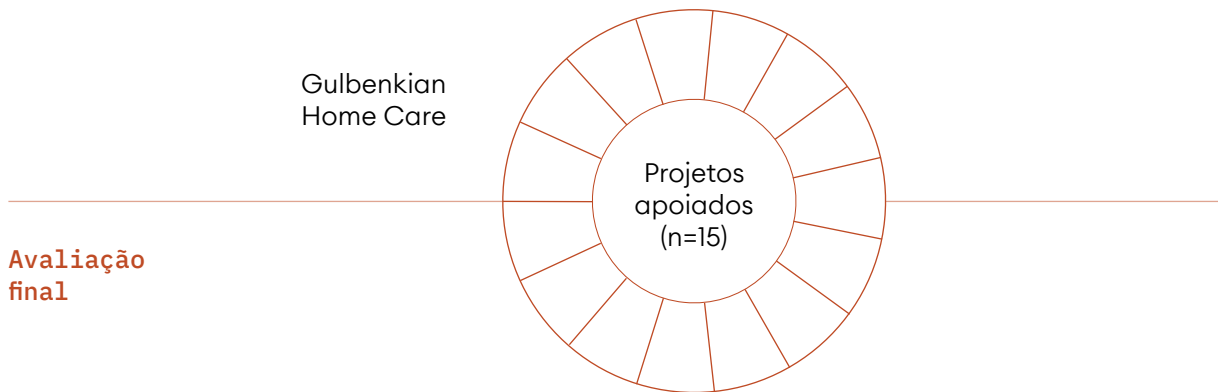
Figura 1. Esquema do estudo avaliativo da iniciativa GHC

AVALIAÇÃO AGREGADA DA INICIATIVA

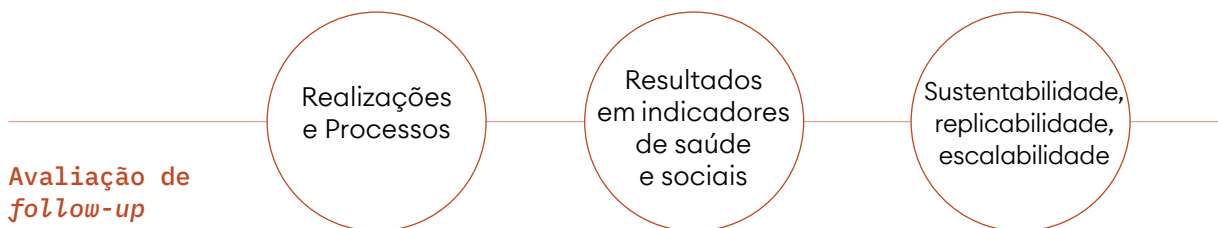
Avaliação inicial



Avaliação intermédia



Avaliação final



Avaliação de follow-up

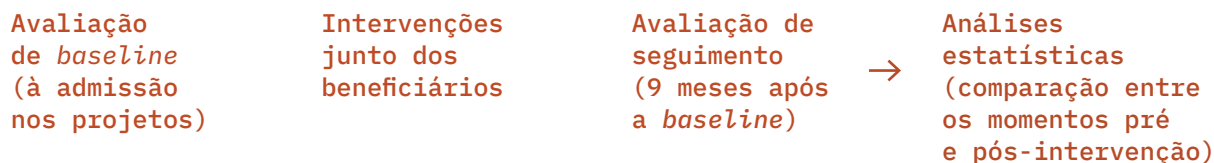
AVALIAÇÃO INDIVIDUAL DOS PROJETOS

Figura 2. Técnicas de recolha de dados utilizadas na avaliação externa da iniciativa GHC

AVALIAÇÃO DE REALIZAÇÕES, PROCESSOS E RESULTADOS PERCEBIDOS

Técnicas de recolha de dados	Avaliação inicial	Avaliação intermédia	Avaliação final	Avaliação de follow-up
Análise documental e <i>desk research</i>	✓	✓	✓	✓
Levantamento de indicadores de realização dos projetos		✓	✓	
Visitas <i>in loco</i> e entrevistas em contexto a beneficiários e equipas executoras		✓		
Entrevistas semiestruturadas às equipas executoras e dirigentes das organizações sociais	✓	✓	✓	✓
Inquérito telefónico a amostra aleatória de beneficiários		✓	✓	

AVALIAÇÃO DE RESULTADOS EM INDICADORES DE SAÚDE E SOCIAIS (COM PROTOCOLOS DE AVALIAÇÃO HARMONIZADOS)



GHC, apreciadas num momento de *follow-up* após o término do financiamento. Foi igualmente apreciado o modelo de acompanhamento da iniciativa, bem como a sua gestão pela Fundação Gulbenkian.

Assente num princípio de aprendizagem contínua, este estudo avaliativo de carácter longitudinal foi operacionalizado em quatro etapas, implementadas ao longo do ciclo de vida dos projetos: avaliação inicial, avaliação intermédia, avaliação final, e avaliação de *follow-up* (cf. Figura 1).

Para aferir realizações e processos recorreu-se, em cada etapa, a múltiplas técnicas de recolha de informação e à sua triangulação. Foram auscultados diversos *stakeholders*, com destaque para os beneficiários diretos das intervenções (por exemplo, pessoas mais velhas entrevistadas em visitas *in loco* e telefonicamente) (cf. Figura 2).

A avaliação de resultados dos projetos em indicadores de saúde e sociais dos beneficiários foi realizada com recurso a protocolos especificamente desenvolvidos para a iniciativa GHC e comuns a todos os projetos apoiados. Seguindo um desenho de estudo quasi-experimental com pré-teste/pós-teste (sem grupo de controlo), os protocolos foram administrados à admissão dos beneficiários nos projetos e replicados numa fase de seguimento, nove meses após a admissão.

A construção dos protocolos de avaliação foi orientada pelos objetivos da Fundação para a iniciativa, bem como pelos objetivos dos projetos, baseando-se nos formulários de candidatura e em entrevistas semiestruturadas iniciais com as equipas executoras. Foram desenvolvidas três versões dos protocolos, destinadas a diferentes grupos de beneficiários: pessoas mais velhas recetoras de cuidados; cuidadores informais; profissionais das organizações sociais apoiadas. Comum às

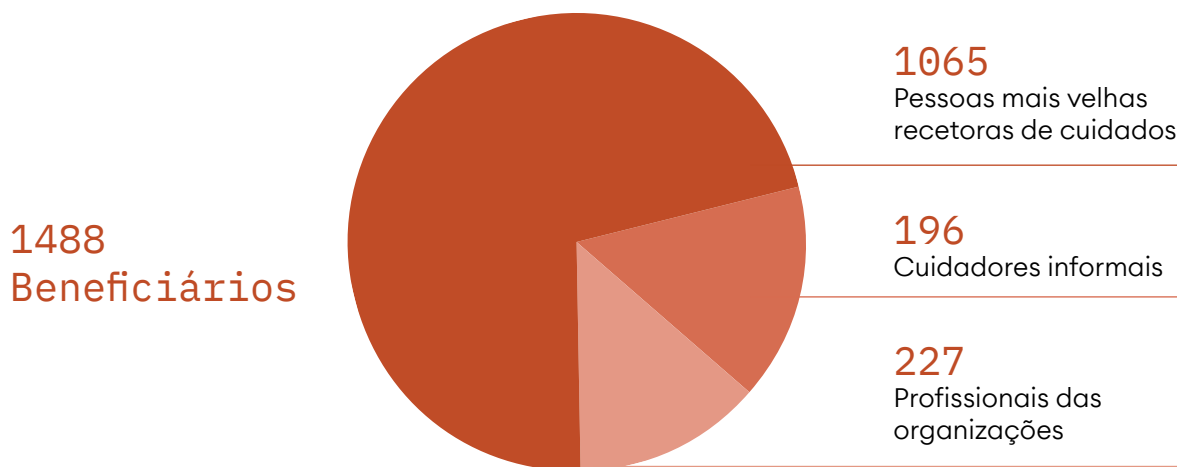
três versões dos protocolos foi a avaliação da qualidade de vida, realizada com recurso ao instrumento abreviado da Organização Mundial da Saúde, WHOQOL-BREF, na versão portuguesa³⁷. Adicionalmente, cada protocolo versou sobre outros indicadores de resultado relevantes para o respetivo grupo de beneficiários, medidos por questionário (cf. Anexo 1, Tabela 1). O protocolo destinado às pessoas mais velhas recetoras de cuidados incluiu ainda duas medidas biocomportamentais: o teste de força de prensão manual, reconhecido como um biomarcador confiável do estado de saúde geral e da capacidade física, bem como preditor de qualidade de vida³⁸; e o teste de pico de fluxo expiratório, enquanto medida associada ao estado de saúde, à função física e cognitiva³⁹.

Complementarmente às medidas de resultados, os protocolos de avaliação incluíram questionários para caracterização dos beneficiários do ponto de vista sociodemográfico (aplicável a todos os grupos), do contexto laboral (profissionais das organizações sociais), do contexto de cuidados (cuidadores informais), bem como de diagnósticos, limitações sensoriais, funcionalidade e utilização de serviços de saúde e sociais (pessoas mais velhas recetoras de cuidados). O Anexo 1 a este capítulo resume as dimensões avaliadas, por grupo de beneficiários, através dos protocolos desenvolvidos, e apresenta notas metodológicas relativas à avaliação externa da iniciativa GHC.

2. Resultados da fase-piloto

Esta secção apresenta o perfil dos beneficiários da fase-piloto da iniciativa GHC, bem como uma síntese dos resultados alcançados pelos projetos apoiados, no que respeita às atividades desenvolvidas, à satisfação dos envolvidos e às mudanças, percebidas e observadas, em indicadores de saúde e sociais dos beneficiários.

Figura 3. Número de beneficiários dos projetos apoiados na fase-piloto da iniciativa GHC



2.1. Beneficiários dos projetos

Durante o período de financiamento (outubro de 2023 a dezembro de 2024), os 15 projetos apoiados alcançaram 1488 beneficiários diretos (participantes em uma ou mais atividades/ ações realizadas pelos projetos), conforme Figura 3. Tendo em linha de conta o volume de financiamento por projeto, os contextos de intervenção frequentemente complexos e desafiantes (como a elevada dispersão geográfica ou elevado *turn-over* de utentes em SAD) e os desafios organizacionais recorrentes (dificuldades de recrutamento e elevada rotatividade de profissionais), o número de beneficiários alcançados revela-se particularmente expressivo.

