



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

BRAGA

Criação de um Serviço de Apoio ao Domicílio para idosos
com demência na cidade de Luanda, Angola

Trabalho de projeto apresentado à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Gerontologia
Social Aplicada**

Cleusa Marisa Camotim Soares Fernandes

Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais

OUTUBRO 2021



CATÓLICA
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS SOCIAIS

BRAGA

Criação de um Serviço de Apoio ao Domicílio para idosos
com demência na cidade de Luanda, Angola

Trabalho de projeto apresentado à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Gerontologia
Social Aplicada**

Cleusa Marisa Camotim Soares Fernandes

Sob a Orientação do Prof. Doutor **António Manuel
Godinho da Fonseca**

Aos meus filhos, marido, sogra e cunhada

AGRADECIMENTOS

Este trabalho foi realizado durante aproximadamente um ano, pelo que toda a pesquisa necessária, toda a informação recolhida e todo o investimento dispensado no terreno fizeram com que fosse impossível realizá-lo sozinha, quer por apoios diretos ou indiretos de pessoas que se foram cruzando no meu caminho, enquanto percorria a minha jornada.

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer aos meus filhos e marido, pelos dias e horas e noites de ausência pois sempre acreditarem em mim e deram-me muita força para continuar e poder ter a oportunidade de chegar até aqui.

Em segundo lugar, a minha sogra, por nunca desistir de me encorajar a realizar tudo o que quero, mesmo quando por vezes perco a fé em mim.

Aos médicos da clinica Girassol em Angola, na cidade de Luanda, e aos familiares dos utentes com quadros demenciais, por terem tirado algumas horas do seu tempo e terem respondido ao inquérito. Sem a participação dos mesmos não conseguiria desenhar este projeto.

Ao professor Prof. Doutor António Fonseca, meu orientador, agradeço todo o apoio e toda a sua disponibilidade e amabilidade durante todo o processo de elaboração do projeto e por não me ter deixado desistir.

A Deus, por me acompanhar em todos os momentos da minha vida.

RESUMO

A atual condição dos idosos em Angola é “degradante”, disse o sociólogo e pesquisador Marcelino Pintinho (comunicação pessoal), para quem o envelhecimento em Angola acontece maioritariamente de modo precário e degradante, em boa medida devido à ausência de definição de políticas sociais claras e eficazes em prol das pessoas na terceira idade. Ignorados e marginalizados pela sociedade e pelo Estado, os idosos angolanos têm um futuro determinado pela ausência de condições, com políticas e estratégias que não dão garantia de qualidade de vida, pelo contrário, precipitam o inevitável. Em Luanda, os idosos com demências permanecem nos seus domicílios, vivendo na generalidade dos casos sem qualquer apoio, dependentes da família ou de terceiros. Desta forma nasce a necessidade de se criar um serviço de apoio ao domicílio em Luanda, designadamente, para apoiar idosos sofrendo de demência. O objetivo deste projeto é, pois, a criação de um Serviço de Apoio Domiciliário para idosos com demência residentes em Luanda, tendo como objetivo geral proporcionar qualidade de vida aos mesmos.

PALAVRAS-CHAVE: Envelhecimento, Qualidade de vida, Serviço de Apoio ao Domicílio.

ABSTRACT

The current condition of older people in Angola is “degrading”, said sociologist and researcher Marcelino Pintinho (personal communication), for whom aging in Angola mostly happens in a precarious and degrading way, in part due to the lack of definition of clear and effective social policies in favor of older people. Ignored and marginalized by society and the State, the Angolan elderly have a future determined by the lack of conditions, with policies and strategies that do not guarantee quality of life; on the contrary, they precipitate the inevitable. In Luanda, older people with dementia remain at home, living in most cases without any support, dependent on their family or third parties. Thus, the need arises to create a home support service in Luanda, namely to support elderly people suffering from dementia. The objective of this project is, therefore, the creation of a Home Support Service for older people with dementia residing in Luanda, with the general objective of providing them with quality of life.

KEY WORDS: Aging, Quality of life, Older people, Home Support Service.