A análise das características das pessoas mais velhas recetoras de cuidados, ao momento da sua admissão nos projetos, coloca

em evidência vulnerabilidades socioemocionais e físicas, destacando-se as proporções expressivas de beneficiários com problemas médicos, limitações sensoriais, mobilidade reduzida, queixas de memória, sentimentos persistentes de tristeza, ansiedade ou depressão, solidão e reduzida participação social (cf. Figura 4). É ainda relevante a proporção de beneficiários que apresentam fraqueza muscular (cf. Figura 4) e valores consideravelmente abaixo dos referenciais normativos no teste de pico de fluxo expiratório (média de 166,8 L/min; cf. Anexo 1 para notas metodológicas). Também a avaliação que estes beneficiários fazem da sua qualidade de vida é, em média, inferior à da população normativa portuguesa (Vaz Serra et al., 2006) em todos os domínios avaliados: qualidade de vida física (média 53,5 pontos), psicológica (média 60,3), relações sociais (média 58,7), ambiente (média 62,9) e ainda na qualidade de vida

geral (média 50,8). Estas condições reforçam as necessidades multidimensionais destes beneficiários e a importância de respostas integradas e multidisciplinares, em linha com aquelas que os projetos da iniciativa se propuseram a promover (cf. secção 2.2).

A caracterização dos cuidadores informais, ao momento da sua admissão nos projetos, revela um perfil maioritariamente feminino e

de idade avançada (cf. Figura 4). Evidencia-se uma tendência para a prestação de cuidados intensos e prolongados. É expressiva a proporção de cuidadores que reportam não ter apoio para cuidar e que experienciam sentimentos de sobrecarga, solidão, insatisfação com a saúde, assim como tristeza, ansiedade ou depressão, ainda que a maioria apresente satisfação por ajudar a pessoa cuidada (cf. Figura 4). As pontuações atribuídas pelos

Figura 4. Caracterização dos beneficiários da iniciativa GHC (estatísticas descritivas) baseada em informação recolhida à *baseline*/admissão nos projetos junto de 985 beneficiários (740 pessoas mais velhas recetoras de cuidados, 88 cuidadores informais, 157 profissionais das organizações sociais; cf. Anexo 1 para notas metodológicas)

CARACTERIZAÇÃO DAS PESSOAS MAIS VELHAS RECETORAS DE CUIDADOS



39,1% viviam sozinhas	40% não andavam a pé pelo menos dez minutos (nenhum dia numa semana normal)	29% sentiam-se sozinhas muitas vezes ou quase sempre
65,6% tinham problemas médicos	34,7% tinham frequentemente ou sempre sentimentos negativos	77% sentiam-se limitadas ou muito limitadas para fazer atividades habituais
61,8% identificam-se como mulheres	29,8% não viam ou viam com dificuldade	65,1% não beneficiavam de nenhum tratamento ou terapia
80,4 média de idades (desvio padrão 9,8)	36,2% não ouviam ou ouviam com dificuldade	
41,9% viúvas (40,8% casadas)	75,1% apresentavam fraqueza muscular (80,1% dos homens, 71,7% das mulheres)	
50% 1.º ciclo concluído (27% não o frequentou ou não concluiu)	36,6% sentiam-se insatisfeitas ou muito insatisfeitas com a sua saúde	

CARACTERIZAÇÃO DOS CUIDADORES INFORMAIS



70,1%
identificam-se como mulheres

66,8
média de idades
(desvio padrão 14,9)

73,8%
moravam com a
pessoa cuidada

36%
estavam reformados
(36,9% empregados)

49,4%
cônjuges/companheiros
(38,8% filhos)

5
média de anos
a cuidar

45h
média de horas.
semanais a cuidar

45,1%
não tinham ajuda
para cuidar

82,7%
estavam satisfeitos
ou muito satisfeitos
por ajudar a pessoa
cuidada

56,1%
sentiam que não
tinham/tinham
poucas oportuni-
dades para atividades
de lazer

81,7%
não utilizavam ne-
nhum serviço de
apoio/de saúde
mental

30,9%
sentiam-se sozinhos
muitas vezes ou
quase sempre

36,3%
sentiam-se muito ou
extremamente
sobrecarregados por
cuidar

30,9%
estavam insatisfeitos
ou muito insatisfeitos
com a sua saúde

29,3%
tinham frequente-
mente ou sempre
sentimentos
negativos

CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS



96,8%
identificam-se como
mulheres

43,2
média de idades
(desvio padrão 9,8)

6,5
mediana de anos de
trabalho na organiza-
ção social

57,3%
ajudantes de ação
direta (35% técnicos)

23,5%
sentiam-se frequente-
mente ansiosos/
stressados

26,8%
sentiam-se poucas
vezes ou quase nunca
reconhecidos pelo
seu trabalho

18,8% sentiam
frequentemente que o
trabalho os deixava
esgotados

15,4%
consideravam a
organização do
trabalho frequente-
mente confusa na sua
instituição

89,6%
viam muitas vezes ou
quase sempre o seu
trabalho como
importante

85,3%
sentiam-se frequente-
mente satisfeitos com
o seu trabalho

93,8%
sentiam quase
sempre ou muitas
vezes orgulho pelo
seu trabalho

91,7%
sentiam-se frequente-
mente competentes
no seu trabalho

Figura 5. Síntese das atividades realizadas pelos projetos da iniciativa GHC



Figura 6. Satisfação e desejo de continuidade das intervenções entre pessoas mais velhas beneficiárias dos projetos GHC. Resultados baseados em inquéritos telefónicos a uma amostra aleatória de 66 beneficiários



97%
satisfeitas ou muito satisfeitas com as atividades desenvolvidas

87,9%
gostariam de continuar a receber as intervenções

cuidadores à sua qualidade de vida foram, em média, inferiores às da população normativa portuguesa (Vaz Serra et al., 2006) na maioria dos domínios – físico (média 64,1), psicológico (média 64,0), relações sociais (média 64,5), e qualidade de vida geral (média 55,2) – exce- tuando-se o domínio ambiente (média 62,8). Apesar dos contextos de cuidado desafiantes e das necessidades psicológicas evidencia- das, a maioria dos cuidadores referiu não ter acesso a qualquer tipo de apoio emocional ou aconselhamento, em linha com o diagnóstico de necessidades e as propostas de interven- ção de vários projetos.

Relativamente aos profissionais das organiza- ções sociais – maioritariamente mulheres, incluindo sobretudo ajudantes de ação direta, mas também técnicos e outros perfis – desta- cam-se os sentimentos, expressos pela maio- ria, de que desempenham um trabalho rele- vante, bem como o orgulho e a satisfação geral com o trabalho (cf. Figura 4). Todavia, não é de negligenciar a experiência de *stress*, exaustão, dificuldades na organização do trabalho e sentimentos de falta de reconheci- mento profissional, relatados por um conjunto destes profissionais (cf. Figura 4). A avaliação que os profissionais fazem da sua qualidade de vida aproxima-se, em média, da reportada pela população normativa portuguesa (Vaz Serra et al., 2006) em todos os domínios – rela- ções sociais (média 80,0), ambiente (média 65,8), psicológico (média 76,5), físico (média 73,6) e na qualidade de vida geral (média 71,1).

A caracterização dos beneficiários da inicia- tiva GHC reforça a necessidade e pertinên- cia de iniciativas que fomentem respostas inovadoras, integradas e multidisciplinares, considerando os diferentes atores do ecossis- tema de cuidados domiciliários e promovendo a sua qualificação.

2.2. Atividades desenvolvidas

Os projetos apoiados pela iniciativa GHC realizaram um conjunto diversificado de intervenções de saúde e psicossociais com o objetivo de promover o bem-estar dos benefi- ciários, incluindo atendimentos de enferma- gem, fisioterapia/terapia ocupacional, intervenção psicológica, atendimentos sociais, atividades de animação e participa- ção social, entre outras (cf. Figura 5). Adicio- nalmente, foram promovidas iniciativas de formação e consciencialização dirigidas a pessoas mais velhas, cuidadores informais e comunidade em geral, abordando temas variados, tais como demências e gestão medicamentosa (cf. Figura 5).

Com vista à qualificação e especialização dos recursos humanos das organizações sociais, foram também promovidas ações de formação e iniciativas de supervisão dirigidas a voluntários e profissionais, abordando diversas temáticas, tais como a gestão do trabalho e das equipas de SAD, designada- mente a capacitação para o uso de ferramen- tas digitais (cf. Figura 5). Assumindo-se a transformação digital como um dos pilares da iniciativa GHC para fortalecer a capacidade das organizações sociais, destacam-se os investimentos em soluções tecnológicas, tanto para a intervenção direta com os beneficiários – garrafas de água inteligentes, sistemas de monitorização de saúde, teleas- sistência – como para a gestão dos SAD, por meio de *softwares* específicos para a gestão de serviços.

Entre as intervenções desenvolvidas, destaca- se o considerável investimento nas psicológi- cas e psicomotoras (cf. Figura 5), em linha com necessidades identificadas entre pessoas mais velhas beneficiárias dos projetos, tais como queixas de memória, mal-estar psicológico e dificuldades de mobilidade (cf. secção 2.1).

As atividades de animação, ocupação e socialização também se destacam na fase-piloto da iniciativa, alinhando-se com os indicadores de mal-estar psicológico, solidão e baixa participação social, observados numa proporção relevante de pessoas mais velhas e cuidadores informais, ao momento da sua admissão nos projetos (cf. secção 2.1).

Globalmente, as atividades realizadas pelos projetos apoiados, e o seu número, evidenciaram o empenho das equipas executoras em integrar cuidados de saúde e serviços sociais, em formar equipas multidisciplinares e em avançar na transição digital das organizações, em consonância com os objetivos da iniciativa GHC.

2.3 Satisfação de beneficiários

Entre pessoas mais velhas beneficiárias dos projetos GHC, a satisfação com as intervenções – aferida por meio de inquéritos telefónicos e visitas *in loco* – foi globalmente elevada (cf. Figura 6 e Anexo 1 para notas metodológicas).

Entre os fatores mais frequentemente apontados pelos beneficiários, para justificar a sua satisfação com as intervenções, destacam-se a qualidade da relação com as equipas executoras, associada a uma maior frequência e/ou duração das visitas domiciliárias (62,1% dos inquiridos), assim como o acesso a intervenções percebidas como essenciais para a melhoria do seu bem-estar físico e mental (45,5% dos inquiridos).