ÍNDICE

Agradecimento

Resumo

Abstract

INTRODUÇÃO	8
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	9
1- Envelhecimento na atualidade	9
2- Respostas sociais em Portugal face ao envelhecimento populacional: A Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI) e o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD)	11
3- Envelhecer em casa	12
4- As demências	13
5- Cuidados à pessoa idosa com demência	17
6- O Serviço de Apoio Domiciliário como resposta social promotora de um envelhecimento em casa	19
PARTE II - METODOLOGIA DE PROJETO	25
1- Metodologia de projeto	25
1.1 Diagnostico	27
1.2 Planificação	29
1.3 Execução	30
1.4 Avaliação	32
PARTE III - O PROJETO: CRIAÇÃO DE UM SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO PARA PESSOAS COM DEMÊNCIA RESIDENTES EM LUANDA	33
1. Caracterização de Angola e de Luanda	33
2. Caracterização da pessoa idosa em Angola e Luanda	35
3. Diagnostico e necessidades	37

4. Planificação	42
5. Execução	44
6. Avaliação	45
PARTE IV – CONCLUSÃO	47
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52
ANEXOS – Guiões de Entrevista	55

INTRODUÇÃO

O presente trabalho foi elaborado no âmbito do Mestrado em Gerontologia Social Aplicada, lecionado pela Universidade Católica.

Este “trabalho de projeto” foi sendo realizado ao longo de aproximadamente um ano, provocando um crescente amadurecimento, enquanto pessoa, enquanto profissional e enquanto angolana. Ao longo deste tempo, pude verificar que em Angola e, particularmente, em Luanda, a atual situação dos idosos não é efetivamente a mais favorável. A ausência de definição de políticas sociais claras e eficazes em prol das pessoas na terceira idade, a deficiência de médicos especialistas em terceira idade e a escassez de serviços a eles dedicados, fazem com que os idosos angolanos não possam olhar para o futuro com esperança.

Pude verificar, concretamente, que os idosos com demência que vivem em Luanda permanecem nos seus domicílios, na generalidade dos casos sem qualquer apoio, dependentes da família ou de terceiros. Desta forma, surge como pertinente a necessidade de se criar um serviço de apoio ao domicílio em Luanda, designadamente, para apoiar idosos sofrendo de demência. O objetivo deste trabalho de projeto é, pois, a criação de um Serviço de Apoio Domiciliário para idosos com demência residentes em Luanda, tendo como objetivo geral proporcionar qualidade de vida aos mesmos.

Este projeto encontra-se subdividido em três partes.

Assim sendo, a primeira parte consiste num enquadramento teórico sobre temáticas relacionadas com o envelhecimento, sobre as respostas sociais face ao envelhecimento populacional, e sobre demências e prestação de cuidados a pessoas com demência.

Na segunda parte faz -se uma abordagem sobre a metodologia de elaboração de um projeto de cariz social e as fases de elaboração do mesmo.

A terceira parte consiste na apresentação e contextualização do projeto, ou seja, numa explicação mais clarividente sobre as ideias fundamentais do projeto e dos mecanismos a pôr em prática para a execução do mesmo.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. O envelhecimento na atualidade

Apesar de o mundo estar a envelhecer de uma forma global, há diferenças no ritmo de envelhecimento da população. O envelhecimento está a progredir mais rapidamente em países em desenvolvimento, inclusive naqueles que também apresentam uma população jovem. Nunca tantas pessoas conseguiram alcançar idades tão avançadas e o aumento da longevidade é uma das maiores conquistas da humanidade. As pessoas vivem mais tempo em razão de melhorias na nutrição, nas condições sanitárias, nos avanços da medicina, nos cuidados com a saúde, no ensino e no bem-estar económico (UNFPA & HelpAgeInternational, 2012).

A definição de “terceira idade” é desafiada pelas mudanças verificadas na esperança de vida dos seres humanos. Em Portugal, pelo ano de 1960, a esperança de vida rondava os 60 anos. Atualmente a esperança média de vida chega (e ultrapassa) os 80 anos (PORDATA, 2018). Se em tempos mais longínquos o “velho” era considerado como um arquivo de saberes e experiências cuja transmissão era imprescindível para a sobrevivência da comunidade, hoje passámos a questionar o sentido e os custos deste aumento da longevidade (Barreto, 2005). Nos primórdios da humanidade, a velhice terá sido, por vezes, valorizada. Talvez por a esperança de vida ser tão reduzida nesse tempo e, por isso, acabar por constituir uma situação rara e desejada. Ou talvez porque, nessa altura, os mais velhos eram valorizados pela sua experiência e a sabedoria, úteis para guiar os mais jovens na caça, na guerra ou na agricultura e pastorícia (Rosa, 2016).