A maioria das pessoas mais velhas inquiridas manifestou vontade de continuar a beneficiar das intervenções (cf. Figura 6), tendo sido expressas preocupações sobre uma possível perda de bem-estar ou regressão dos ganhos terapêuticos, em caso de descontinuidade dos projetos.

2.4. Mudanças em indicadores de saúde e sociais de beneficiários

Nesta secção, apresentam-se os resultados relativos às mudanças em indicadores de saúde e sociais dos beneficiários da iniciativa, analisadas estatisticamente através da comparação dos protocolos de avaliação, respondidos antes e após as intervenções (cf. secção 1). Estes resultados são complementados com informação qualitativa sobre a perceção de beneficiários e equipas executoras, quanto ao impacto dos projetos. O Anexo 1 inclui detalhes metodológicos e estatísticos, e considerações sobre as análises conduzidas.

Relativamente às pessoas mais velhas recetoras de cuidados, os resultados (cf. Figura 7) indicam uma tendência de melhoria estatisticamente significativa (valor de $p < 0.05$), entre os momentos pré e pós-intervenção na sua qualidade de vida geral ($p = 0,003$). Observou-se igualmente uma tendência de melhoria na qualidade de vida física ($p = 0,03$) e na mobilidade (número de dias a andar a pé; $p = 0,02$), consistente com o investimento considerável dos projetos GHC em intervenções psicomotoras (cf. secção 2.2). A tendência de melhoria foi igualmente observada no pico de fluxo expiratório ($p = 0,01$). Ainda que o valor médio pós-intervenção permaneça abaixo dos referenciais normativos, esta evolução é coerente com intervenções que promovem a atividade física, a força muscular e o condicionamento geral (com destaque para sessões de psicomotricidade), contribuindo para a manutenção ou melhoria da capacidade respiratória dos indivíduos.

Quanto ao bem-estar psicológico destes beneficiários, observou-se uma diminuição de sentimentos negativos como tristeza, desespero, depressão e ansiedade ($p = 0,03$) e um aumento da satisfação com o sono e o repouso ($p = 0,006$), tendências para as quais o investimento considerável em intervenção

Figura 7. Síntese das principais mudanças entre os momentos pré e pós-intervenção (estatísticas descritivas) em indicadores de saúde e sociais das pessoas mais velhas recetoras de cuidados e dos cuidadores informais. Resultados baseados nos protocolos de avaliação de *baseline* e de seguimento de 310 pessoas mais velhas e de 57 cuidadores informais (o número de participantes por estatística varia de acordo com os dados omissos).

PESSOAS MAIS VELHAS RECETORAS DE CUIDADOS



40,1%
avaliaram mais positivamente a sua qualidade de vida geral

53%
avaliaram mais positivamente a sua qualidade de vida física

27%
reportaram andar mais dias a pé (pelo menos 10 minutos)

51%
tiveram melhor desempenho no teste do pico de fluxo expiratório

29,8%
mostraram mais satisfação com o seu sono e repouso

30,1%
reportaram ter menos frequentemente sentimentos negativos

32,1%
avaliaram mais positivamente as oportunidades para lazer

35%
reportaram participar mais frequentemente em atividades sociais

CUIDADORES INFORMAIS



27%
avaliaram mais positivamente as oportunidades para realizar atividades de lazer

*Numa amostra aleatória de 66 beneficiários; 36,4% considerou que o seu bem-estar se manteve inalterado

psicológica pelos projetos poderá ter contribuído (cf. seção 2.2).

Os resultados evidenciaram ainda uma melhoria percebida na participação social ($p < 0,001$) e no acesso a recreio e lazer ($p < 0,001$), em consonância com o investimento dos projetos em sessões de animação, ocupação e socialização (cf. seção 2.2).

As melhorias observadas nos diferentes indicadores, embora modestas (cf. Anexo 1, tamanho dos efeitos), afiguram-se promissoras, sobretudo considerando as múltiplas vulnerabilidades de saúde e sociais dos beneficiários e a relativamente curta duração das intervenções na fase-piloto, cujo prolongamento poderá evidenciar efeitos.

As mudanças observadas nos indicadores de saúde e sociais dos beneficiários são, em larga medida, consistentes com as mudanças percebidas pelos próprios. Numa amostra de pessoas mais velhas inquiridas telefonicamente, 57,6% consideraram que o seu bem-estar melhorou desde que começaram a beneficiar do respetivo projeto. Os principais benefícios relatados pelas pessoas mais velhas receptoras de cuidados, assim como pelas equipas executoras ouvidas em entrevista, incluem a redução do isolamento destes beneficiários e melhorias do seu bem-estar psicológico, capacidade cognitiva, mobilidade e funcionalidade, traduzindo-se globalmente em melhor qualidade de vida. Destacam ainda as equipas executoras que, através do uso de teleassistência e monitorização da saúde nos projetos, foram capazes de responder rapidamente a emergências e prevenir a agudização de condições de saúde.

A avaliação dos indicadores de saúde e sociais dos cuidadores informais, beneficiários dos projetos, não ofereceu evidência de mudanças estatisticamente significativas entre os momentos pré e pós-intervenção*, exceto uma tendência de aumento das oportunidades de recreio e lazer ($p = 0,03$). Esta tendência está em linha com o objetivo de vários projetos da iniciativa de promover oportunidades de socialização, lazer e descanso para cuidadores informais. Os resultados percebidos pelos próprios cuidadores, auscultados nas visitas *in loco*, bem como pelas equipas executoras, incluem a redução da sobrecarga e do *stress* associados aos cuidados, o aumento das oportunidades de descanso e melhorias na relação cuidador-pessoa cuidada.

No que diz respeito aos profissionais das organizações sociais, não se observaram tendências de evolução positiva estatisticamente significativas em nenhum dos indicadores avaliados. Ainda que com efeitos modestos, observou-se uma tendência de diminuição da capacidade de concentração ($p = 0,02$), percebida por 37% dos profissionais no momento de seguimento. A mesma tendência foi observada quanto à experiência de sentimentos negativos ($p = 0,002$), com 40,5% dos profissionais a reportarem sentimentos mais frequentes de tristeza, desespero, ansiedade ou depressão no momento de seguimento.

Entre os desafios à implementação dos projetos reportados pelas equipas executoras, vários poderão ter contribuído para as tendências de mal-estar psicológico acima descritas. Destacam-se, entre eles, as dificuldades na contratação de novos profissionais, levando à sobrecarga e acumulação de funções pelos membros já integrados nas

* A amostra modesta de cuidadores informais poderá ter constituído um constrangimento à observação de resultados aferidos por métodos numéricos. Por outro lado, a menor intensidade e consistência das intervenções oferecidas a este grupo, em comparação às destinadas às pessoas mais velhas receptoras de cuidados, poderá ter limitado os resultados.

equipas, assim como a introdução de novas rotinas e processos de trabalho que, embora percebidos como necessários, positivos e/ou mais eficientes, exigiram um esforço de adaptação por parte dos profissionais. Estas observações reforçam a importância de promover supervisão e formação em competências transversais como gestão de projetos, gestão de pessoas e gestão da mudança, entre as organizações sociais e equipas dedicadas à implementação de soluções inovadoras em SAD.

Não obstante os desafios à implementação dos projetos, as equipas executoras destacam, em entrevista, os benefícios do projeto para as organizações sociais e suas equipas. Entre esses, sobressaem os ganhos de eficiência, incluindo os decorrentes da digitalização dos serviços; o reforço e a qualificação dos recursos humanos; o aumento da coesão e da satisfação profissional, e, ainda, o aumento da visibilidade da organização, bem como a sua reputação e trabalho em rede. Estes benefícios percebidos encontram-se alinhados com os objetivos de capacitação e qualificação dos profissionais e do setor prestador de cuidados domiciliários estabelecidos para a iniciativa GHC.

3. Considerações sobre a fase-piloto

A iniciativa GHC constituiu um importante estímulo à mudança de paradigma nos cuidados domiciliários, destinados à população mais velha em Portugal. Foi significativo o seu contributo para a experimentação de intervenções consideradas inovadoras, seja pelo seu carácter incremental em relação a práticas existentes nas organizações sociais apoiadas, seja pela sua singularidade no contexto geográfico em que operam. A iniciativa desempenhou ainda um papel fundamental na promoção da capacitação das equipas de SAD e da transformação digital das organizações sociais, elementos

essenciais para a eficiência dos serviços, sustentabilidade e impacto das mudanças implementadas. Ao conjugar inovação, qualificação profissional e transição tecnológica, a iniciativa GHC afirmou-se como um agente impulsor de boas-práticas e de modernização dos cuidados de SAD prestados à população mais velha.

Esta iniciativa destacou-se igualmente no contexto fundacional nacional, por ter adotado e testado com sucesso um modelo do tipo Funder Plus, que combinou apoio financeiro com acompanhamento técnico-científico, consultoria especializada e capacitação das equipas, complementados por uma avaliação externa e sistemática dos resultados alcançados. A conjugação destes elementos não só constitui uma prática diferenciadora e catalisadora de transformação no setor, como contribui para elevar os padrões de intervenção social, e fomentar uma cultura de aprendizagem contínua e de melhoria informada pela evidência empírica.

A experiência-piloto da iniciativa GHC foi também relevante para derivar aprendizagens para futuras ações e proporcionar reflexões importantes sobre o modelo de funcionamento dos SAD em Portugal. Permitiu evidenciar o potencial transformador de respostas multidisciplinares e multidimensionais, a fim de atender às necessidades de uma população envelhecida e daqueles que dela cuidam, informal e institucionalmente. Os resultados alcançados na fase-piloto reforçam a ideia de que os cuidados no domicílio devem procurar evoluir para melhorar a qualidade de vida das pessoas mais velhas, aliviar a sobrecarga dos cuidadores informais e promover a resiliência e qualificação dos profissionais das organizações sociais. Especificamente, vislumbra-se a urgência de aproximar os cuidados, prestados às pessoas mais velhas, das suas expectativas e reais necessidades (sejam elas físicas, emocionais e/ou de natureza sociorecreativa),

centrando o cuidado na individualidade e tornando-o mais especializado e capaz de promover funcionalidade, bem-estar psicológico, autodeterminação e conexão social. No que concerne às intervenções destinadas aos profissionais das equipas de SAD, e aos cuidadores informais, destaca-se a importância de garantir o seu bem-estar: os primeiros, ao nível sobretudo da prevenção de riscos psicossociais, da salvaguarda de tempo para múltiplas funções de gestão e intervenção, e do reforço de competência, motivação e reconhecimento; os segundos, ao nível do apoio na gestão da sobrecarga, da promoção do autocuidado e do acesso a serviços de descanso e de apoio psicológico, que permitam a manutenção salutar do papel de cuidar.