O envelhecimento é um processo que ocorre durante o curso de vida do ser humano, iniciando-se com o nascimento e terminando com a morte. Este processo implica modificações biológicas, psicológicas e sociais. Para Fonseca (2006, p.53), o envelhecimento é “(...) um processo bio-psico-social de cariz individual (...). O envelhecimento nunca poderá ser explicado ou previsto sem termos em consideração as dimensões biológicas, psicológicas e sociais que lhe estão inerentes”. Na opinião de alguns autores (e.g.: Berger & Maillox-Poirier, 1995; Bolander, 1998), o envelhecimento é um processo natural e os mecanismos biológicos exatos que o provocam ainda não são devidamente conhecidos. O ser humano não envelhece de uma só vez, mas de forma

gradual. O idoso não deve ser visto como uma pessoa envelhecida, mas sim como um indivíduo com características únicas, fonte de experiências e conhecimentos.

Segundo Oliveira (2010), existe uma tendência para classificar o envelhecimento apenas na sua vertente cronológica. No entanto, no parecer de Fontaine (2000), existem três idades diferentes para além da idade cronológica: a idade biológica, a idade psicológica e a idade social. A idade biológica, é “medida pelas capacidades funcionais ou vitais e pelo limite de vida dos sistemas orgânicos, que vão perdendo a sua capacidade adaptativa e de autorregulação” (Paúl, 1997, p.12). Esta está relacionada com o envelhecimento orgânico, uma vez que os órgãos não parecem envelhecer todos ao mesmo ritmo (Fontaine, 2000). A idade psicológica, por sua vez, está relacionada com as capacidades de comportamento que o indivíduo pode utilizar tendo em conta as mudanças ambientais, nomeadamente, as intelectuais, mnésicas e motivacionais, permitindo uma melhor autoestima e uma maior autonomia (Fontaine, 2000). Finalmente, a idade social é a maneira como o indivíduo se assume perante a sociedade (Paúl, 1997). Esta idade associa-se ao papel, aos estatutos e aos hábitos de cada pessoa, enquanto membro da sociedade, e à sua relação com a mesma. Sendo assim, podemos dizer que o envelhecimento se caracteriza pela alteração de papéis, das relações familiares e das redes sociais, mais acentuada em determinados acontecimentos de vida que são mais frequentes na fase avançada de vida, como a passagem à reforma ou a perda de entes queridos. A reforma mostra-se como um marco na aproximação do envelhecimento, marca a perda de papéis sociais ativos, da importância social e de poder em sociedades fortemente orientadas para o produtivismo, onde o indivíduo que não produz não é considerado útil, tal como a nossa. Relativamente às relações familiares, também se verificam alterações, uma vez que os filhos tendem a abandonar o lar e começam a exigir outro tipo de atenção e apoio, designadamente nos cuidados aos netos, ajuda económica e/ou doméstica.

No que toca às redes sociais, por vezes são confundidas com a rede de relações no âmbito da família, sendo natural assumir-se que são as famílias que dão resposta às necessidades do idoso (Sousa *et al.*, 2006). No entanto, segundo Figueiredo (2007), verifica-se cada vez mais a importância de outras estruturas, como por exemplo os serviços de apoio domiciliário, os centros de dia (CD), os centros de convívio e as Estruturas Residenciais Para Idosos (ERPI).

2. Respostas sociais em Portugal face ao envelhecimento populacional: A Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI) e o Serviço de Apoio Domiciliário (SAD)

O aumento da esperança média de vida trouxe consigo o aumento do número de pessoas idosas. Esta nova realidade demográfica tem suscitado várias e novas necessidades sociais, que se colocam como desafios nas modernas sociedades em que vivemos. Para responder a estes desafios foram surgindo em Portugal, ao longo dos anos, diversas respostas sociais, tais como: Serviços de Apoio Domiciliário (SAD), Estruturas Residenciais para Idosos (ERPI), Centros de Dias e de Convívio.

Na sua génese, o acolhimento em ERPI consiste numa medida dirigida a promover a segurança e proteção das pessoas mais velhas, assim como a oportunidade de criar relações sociais, envolvimento e a participação ativa num contexto protegido.

O Serviço de Apoio Domiciliário surge no âmbito das políticas sociais em Portugal na década de setenta do século vinte, no sentido de responder a uma franja da população cada vez mais significativa e que começava a não ter condições para, vivendo nas suas casas, responder à satisfação das respetivas necessidades sem a ajuda de outrem. Trata-se de um serviço profissionalizado e que permite a permanência do indivíduo no seu meio habitual de vida, potenciando assim uma maior satisfação e motivação por parte do mesmo. Representa uma resposta fundamental para quem necessita de apoio total ou parcial na realização das suas atividades básicas ou instrumentais de vida diária e, simultaneamente permite aos idosos permanecerem até mais tarde no seu domicílio, recorrendo à institucionalização apenas como último recurso.

Este tipo de serviços é efetuado no domicílio e procura “promover a autonomia, evitar/retardar a dependência; apoiar nas atividades de vida diária; promover estilos de vida saudáveis; prestar cuidados de saúde; melhorar as condições de habitabilidade; evitar o desenraizamento/manter laços; combater o isolamento e a solidão; fomentar a solidariedade (...)” (Ferreira, 2004, p.19). De acordo com o mesmo autor, o SAD visa igualmente a prevenção e vigilância, possibilitando a manutenção de uma vida autónoma num ambiente próprio e familiar.

3. Envelhecer em casa

Em precedência ao desenvolvimento crescente das respostas de Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) nos últimos anos, o princípio da manutenção do idoso no seu domicílio privilegia o paradigma de “envelhecimento em casa”, conhecido na literatura estrangeira como *ageing in place* (Callahan, 1993, *in* Pérez & Fernández-Mayoralas, 2002; Fonseca, 2018; Fonseca, 2021), o qual tem ganho especial importância na área da gerontologia.

Ao conceito de casa e domicílio estão associados sentimentos de amor, pertença, individualidade e até poder, já que é aí que se encontram as representações do quotidiano, os marcos da existência, de dor, conflito, felicidade, o que se diluirá com um processo de institucionalização (Rosel, 2003; Wiles *et al.*, 2011). O próprio espaço externo à habitação é igualmente importante, como a igreja, o comércio local e o jardim, pois, por vezes, são estas as referências que permitem ao idoso manter-se orientado no tempo e no espaço, através, por exemplo, do toque do sino da igreja, dos ruídos dos vizinhos, fatores que contribuem de forma evidente para a continuidade dos seus ritmos vitais, mantendo assim o seu equilíbrio e qualidade de vida (Macedo *et al.*, 2008). São este tipo de referências que o indivíduo não consegue transportar consigo para a uma instituição, independentemente do seu funcionamento e por muito respeito que esta demonstre ter pelos seus usos e costumes (Bernardo, 1993, *in* Oliveira, 2007).

De acordo com Garrote (2005, *in* Correia, 2011, p.17), o domicílio “é entendido como um ambiente com o qual os idosos se identificam e controlam, permitindo uma maior autonomia e segurança”. Neste sentido, o domicílio pode ser considerado como um fator de desenvolvimento humano ao permitir a continuidade da interação com as pessoas que lhes são próximas. De facto, são vários os estudos que verificam a preferência pela permanência no domicílio (Godinho, 2008; José, Wall & Correia, 2002; Vaz, 2001, *in* Correia, 2011).

Hoje, as políticas de saúde em Portugal tendem a privilegiar a manutenção do idoso no domicílio, devido ao aumento crescente do número de idosos, à insuficiência e inadequação das respostas formais às necessidades dos idosos dependentes, às vantagens ao nível da autonomia, às vantagens na promoção da qualidade de vida e

permanência no ambiente habitual, e à constatação das potencialidades da família na prestação de cuidados, o que implica uma função acrescida na qual o cuidador informal assume uma maior relevância (Leuschner, 2005).