Com base nos resultados da fase-piloto da GHC, torna-se evidente que a melhoria do funcionamento das organizações sociais, que prestam cuidados ao domicílio, exige o reforço da articulação com a área da saúde (e vice-versa), bem como com o poder local, pelo reconhecimento de um cuidado efetivamente centrado na pessoa, e capaz de atender a necessidades específicas não tipificadas nos atuais serviços disponibilizados – ampliando-os e diversificando-os. Acresce a necessidade de envidar, de forma contínua, esforços no sentido da transformação digital das instituições – uma dimensão que comporta desafios técnicos e humanos significativos –, mas que poderá traduzir-se em ganhos de eficiência e melhoria da qualidade dos serviços prestados.

Para consolidar os resultados das soluções inovadoras testadas, é essencial garantir a validação e a efetiva transferência do conhecimento produzido. Neste sentido, é fundamental que os responsáveis pelo desenvolvimento de soluções inovadoras, no âmbito dos SAD, invistam em estratégias orientadas para a disseminação de boas-práticas, bem como para a sustentabilidade, escalabilidade e replicabilidade das referidas soluções.

Investir no apoio domiciliário representa uma resposta humanizada e eficiente ao envelhecimento populacional em Portugal, pelo que a priorização de políticas públicas assentes em evidências empíricas, acerca desse serviço é, crucial para garantir um envelhecimento digno e ativo. No fundo, garantir que as pessoas mais velhas tenham acesso aos cuidados e ao apoio de que efetivamente necessitam, para permanecer nas suas casas com a assistência adequada e com a dignidade merecida.

“Há já um reconhecimento do projeto entre parceiros e outras instituições da comunidade e há uma procura maior dos serviços de SAD por essa razão (...) portanto isto também qualifica intervenção que nós fazemos, qualifica a instituição, há reconhecimento de uma certa diferenciação face ao apoio domiciliário tradicional. Isso é uma mais-valia do projeto, sem dúvida!”

Técnica de SAD

Notas finais: o reforço da capacidade do SAD e a especialização de cuidados

Luís Jerónimo

Anabela Salgueiro

Ao programar a fase-piloto do GHC, estava prevista uma fase subsequente, que seria concebida à luz das lições aprendidas e das recomendações dos avaliadores.

Da avaliação *follow-up*, já se sabe que 12 das 15 entidades deram continuidade, no todo ou em parte, às atividades realizadas no âmbito dos projetos. Por outro lado, cerca de 50% integraram os profissionais especializados recrutados para os projetos nas suas equipas residentes.

Não há dúvida de que são muito bons impactos. Perante a evidência de que cuidados mais especializados e personalizados têm extrema importância para a preservação de capacidades, tanto ao nível da saúde física como mental e emocional, as instituições integraram os profissionais e mantiveram as atividades, com os custos a serem imputados aos seus próprios orçamentos.

A introdução de novas ferramentas, e metodologias de trabalho, teve bons resultados e trouxe melhores desempenhos e estratégias de gestão e monitorização. A capacitação dos profissionais e a mudança sentida nas organizações foram também uma conquista que ficou instalada.

Nesta segunda fase do GHC, foi obrigatório celebrar acordos de colaboração e formalizar parcerias, logo na fase de candidatura, para reforçar as colaborações interinstitucionais, de modo a criar melhores condições para a prestação de cuidados integrados multidisciplinares, e assegurar a sustentabilidade dos projetos.

O papel das autarquias pode ser de enorme relevância ao nível da prestação de cuidados em contexto domiciliário, numa lógica de cofinanciamento e complementaridade de recursos partilhados com as IPSS. Também as entidades públicas com responsabilidade na área da prestação de cuidados de saúde,

nos vários níveis – ULS, UCCI, ECCI, USF, Centros de Saúde-, podem assegurar um tipo de cuidados que as IPSS dificilmente conseguem prestar, e que são essenciais para cuidar de pessoas com comorbilidades e doenças crónicas complexas, que exigem cuidados especializados e um acompanhamento regular.

A demência, cuja prevalência é crescente, suscita a criação de respostas mais especializadas; o isolamento social associado à dispersão geográfica, e à baixa densidade populacional, são preocupações muito presentes na nova fase da iniciativa, que visa encontrar as melhores soluções para os vários tipos de territórios, bem como os perfis de pessoas idosas que neles residem.

Anexos

Notas metodológicas à avaliação externa

A avaliação externa da iniciativa GHC foi realizada com um estudo longitudinal, recorrendo-se a múltiplas técnicas de recolha de informação e à sua triangulação, incluindo: análise documental; *desk research*; levantamento de indicadores de realização; visitas *in loco* e entrevistas em contexto a beneficiários dos projetos e equipas executoras; entrevistas semiestruturadas às equipas executoras e dirigentes das organizações sociais; inquérito telefónico a amostras aleatórias de beneficiários e administração de protocolos de avaliação a pessoas mais velhas recetoras de cuidados, cuidadores informais e profissionais das organizações sociais, à admissão nos projetos (*baseline*) e nove meses depois, num estudo de desenho quasi-experimental com pré-teste/pós-teste (sem grupo de controlo).

Este anexo inclui detalhes e considerações sobre a metodologia de avaliação e a análise dos dados.

Análise documental e *desk research*

A análise documental incidiu sobre documentos públicos e internos da iniciativa GHC e da estratégia que a enquadra, formulários de candidatura, informação pública das organizações sociais e evidência das realizações dos projetos (registos, fotografias). A *desk research* centrou-se nos indicadores de disseminação dos projetos e da iniciativa, incluindo: peças em órgãos de comunicação social, publicações em redes sociais e websites, comunicações em eventos científicos e não científicos e publicações.

Levantamento de indicadores de realização dos projetos

Recorreu-se a formulários-tipo para a recolha de indicadores de realização dos projetos. Estes formulários permitiram detalhar as intervenções realizadas e uniformizar os indicadores entre projetos, viabilizando a sua posterior agregação (i.e., soma das realizações de todos os projetos numa categoria). Foram ainda utilizados formulários para registo das atividades em que cada beneficiário participou.

Visitas *in loco* e entrevistas em contexto

As visitas *in loco* tiveram lugar sensivelmente a meio do ciclo de implementação dos projetos. Abrangeram deslocações às organizações sociais promotoras e aos domicílios de beneficiários, com observação direta das intervenções. Conduziram-se entrevistas semiestruturadas, em sala, a membros das equipas executoras; e entrevistas em contexto, durante as visitas, a beneficiários e/ou *proxys*, com o objetivo de aferir a satisfação com o projeto, os resultados percebidos e outros processos relevantes. Foram igualmente entrevistados, em contexto, membros das equipas executoras e outros profissionais das organizações. Mediante consentimento dos participantes, fizeram-se registos fotográficos e gravações das entrevistas. No total, foram visitados 24 beneficiários e entrevistados 38 membros das equipas técnicas.

Entrevistas semiestruturadas

Foram desenvolvidos guiões de entrevista semiestruturada para cada fase da avaliação (inicial, intermédia, final e *follow-up*), bem como para os diversos *stakeholders* auscultados: equipas executoras, dirigentes das organizações, responsáveis face ao acompanhamento da iniciativa pela Fundação e

beneficiários dos projetos, auscultados em visitas *in loco* (cf. nota anterior). As entrevistas foram conduzidas por videoconferência, exceto na avaliação intermédia. Mediante consentimento dos participantes, estas foram gravadas e transcritas *verbatim*. No total, realizaram-se 102 entrevistas a 79 entrevistados.

Inquéritos telefónicos

Foram realizadas duas rondas de inquéritos telefónicos a pessoas mais velhas, beneficiárias da iniciativa, a meio do ciclo de implementação e na fase de encerramento dos projetos. Ambas procuraram aferir a satisfação com os projetos, os resultados percebidos e outros processos relevantes. Foi selecionada, entre os beneficiários que consentiram o contacto pela equipa avaliadora, uma amostra aleatorizada (sete beneficiários por projeto) com base nos códigos alfanuméricos dos participantes. Mediante consentimento, as entrevistas foram gravadas e transcritas. No total, foram inquiridos com êxito 66 beneficiários.

Protocolos de avaliação de resultados

- Critérios de elegibilidade: foram consideradas elegíveis, para responder aos protocolos, as pessoas mais velhas e cuidadores informais participantes em, pelo menos, uma atividade de projeto e profissionais com contacto direto com os beneficiários, mediante consentimento de todos os participantes.
- Responsáveis pela administração: os protocolos foram administrados aos profissionais das organizações pela equipa de avaliação. A aplicação dos protocolos aos recetores de cuidados e cuidadores informais foi da responsabilidade das equipas técnicas dos projetos, no sentido de minimizar o acesso aos seus dados e aos seus

Tabela 1. Dimensões avaliadas nos protocolos, por grupo de beneficiários

Recetores de cuidados	Cuidadores informais	Profissionais das organizações sociais
Dados sociodemográficos (7 <i>itens</i>)	Dados sociodemográficos do próprio e do recetor de cuidados (12 <i>itens</i>)	Dados sociodemográficos (4 <i>itens</i>)
	Dados do contexto dos cuidados (6 <i>itens</i>)	Dados do contexto laboral (9 <i>itens</i>)
Diagnósticos, limitações sensoriais, capacidade funcional (6 <i>itens</i>)	-	-
Utilização de serviços de saúde e sociais (7 <i>itens</i>)	Utilização de serviços de saúde e sociais pelo próprio e pessoa cuidada (3 <i>itens</i>)	-
*Qualidade de Vida (QdV): instrumento WHOQOL-BREF. Analisadas as 26 facetas de QdV, assim como os domínios de QdV – Físico, Psicológico, Relações sociais, Ambiente –, e a QdV geral, calculados de acordo com o manual do instrumento.		
*Força de prensão manual (kg)	*QdV nos cuidados (3 <i>itens</i>)	*Satisfação geral com o trabalho e perseverança na função (3 <i>itens</i>)
*Pico de fluxo expiratório (L/min)	*Competência percebida a cuidar (2 <i>itens</i>)	*Significância do trabalho (3 <i>itens</i>)
*Mobilidade: dias por semana em que anda 10 minutos (1 <i>item</i>)	*Stress, sobrecarga e coping (4 <i>itens</i>)	*Competência percebida e aprendizagem (2 <i>itens</i>)
*Satisfação com o apoio recebido em atividades diárias (1 <i>item</i>)	*Desejo de institucionalizar (1 <i>item</i>)	*Qualidade dos serviços prestados e organização do trabalho (4 <i>itens</i>)
*Satisfação com o acesso a cuidados de saúde (1 <i>item</i>)	*Perseverança nos cuidados (1 <i>item</i>)	*Stress, burnout coping (7 <i>itens</i>)
*Solidão (1 <i>item</i>)	*Solidão (1 <i>item</i>)	*Distress moral e autodeterminação (3 <i>itens</i>)
*Participação social (2 <i>itens</i>)	*Participação social e auto-cuidado (2 <i>itens</i>)	*Apoio percebido no contexto laboral (3 <i>itens</i>)
*Autodeterminação/locus de controlo (4 <i>itens</i>)	*Locus de controlo (1 <i>item</i>)	-

Legenda: * variáveis de resultado consideradas na análise comparativa aos momentos pré e pós-intervenção; QdV- Qualidade de Vida.

- domicílios, por indivíduos externos às organizações prestadoras de cuidados. As equipas receberam formação e um *toolkit* com manual de procedimentos e documentos éticos. A cada participante foi atribuído um código alfanumérico pelas equipas técnicas, com salvaguarda, por parte destas, da sua identidade. A entidade avaliadora implementou procedimentos de controlo de qualidade, incluindo monitorizações telefónicas a amostras aleatórias de participantes (mediante consentimento).
- Meios e modalidades de administração: aos profissionais das organizações sociais, os protocolos foram maioritariamente administrados *online*, pela plataforma “Inquéritos da UP”, enviados por *e-mail* mediante consentimento e preenchidos autonomamente. Aos profissionais sem literacia digital, foram aplicados por inquérito telefónico. Às pessoas mais velhas recetoras de cuidados, os protocolos foram hetero-administrados, presencialmente e na maior parte em formato papel. Aos cuidadores informais, os protocolos foram administrados em formato papel ou digital, tendo 50,6% sido autopreenchidos.
 - Dimensões avaliadas: os protocolos abrangem as dimensões indicadas na tabela 1. Foram considerados variáveis de *outcome* os indicadores assinalados, sujeitos a análises comparativas, para aferir mudanças entre os momentos pré e pós-intervenção. A restante informação visou a caracterização dos beneficiários.
 - Medidas biocomportamentais: força de preensão manual e pico de fluxo expiratório: Para minimizar a variabilidade associada aos instrumentos de medição, foi utilizado em todos os projetos o mesmo modelo de dinamómetro (capacidade máxima de 90 kg) e de espirómetro (amplitude de 60-800 L/min). Ambos os dispositivos foram

oferecidos às organizações pela Fundação. A equipa avaliadora formou as equipas executoras para o uso dos instrumentos. Para apreciação da força de preensão manual dos beneficiários, foi considerada a média dos valores mais elevados obtidos em cada mão (duas medições por mão). A identificação de fraqueza muscular baseou-se nos pontos de corte propostos por Cruz-Jentoft e colaboradores (2019): ≤ 27 kg para homens e ≤ 16 kg para mulheres⁴⁰. Para o pico de fluxo expiratório, foi considerado o valor mais elevado entre três medições feitas por indivíduo, comparado com as normas europeias, ajustadas ao sexo, idade e altura.⁴¹

Análise de conteúdo

Toda a informação textual recolhida – proveniente de entrevistas, inquéritos *online* ou protocolos de avaliação de resultados – foi sujeita a análise de conteúdo. Ainda que supra não conste em detalhe, procedeu-se à análise temática dos conteúdos, tendo as categorias e subcategorias sido definidas de forma indutiva. Por categoria, foram registadas as frequências absolutas das unidades de texto; e geradas *word clouds* (com o *software* NVivo) para visualização das palavras mais frequentemente ditas.

Análise e informação estatística

- Participantes incluídos nas análises: a análise relativa à caracterização dos beneficiários à *baseline* (cf. secção 2.1.) incluiu 740 pessoas mais velhas recetoras de cuidados (449 com protocolos de avaliação e 291 apenas com formulários de dados sociodemográficos), 88 cuidadores informais (83 com protocolos e cinco com formulários) e 157 profissionais (todos com protocolos). Relativamente ao número total de beneficiários dos projetos, foi possível caracterizar 69,5% das pessoas mais velhas

e 44,5% dos cuidadores informais apoiados. Estas percentagens resultam da impossibilidade de administrar os protocolos a todos os beneficiários, por motivos como a recusa ou impossibilidade de resposta, ou recursos limitados das equipas para a sua aplicação, situação em que se recorreu a uma amostra aleatória.

Na análise comparativa dos indicadores de saúde e sociais, entre os momentos pré e pós-intervenção (cf. secção 2.4), foram incluídos todos os participantes com protocolos preenchidos em ambos os momentos, nomeadamente 310 pessoas mais velhas recetoras de cuidados, 57 cuidadores informais e 90 profissionais, o que corresponde a uma taxa de retenção de 69%, 68,7% e 57,3%, respetivamente. Os restantes participantes não preencheram o protocolo de seguimento por diversos motivos, nomeadamente transição para cuidados residenciais, falecimento, indisponibilidade ou mudanças profissionais entre *staff*.

- Tratamento da escala WHOQOL-Bref: de acordo com o procedimento do manual do instrumento, nos domínios da Qualidade de Vida (QdV) em que se verificou omissão de resposta num *item*, este foi substituído pela média dos restantes do mesmo domínio. Este procedimento não se aplicou ao domínio das Relações sociais nem à QdV Geral nos quais, havendo um *item* omissivo, a soma da pontuação do domínio não foi calculada. Para interpretação, as pontuações dos domínios e da QdV Geral foram transformadas numa escala de 0 a 100, de acordo com os procedimentos do manual. Nas análises comparativas (pré e pós-intervenção), foram utilizadas as pontuações brutas (não transformadas).
- Análises estatísticas: para os dados numéricos provenientes dos protocolos de avaliação e dos inquéritos telefónicos, foram

computadas estatísticas descritivas (frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central e de dispersão), em função do tipo e da distribuição das variáveis. Para determinar mudanças nos indicadores de resultado entre os momentos pré e pós-intervenção, foram computados testes estatísticos para amostras emparelhadas, selecionados de acordo com o tipo de variável e condições de aplicabilidade para os testes. Foram utilizados os testes *Wilcoxon signed-rank test paired*, *Paired t-test*, *McNemar's Chi-squared test* e *McNemar-Bowker test*. Para reconhecer a significância estatística das diferenças observadas entre os dois momentos, considerou-se um valor de $p < 0,05$. As análises foram realizadas com o *software R* versão 4.2.2 (2023-12-1) e os pacotes *base* *dplyr*, *e1071*, *lawstat*, *moments*, *BSDA*, *coin*, *ggplot2*, *DT*, *knitr* e *rstatix*. A magnitude dos efeitos foi testada, para o *Wilcoxon signed-rank test paired*, com a função *wilcox_effsize* (*package rstatix*); e para o *Paired t-test* com a função *cohensD* (*package lsr*). As estatísticas descritivas e os testes de hipótese relativos às variáveis de resultado onde se identificaram mudanças estatisticamente significativas entre ambos os momentos de avaliação (destacadas na secção 2.4) reportam-se na tabela abaixo.

Tabela 2. Estatísticas descritivas e testes de hipótese para variáveis com diferenças estatisticamente significativas entre os dois momentos de avaliação, nos três grupos-alvo

Indicador (n - amostra)	Pré-intervenção M (DP); Mdn (IQR)	Pós-intervenção M (DP); Mdn (IQR)	Estatística de teste	Valor de p	Efeito r*
Pessoas mais velhas recetoras de cuidados					
QdV Física (n=276)	22 (5, 1); 23 (7,7)	22,9 (5); 23 (7)	t=2,17	0,03	0,13
QdV Geral (n=302)	6,1 (1,6); 6 (2)	6,4 (1,6); 6 (2,8)	W=12533	0,003	0,17
QdV Participação/ lazer (n=274)	2,8 (1,1); 3 (2)	3,1 (1); 3 (2)	W=6139	<0,001	0,23
QdV Sono e repouso (n=295)	3,4 (1,1); 4 (1)	3,6 (1); 4 (1)	W=6432	0,006	0,16
QdV Sentimentos negativos (n=302)#	3 (1,1); 3 (2)	3,1 (1); 3 (2)	W=7385	0,03	0,12
Pico de fluxo expiratório (n=148)	164,7 (81); 150 (110)	181,5 (83,4); 170 (130)	W=5438	0,01	0,22
Dias (semana) a andar a pé (n=280)	3,1 (3); 2 (7)	3,5 (3,1); 3 (7)	W=4481	0,02	0,17
Participação social - frequência (n=268)	2,5 (1,2); 2 (2)	2,8 (1,3); 3 (2)	W=7467	<0,001	0,21
Cuidadores informais					
QdV Participação/ lazer (n=56)	2,4 (1); 2 (1)	2,7 (1); 3 (1)	W=147	0,03	0,33
Profissionais das organizações sociais					
QdV Pensamento, aprendizagem, memória e concen- tração (n=85)	4 (0,7); 4 (0)	3,7 (0,7); 4 (1)	W=366	0,02	0,24
QdV Sentimentos negativos (n=84)#	3,6 (0,9); 4 (1)	3,3 (0,9); 3 (1)	W=271	0,002	0,36

Notas: Em todos os *itens* reportados na tabela, uma média/mediana mais elevada corresponde a uma avaliação mais positiva; # *item* invertido para valores mais altos = avaliação mais positiva; n - amostra; M - Média; Mdn - mediana; DP - desvio padrão; IQR - intervalo interquartil; p - significância estatística; QdV - Qualidade de Vida; W - Testado com o *Wilcoxon signed-rank test paired*; t - Testado com o *Paired t-test*; r - interpretação da magnitude dos efeitos: 0.10 - <0.3 (efeito pequeno), 0.30 - <0.5 (efeito moderado) e >= 0.5 (efeito grande).

Considerações e limitações das análises:

- A utilização de protocolos de avaliação comuns a todos os projetos e a apresentação agregada dos resultados da iniciativa visaram reforçar o poder estatístico das análises. O volume de dados não foi suficiente para análises por tipologia de intervenção ou perfil de necessidades dos participantes.
- A elevada rotatividade de beneficiários e profissionais originou perdas de seguimento entre 30% a 42% por grupo, reduzindo o número de participantes incluídos nas análises comparativas (pré e pós-intervenção). Nos grupos de cuidadores informais e profissionais, com amostras menores *a priori*, as perdas de seguimento tendem a influenciar o poder estatístico das análises.
- A administração dos protocolos a pessoas mais velhas recetoras de cuidados e cuidadores informais, por diferentes profissionais, pode ter introduzido alguma variabilidade na medição, a qual se procurou minimizar através de formação, e supervisão, aos técnicos responsáveis pela administração.
- Considerando a ausência de um grupo de controlo no desenho do estudo, não é possível afirmar que as mudanças observadas se devem exclusivamente às intervenções, sendo então avaliada a ocorrência de mudanças após as intervenções. Relativamente às melhorias observadas nos indicadores de saúde e sociais, entre pessoas mais velhas recetoras de cuidados (secção 2.4), é razoável considerar que os projetos tenham contribuído para essa melhoria, em linha com a natureza das atividades desenvolvidas e o impacto percebido pelos beneficiários. O pequeno tamanho do efeito observado deve ser interpretado com ponderação, considerando que fatores como as múltiplas condições

de saúde e vulnerabilidades sociais, que afetam grande parte dos participantes, bem como a duração mais breve das intervenções no contexto de um projeto-piloto, podem limitar a sua eficácia, especialmente a curto prazo.

Notas biográficas

Alexandra Lopes é professora de Sociologia na Universidade do Porto. É doutorada em Política Social pela London School of Economics e coordena a equipa portuguesa do projeto “LeTs-Care”, financiado pelo Horizonte Europa, para explorar abordagens inovadoras aos cuidados de longa duração, orientadas para a promoção de soluções comunitárias, inclusivas e centradas na pessoa. É autora de livros e artigos científicos, nacionais e internacionais sobre estas temáticas. Contacto para qualquer assunto sobre o texto ou para pedidos de informação: aslopes@letras.up.pt.

Alexandra Mamede é licenciada em Animação Educativa e Sociocultural pela Escola Superior de Educação de Portalegre. Trabalha na Santa Casa da Misericórdia de Campo Maior desde 2005, onde tem desenvolvido trabalho na área social e formativa, nomeadamente no Setor de Gerontologia (Serviço de Apoio Domiciliário, Estrutura Residencial para Pessoas Idosas e Centro de Dia).

Anabela Salgueiro é licenciada em Sociologia pelo ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa e tem formação em Gestão de Projetos em Parceria (ISCTE), sendo colaboradora da Fundação Calouste Gulbenkian desde 1986. Nos primeiros 20 anos integrou a equipa do Centro Artístico Infantil e, desde 2005, tem estado envolvida na área distributiva da Fundação, na monitorização de projetos para crianças e jovens em risco e na coordenação da área do envelhecimento, com destaque para as iniciativas Envelhecimento na Comunidade (*ageing in place*) e Gulbenkian Home Care.

Andreia Barros é educadora social, estudou Gerontologia Social e iniciou funções na Santa Casa da Misericórdia de Albufeira em 2013, como animadora sociocultural. Transitou para a direção técnica do SAD em

2019 e foi a coordenadora responsável pelo projeto “+ Próximo”.

António Fonseca é psicólogo com doutoramento em Ciências Biomédicas, professor na Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa (UCP) e investigador no Centro de Investigação em Desenvolvimento Humano, onde realiza investigação multidisciplinar na área do envelhecimento. Atualmente participa no Estudo sobre a Economia do Cuidado, conduzido pela Área Transversal de Economia Social (UCP) e financiado pelo Conselho Económico e Social. É consultor da Fundação Calouste Gulbenkian na área do envelhecimento.

Bruna Sousa é psicóloga desde 2006, com especializações na área da Neuropsicologia e Reabilitação, Cuidados Continuados e Paliativos. Desempenha funções na área da Psicologia Comunitária há 16 anos e, na Benéfica e Previdente, assume funções de direção técnica na área do envelhecimento. Tem especial interesse pela área das demências e do luto, dinamizando projetos sociais com enfoque nestas temáticas.

Bruno Portelada, mestre em Gerontologia com dez anos de experiência na área do envelhecimento, é o diretor de serviços do Centro Paroquial de São Bernardo. O seu conhecimento na área e o seu papel na gestão e otimização dos recursos é fundamental para o apoio integral ao desenvolvimento dos projetos.

Catarina Vieira da Silva tem licenciatura, mestrado e doutoramento em Serviço Social pela Universidade de Coimbra e Universidade Católica Portuguesa. É coordenadora técnica no Centro Social da Irmandade de São Torcato. É ainda coordenadora do Mestrado em Gerontologia Social Aplicada e da Licenciatura em Serviço Social na Universidade Católica Portuguesa, e autora

de capítulos e artigos na área do envelhecimento, pobreza e exclusão social.

Célia Silva Dinis é licenciada em Serviço Social pelo Instituto Superior de Serviço Social do Porto. É assistente social e coordenadora técnica no Centro Social da Irmandade de São Torcato desde 2011. É ainda responsável pela Gestão da Qualidade da Instituição, participando em vários projetos sociais financiados por fundações.

Constança Paúl é Professora Catedrática de Psicologia no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, onde assume as funções de Diretora do Departamento de Ciências do Comportamento e do Programa de Doutoramento em Gerontologia e Geriatria da UP e UA. Saúde e envelhecimento são as grandes áreas de investimento, em termos de ensino, investigação (Unidade de I&D RISE-Health) e produção científica.

Cristina Casalinho é licenciada em Economia pela Faculdade de Economia e Ciências Empresariais da Universidade Católica Portuguesa e tem mestrado em Gestão e Administração de Empresas pela Universidade Nova de Lisboa. É administradora executiva no Conselho de Administração da Fundação Calouste Gulbenkian desde 2024, tendo exercido funções não executivas entre 2022 e 2024. Foi presidente do Conselho de Administração da Agência de Gestão da Tesouraria e Dívida Pública (IGCP, E.P.E), tendo sido membro do Conselho de Administração desta Agência de 2012 a 2014. Ocupou ainda os cargos de economista-chefe no Banco BPI, bem como o de diretora de Sustentabilidade da mesma instituição.

Dulce Gabriel é mediadora sociocultural e de comunicação na Santa Casa da Misericórdia do Fundão, desde 2014. Jornalista de profissão desde 1990, exerceu a tempo inteiro durante 22 anos na Rádio Jornal do

Fundão. Tem nas áreas da Cultura, Igualdade de Género, Promoção da Longevidade, Integração e Migrações os seus motivos de interesse. Publica regularmente reportagens e entrevistas no Jornal do Fundão e Rádio Cova da Beira, órgãos de comunicação social onde colabora há vários anos.

Elisabete de Brito Veloso é licenciada em Enfermagem pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Iniciou a sua carreira na Rede de Cuidados Continuados, passando pelo Hospital de Santa Maria e, desde 2020, colabora com o Centro Paroquial de Lavradas no projeto “Em Casa Con’Vida”, atualmente na 3.ª edição. Exerce funções no Serviço de Urgência de Ponte de Lima (ULSAM). É formadora certificada, com especial interesse no doente crítico, área que considera uma verdadeira paixão profissional.

Emília Colaço é licenciada em Investigação Social Aplicada e possui uma pós-graduação profissional em Gerontologia Social. Desempenha funções como técnica superior na Santa Casa da Misericórdia de Mértola há 25 anos. Atualmente, coordena o Setor de Formação e Projetos, sendo também responsável pela Ludoteca Itinerante de Mértola. Paralelamente, exerce funções como diretora técnica do CATL – Oficina da Criança.

Fernanda Correia é terapeuta ocupacional, especialista no Método de Terapia Ocupacional Dinâmica, mestre em Saúde Pública, com experiência na área dos Cuidados Paliativos e da Gerontologia. Foi responsável pela execução do projeto “+ Próximo”.

Frederico Fazenda dos Reis é licenciado em Contabilidade e Gestão de Recursos Humanos e membro da Ordem dos Contabilistas Certificados. É atualmente coordenador geral do Centro Municipal de Cultura e Desenvolvimento de Idanha-a-

Nova, entidade que apoia o desenvolvimento integrado desse concelho. É associado da EAPN Portugal, sendo presidente da mesa do Conselho Geral para o Distrito de Castelo Branco desde 2013. É tesoureiro da ANIMAR – Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Local, desde 2024, e tesoureiro do Centro de Dia de S. Silvestre desde 2015.

Inês Filipe, nascida em Lisboa, em 1982. Licenciada em Serviço Social pela Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Católica Portuguesa (2006). Iniciou atividade profissional como assistente social na área da Infância e Juventude. Em 2010, arrega funções de técnica gestora de processos de Rendimento Social de Inserção até 2020, altura em que assume a Coordenação do Serviço de Apoio Domiciliário da Santa Casa da Misericórdia de Venda do Pinheiro, função que atualmente acumula com a Direção Técnica da referida instituição.

Joana Machado é assistente social desde 2004. Desempenha a sua atividade profissional na Benéfica e Previdente há 15 anos, enquanto coordenadora de um Centro Comunitário na freguesia mais empobrecida da cidade do Porto, Campanhã, resposta social no âmbito da qual tem procurado contribuir para a criação de condições que possibilitem, aos indivíduos e às famílias, o exercício do direito de cidadania, reforçando a sua capacidade de integração e participação social.

João Pedro Carneiro é licenciado em Psicologia Clínica e da Saúde pela Universidade da Beira Interior (UBI) e tem mestrado em Psicologia Clínica (UBI). Realizou o Ano Profissional Júnior da Ordem dos Psicólogos Portugueses na Clicenter – Centro Médico e Dentário do Alto Minho e na ULSAM – Hospital de Santa Luzia (2018). Membro Efetivo da Ordem dos Psicólogos Portugueses

desde 2019, tem-se dedicado ao trabalho na área da avaliação neuropsicológica e treino cognitivo, com foco no envelhecimento e doenças neurodegenerativas.

João Pedro Gonçalves é licenciado em Serviço Social pelo Instituto Politécnico de Castelo Branco. Participou como estagiário e voluntário no projeto “Aqui ao Lado”. Durante a formação abordou temas como envelhecimento, cuidadores informais e pobreza energética, participando em seminários e iniciativas nas áreas da gerontologia, direitos humanos e políticas sociais. Interessa-se por áreas como o envelhecimento, a gerontologia e a investigação em serviço social.

Luís Jerónimo é diretor do Programa Equidade e Sustentabilidade da Fundação Calouste Gulbenkian. Na Fundação desde 2006, coordenou projetos de inovação social e investimento de impacto. Foi diretor dos Programas de Desenvolvimento Sustentável e de Integração e Coesão Social, e membro do Conselho de Administração da European Venture Philanthropy Association (2018–2022). Licenciado em Filosofia, completou programas de gestão no INSEAD e na Universidade de Cambridge.

Márcia Fonseca, psicóloga clínica. Coordenadora do Serviço de Reabilitação Psicossocial do Instituto São João de Deus – Telhal, onde também coordena o “Home360” (ISJD), resposta comunitária especializada na área das demências e o projeto “CuiDando” (Almada e Oeiras), resposta comunitária para a empregabilidade e a manutenção da estabilidade clínica, de pessoas com doença mental. Elemento do núcleo de projetos e candidaturas, com elaboração e implementação de vários projetos, nomeadamente na área da Doença Mental Grave e Demências. Exerce prática clínica e é docente do Instituto CRIAP, na Especialização Avançada de Reabilitação Psicossocial em Saúde Mental.

Margarida Anselmo é diretora e *partner* na Maze, onde lidera o trabalho com o setor público. A sua experiência inclui a estruturação e gestão de vários Títulos de Impacto Social, um tipo de contratualização de serviços sociais por resultados. Realizou um intercâmbio profissional no MaRS Centre for impact Investing em Toronto. Concluiu o mestrado em Economia e o mestrado em Gestão Internacional na Nova SBE e University College Dublin.

Maria de Lourdes Quaresma é enfermeira e licenciada em Ciências Sociais e Políticas e em Ciências Sociais e Humanas pela Universidade de Lisboa. Tem um DEA em Sociologia Urbana, pela Universidade Paris X. Exerceu funções de gestão e coordenação de projetos na Administração Central e Local. Implementou a Pós-Graduação em Gerontologia Social no Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa, em parceria com Gérontologie Sociale, Universidade de Marselha. Colaborou com instituições europeias e com instituições nacionais, designadamente Associação Alzheimer e Fundação Calouste Gulbenkian. É autora e coautora de artigos e publicações sobre envelhecimento.

Mariana Côco é licenciada em Investigação Social, com pós-graduação em Gerontologia Social e formação complementar em Técnicas de Aconselhamento. Conta com 30 anos de experiência profissional na área da ação social, exercendo funções na Cáritas Diocesana de Beja, onde desenvolveu vasta prática em atendimento social, apoio psicossocial e gestão de respostas sociais. Atualmente, desempenha o cargo de diretora técnica do SAD, coordenando projetos inovadores direcionados à população idosa. Natural de Alfundão e residente em Beja, dedica os seus tempos livres à leitura, aos passeios ao ar livre e à convivência familiar.

Mariana Ribeiro Ferreira é licenciada em Marketing, pós-graduada em Gestão da Sustentabilidade e mestre em Economia Social e Solidária. Foi vereadora com o pelouro da Ação Social e Habitação na Câmara Municipal de Cascais (2009-2011) e presidente do Conselho Diretivo do Instituto da Segurança Social (2011-2015). É diretora de Cidadania Empresarial da CUF e vice-presidente do GRACE – Empresas Responsáveis, em representação da CUF, desde 2018. É dirigente voluntária de duas instituições sem fins lucrativos.

Miguel Cordovil Toscano Rico é médico com competência em Geriatria, coordenador da Unidade de Hospitalização Domiciliária e do Centro de Telessaúde ATENTO da Unidade Local de Saúde de S. José. Estes projetos apostam na prestação e articulação de cuidados médicos na comunidade, e na monitorização remota e tratamento precoce de pessoas idosas com doenças complexas.

Oscar Ribeiro é docente no Departamento de Educação e Psicologia da Universidade de Aveiro (UA) e investigador na Unidade de I&D RISE-Health, assumindo funções de coordenação do seu polo na UA. Tem ampla experiência de investigação aplicada no domínio dos cuidados (in)formais prestados às pessoas mais velhas, dedicando-se, também, ao estudo de temáticas no âmbito da saúde mental na longevidade avançada e muito avançada.

Paula Guimarães é jurista, coordenadora do projeto do Instituto Padre António Vieira (IPAV) para os cuidadores informais e colaboradora do Observatório de Responsabilidade Social das Instituições de Ensino Superior (ORSIES) e RelationLab. Dirigente associativa, formadora, promotora da Casa Museu Oliveira Guimarães e docente em pós-graduações e mestrados na área da sustentabilidade, economia social e envelhecimento. Foi vice-presidente do

Instituto de Reinserção Social, diretora da Fundação Montepio e da Provedoria do Associado, presidente do GRACE – Empresas Responsáveis, presidente do júri Entidade Inclusiva, membro do júri do Prémio Caixa Social e do Prémio Gulbenkian, membro dos Conselhos Nacionais para a Saúde Mental, para o Mercado Social de Emprego e para a Política da Terceira Idade.

Pedro Pita Barros é doutorado em Economia, professor catedrático na Nova School of Business and Economics, na Universidade Nova de Lisboa, detentor da Cátedra BPI | Fundação “*la Caixa*” de Economia da Saúde e membro do Conselho Económico e Social (eleito como Personalidade de Reconhecido Mérito), desde 2025.

Rita Brito e Faro é *manager* na Maze, onde ajuda empresas, fundações e organizações do terceiro setor a escalar o seu impacto. Antes de se juntar à equipa da Maze, passou pela Oxy Capital, pela *start-up* social SPEAK e pela equipa de Sustentabilidade da Fidelidade. Concluiu a licenciatura em Economia na Faculdade de Economia do Porto e o mestrado em Gestão na Nova SBE.

Rui Rainha é sociólogo e especialista com 22 anos de experiência. Desde 2003, estuda e aplica a sua profunda compreensão social e, desde 2011, lidera como secretário geral da Santa Casa da Misericórdia de Vila Franca do Campo. A sua gestão estratégica e visões humanitárias impulsionam projetos de elevado impacto social.

Rute Lemos é doutorada em Sociologia pela Universidade do Porto. Dedicar-se à investigação nas áreas do envelhecimento e da saúde, com enfoque nas políticas públicas para a promoção de um envelhecimento digno e com direitos. Atualmente integra o projeto europeu “LeTs-Care” sobre políticas e práticas em

matéria de cuidados de longa duração. Publicou artigos científicos, participou em congressos nacionais e internacionais e colaborou em eventos municipais dedicados à reflexão sobre envelhecimento.

Sandra Bento é licenciada em Comunicação Social pela Universidade do Minho, licenciada em Gerontologia pelo Instituto Politécnico de Bragança, tem mestrado em Educação Social pelo Instituto Politécnico de Bragança e MBA em Direção Técnica/Serviços em Organizações Sociais, pela Coimbra Business School. É diretora técnica do SAD da Santa Casa da Misericórdia de Bragança, desde 2015.

Sara Guerra é doutorada em Gerontologia (UA/UP), professora adjunta convidada na ESEC e investigadora no RISE-Health. Com vasta experiência docente e científica, coordena e colabora em projetos nacionais e europeus sobre envelhecimento saudável, solidão, desenvolvimento da população LGBTQIA+ e tecnologias assistivas. Publica em revistas de impacto e tem contribuído para o desenvolvimento e avaliação de estratégias inovadoras de intervenção comunitária.

Sofia Medeiros é mestre em Psicologia Clínica e da Saúde pela Universidade Católica Portuguesa do Porto, doutoranda em Gerontologia e Geriatria (ICBAS, Universidade do Porto), professora convidada na Universidad CEU San Pablo, Madrid, lecionando Trabalho em Equipas Multidisciplinares e Intervenção Psicológica em Neurocirurgia da Coluna Vertebral. É orientadora de teses de mestrado, psicóloga clínica focada em adultos e idosos, com experiência em ERPI, clínica privada e gabinete de psicologia. É coautora de publicações na área do envelhecimento.

Sofia Valério é licenciada em Psicologia, com especialidades em Psicologia Clínica, da Saúde, Comunitária e da Saúde Ocupacional. É atualmente diretora coordenadora da Santa Casa da Misericórdia de Almada, onde foi também diretora técnica do Centro Social da Trafaria, coordenadora do Serviço de Psicologia, do Café Memória Almada e Gabinete Cuidar Melhor. Desenvolveu o seu percurso profissional na área da solidariedade social em IPSS, tendo igualmente exercido clínica em entidades privadas.

Sónia Louro é licenciada em Serviço Social no Instituto Politécnico de Portalegre. Especializou-se em Igualdade de Género e na Intervenção com Pessoas Especialmente Vulneráveis. Realizou estudos sobre o envelhecimento – Diagnóstico Social de necessidades dos idosos no Fundão e Desigualdades Socioeconómicas dos idosos na Guarda. Atualmente é a assistente social responsável pelo SAD da Santa Casa da Misericórdia do Fundão e coordenadora do projeto de combate à solidão e isolamento social, “Aqui ao Lado”.

Sónia Marques é licenciada em Serviço Social e diretora técnica das respostas sociais seniores do Centro Paroquial de São Bernardo. Com vasta experiência em projetos sociais, inspira as suas equipas a trabalhar de forma inovadora e humanizada.

Soraia Teles é doutorada em Investigação Clínica e em Serviços de Saúde, licenciada e mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, e mestre em Economia Social. Investigadora no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto e na Unidade de I&D RISE-Health, dedica-se ao desenho, implementação e avaliação especializada de projetos nas áreas do envelhecimento, demências, cuidados informais e intervenções digitais em saúde e de apoio ao envelhecimento em casa e na comunidade.

Vânia Miranda é licenciada em Sociologia pela Universidade do Minho e em Serviço Social pela Universidade Católica Portuguesa. Membro da Ordem dos Assistentes Sociais n.º 06704. Iniciou a carreira no projeto “Caminhar para a Igualdade” (2005). Atua desde 2006 como diretora técnica no Centro Paroquial de Lavradas. Coordenou os projetos “Saúde Con’Vida” (2020-2021) e “Em Casa Con’Vida” (2023-2024), com foco no envelhecimento, área que a motiva profundamente. Tem dedicado a sua carreira à promoção do bem-estar da população idosa, desenvolvendo respostas sociais inovadoras e humanizadas.

Vera Oliveira é licenciada em Serviço Social, tendo iniciado a sua carreira em 2005. Trabalhou com famílias em risco e, desde 2007, integra a Santa Casa da Misericórdia de Almada, onde exerceu funções nas equipas RSI, no GIP e em ERPI. É diretora técnica do SAD desde 2023, liderando o projeto “Sorrisos ao Domicílio”, que promove o bem-estar de idosos com cuidados humanizados. O projeto foi cofinanciado pela Fundação Gulbenkian e pelo Prémio BPI Fundação “*la Caixa*” Sénior.

Referências bibliográficas

1. Decade of Healthy Ageing. *What is the UN Decade of Healthy Ageing?*, (2022). (decadeofhealthyageing.org/about/about-us/what-is-the-decade)
2. Pordata (2025). *Base de dados de Portugal contemporâneo*. pordata.pt
3. Lanford, D., Guadagno, J., Rote, S. (2011), *Gerontology*. Oxford, *Oxford Bibliographies*. Last reviewed: 31 July 2019.
4. Vilaverde Cabral, M. (Coord.) (2012), *Processos de envelhecimento*. Lisboa, Fundação Francisco Manuel dos Santos.
5. Personne, M. (Ed.), (2003), *Les chaos du vieillissement. Pratiques g erontologiques*. Toulouse:  r s.
6. Ennuyer, B. (2002), *Les malentendus de la dépendance: de l'incapacit  au lien social*. Paris: Dunod.
7. Eurostat (2019), *Functional limitations by sex, age and degree of urbanization, 2014–2019*. doi.org/10.2908/HLTH_EHIS_PLIU
8. Eurostat (2019), *Difficulties in personal care activities or household activities by sex, age and educational attainment level, 2014–2019*. doi.org/10.2908/HLTH_EHIS_TAE
9. Eurostat, Dados do m dulo ad-hoc do EU-SILC 2016 sobre acesso a serviços de cuidados
10. Eurostat (2019), *Self-reported use of home care services by sex, age and level of difficulty with personal care or household activities, 2014–2019*. doi.org/10.2908/HLTH_EHIS_AM7TA
11. OECD (2023), *Health Statistics*. stat.link/pnuacr
12. European Commission (2024), *Ageing Report. Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2022–2070)*. economy-finance.ec.europa.eu/publications/2024-ageing-report-economic-and-budgetary-projections-eu-member-states-2022-2070_en
13. Carvalho, M. (2016), *Supervisão Profissional em Serviço Social: uma experiência de supervisão externa a coordenadores de serviços domiciliários para pessoas idosas*. Porto Alegre: Textos & Contextos, 15(1), 212–224.
14. União das Misericórdias Portuguesas. (UMP). (2022). *MA(i)SAD – Modelo Avan ado de Serviço de Apoio Domiciliário*. Lisboa: UMP. https://cdn.ump.pt/files/files/publicacoes/MAISAD.pdf
15. Szebehely, M., Trydega, G.-B. (2012), *Homecare for older people in Sweden: a universal model in transition*, *Health and Social Care in the Community*, 20(3), 300–309.
16. Fonseca, A. M. (2021), *Ageing in Place: Envelhecimento em casa e na comunidade. Modelos e estratégias centrados na autonomia, participa o social e promo o do bem-estar das pessoas idosas*. Lisboa: Funda o Calouste Gulbenkian. (gulbenkian.pt/publications/ageing-in-place-estudo/)
17. Ibidem
18. Fonseca, A.M. (2018), *Boas práticas de Ageing in Place – Divulgar para valorizar: Guia de Boas Práticas*. Lisboa: Funda o Calouste Gulbenkian. (gulbenkian.pt/publications/boas-praticas-de-ageing-in-place-divulgar-para-valorizar/)
19. World Health Organization (2025), *World report on social determinants of health equity*. (who.int/teams/social-determinants-of-health/equity-and-health/)
20. Helsper, E. (2021), *The Digital Disconnect: The social causes and consequences of digital inequalities*. SAGE Publications. World Health Organization (2021), *Social Isolation and Loneliness among Older People: Advocacy Brief*.
21. Silva, T., Caravau, H. (2018), *A process to develop an interactive TV platform to promote the seniors' inclusion*. *Journal of Digital Media & Interaction*, 22(4), 224–233.
- Mois, G. Fortuna, K.L. (2020), *Visioning the future of gerontological digital social work*. *Journal of Gerontological Social Work*, 63(5), 412–427.
22. Vieira da Silva, C. and Branco, F. (2024), *Home care for the elderly and Industry 4.0: The example of S@rkis platform*. Paper presented at the 13th European Conference for Social Work Research, Vilnius.
- Vieira da Silva, C., Oliveira, A., Petrella, S., Dias, P.C. and Branco, F. (2025), *Bridging the digital divide: insights from an umbrella review of older adults' digital competencies for gerontological social work research*, *European Social Work Research*, Early View. DOI: 10.1332/27551768Y2025D000000038

23. Fonseca, A.M. (2022) Ageing in place, envelhecimento em casa e na comunidade em Portugal, *Public Sciences & Policies*, 6(2): 21–39.
24. Kitwood, T. (2019), *Dementia reconsidered, revisited: The person still comes first*. London: Open University Press.
25. Alzheimer Europe (2019), *Dementia in Europe Yearbook 2019: Estimating the prevalence of dementia in Europe [online]*, Luxembourg. (alzheimer-europe.org/dementia/prevalence-dementia-europe)
26. Pereira, G.A., Sousa, I. (2022), *Viver com demência*. Lisboa: Ordem dos Psicólogos Portugueses.
27. Costa, J., Borges, M., Encarnação, R., Firmino, H., Gonçalves-Pereira, M., Lindeza, P., Sampaio, F., Santana, I., Sousa, R., Taipa, R., Verdelho, A., & Silva-Miguel, L. (2021), Custo e Carga da Doença de Alzheimer nos Idosos em Portugal. *Sinapse*, 21(4), 201–211. (run.unl.pt/bitstream/10362/137121/1/e71_sl32_custo_e_carga_da_doen_a_de_alzheimer_nos_idosos_em_portugal_file.pdf)
28. Rosa, M. J. V. (2012), *O envelhecimento da sociedade portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
29. Merck (2023), *Cuidadores portugueses precisam urgentemente de apoio psicológico*. merckgroup.com/pt-pt/news/cuidadores_portugueses_precisam_urgentemente_de_apoio_psicologico_2023-01-31.html
30. Parlamento Europeu (2018), *Relatório sobre a prestação de cuidados na UE para uma igualdade de género melhorada [online]* [Consultado em 20.03.2025] europarl.europa.eu/doceo/document/A-8-2018-0352_PT.html
31. Khanassov, V.; Vedel, I. (2016). Family Physician–Case Manager collaboration and needs of patients with dementia and their caregivers: A systematic mixed studies review. *Annals of Family Medicine*, 2, 166–177.
32. Gonçalves-Pereira, M., Cardoso, A., Verdelho, A., et al. (2017), The prevalence of dementia in a Portuguese community sample: a 10/66 Dementia Research Group study. *BMC Geriatrics*. doi.org/10.1186/s12877-017-0647-5.
33. Fonseca, A.M. (2018), *Boas práticas de Ageing in Place – Divulgar para valorizar: Guia de Boas Práticas*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. (gulbenkian.pt/publications/boas-praticas-de-ageing-in-place-divulgar-para-valorizar/)
34. Câmara Municipal de Almada (Junho 2024), Caderno 0 - Indicadores demográficos, habitação, rendimentos e apoios sociais. https://www.cm-almada.pt/sites/default/files/2024-09/Caderno%20%20%E2%80%93%20Indicadores_Demograficos%2C%20habitacao%2C%20rendimentos%20e%20apoios%20sociais.pdf
35. Fonseca, A. M. (2021), *Ageing in Place: Envelhecimento em casa e na comunidade. Modelos e estratégias centrados na autonomia, participação social e promoção do bem-estar das pessoas idosas*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. (gulbenkian.pt/publications/ageing-in-place-estudo/)
36. União das Misericórdias Portuguesas. (UMP). (2022). *MA(i)SAD – Modelo Avançado de Serviço de Apoio Domiciliário*. Lisboa: UMP. <https://cdn.ump.pt/files/files/publicacoes/MAISAD.pdf>
37. Vaz Serra, A., Canavarró, M. C., Simões, M., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., ... & Paredes, T. (2006), Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 31–40.
38. Bohannon R. W. (2019). Grip Strength: An Indispensable Biomarker For Older Adults. *Clinical Interventions in Ageing*, 14, 1681–1691. doi.org/10.2147/CIA.S194543
39. Cheng, S. T., Leung, E. M., & Chan, T. W. (2014). Physical and social activities mediate the associations between social network types and ventilatory function in Chinese older adults. *Health Psychology*, 33(6), 524–534. doi.org/10.1037/hea0000026
- Vaz Fragoso, C. A., Gahbauer, E. A., Van Ness, P. H., & Gill, T. M. (2007). Reporting peak expiratory flow in older persons. *The journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 62(10), 1147–1151. doi.org/10.1093/gerona/62.10.1147
40. Cruz-Jentoft, A. J., Bahat, G., Bauer, J., Boirie, Y., Bruyère, O., Cederholm, T., Cooper, C., Landi, F., Rolland, Y., Sayer, A. A., Schneider, S. M., Sieber, C. C., Topinkova, E., Vandewoude, M., Visser, M., Zamboni, M., & Writing Group for the European Working Group on Sarcopenia in Older People 2 (EWGSOP2), and the Extended Group for EWGSOP2 (2019). Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age and ageing*, 48(1), 16–31. doi.org/10.1093/ageing/afy169
41. My Lungs my life, a website for anyone living with COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease), asthma or for parents/guardians of children with asthma. mylungsmylife.org/topics/group-1/peak-flow/what-is-a-normal-peak-flow-2/

Ficha Técnica

Gulbenkian Home Care – Inovação no Serviço
de Apoio Domiciliário para Pessoas Idosas

Conceção e coordenação editorial
Anabela Salgueiro

Produção editorial
Ana Lopes, Patrícia Fernandes

Revisão de texto
Vera de Vilhena

Revisão técnica
António Fonseca

Conceção gráfica
Inês von Hafe Pérez

Impressão Maiadouro
150 exemplares

Edição Fundação Calouste Gulbenkian
ISBN 978-989-8380-51-7
Depósito legal 553385/25

Fundação Calouste Gulbenkian
Av. de Berna, 45 A
1067-001 Lisboa

Gulbenkian.pt

Lisboa, setembro de 2025