4. As demências

O processo de senescência comporta mudanças a nível neuropsicológico, especialmente ao nível dos défices cognitivos, alterações da memória, velocidade de raciocínio, sono, episódios de confusão, distúrbios psicológicos e alterações nas atividades de vida diária, que se podem relacionar com sintomas depressivos e demenciais (Schlindwein-Zanini, 2010).

A nível morfológico existem alterações no cérebro do indivíduo idoso, sendo, em média, menor, com menos peso, giros mais finos, sulcos profundos e abertos, e menor espessura das regiões corticais. Há uma diminuição no número de neurónios e sinapses e salientam-se sintomas psicológicos e físicos como lapsos de memória, confusão, menor velocidade de raciocínio, dificuldade de locomoção, insónia noturna e sonolência diurna, bem como falta de equilíbrio (Lent 2001, *in* Schlindwein-Zanini, 2010).

Para Fonseca (2014), as alterações que ocorrem na velhice ao nível da atenção, memória, associação, sentimentos, emoções, percepção, criatividade e capacidade de adaptação, são individuais e distintas de indivíduo para indivíduo, sendo influenciadas por fatores genéticos ou hereditários, ambientais, vivências e hábitos, hábitos linguísticos, carácter e personalidade e aceitação da nova situação, sendo que a possível ocorrência de uma demência poderá acelerar a perda das capacidades intelectuais da pessoa.

Segundo a Academia Americana de Neurologia, o diagnóstico de comprometimento cognitivo leve (CCL) pode ser o ponto-chave para a distinção entre um processo de envelhecimento normal e um patológico, podendo resultar num diagnóstico de demência (Fonseca, 2014). A demência vem, pelo DSM-V (2014), a ser denominada de transtorno neuro cognitivo (TNC), abrangendo o grupo de transtornos em que o défice clínico primário incide na função cognitiva, e sendo estes adquiridos e não

de desenvolvimento. Apenas transtornos cujas características centrais são o comprometimento das funções cognitivas fazem parte da categoria dos TNC.

Dependendo do tipo de investigação, podem classificar-se as demências em diferentes categorias, como degenerativas ou não degenerativas; rapidamente ou lentamente progressivas; corticais ou subcorticais; com início precoce (pré-senil – antes dos 65 anos de idade) ou tardio (a partir dos 65 anos), e reversíveis ou irreversíveis. Na maior parte dos casos, as demências têm uma progressão lenta e um início insidioso, sendo imprescindível estar atento aos sinais apresentados, de forma a poder fazer o diagnóstico o mais cedo possível, evitar erros e tratar precocemente o tipo de doença (Parmera e Nitrini, 2015).

As manifestações clínicas e os exames complementares são cruciais e obrigatórios para o diagnóstico de demência e identificação da causa, sendo que as mais frequentes são a Doença de Alzheimer (DA), Demência Vascular (DV), Demência de Corpos de Lewy (DCL) e a Demência Frontotemporal (DFT), as quais têm particularidades distintas.

A Doença de Alzheimer é a demência mais presente e frequente em indivíduos com 65 ou mais anos. Compromete o funcionamento da área do hipocampo e das áreas corticais associativas, preservando de forma relativa os córtices primários. O comprometimento destas áreas leva a alterações cognitivas e comportamentais, preservando o funcionamento motor e sensorial até às fases mais avançadas da demência. O declínio da memória (principalmente em relação a acontecimentos recentes) e a desorientação espacial, são os primeiros sintomas da DA. Estes sintomas vão-se instalando de forma progressiva, podendo existir períodos de alguma estabilidade. Com a evolução da doença vão aparecendo alterações na linguagem, especialmente a anomia (dificuldade em dizer o nome de um objeto), distúrbios no planeamento motor e nas habilidades visuo-espaciais (Kertesz e Mohs, 2001). Na faixa etária que antecede os 65 anos, os distúrbios na linguagem são a manifestação primordial do processo demencial, sendo que os sintomas psicóticos (delírios e alucinações) são mais comuns em doentes mais idosos. O diagnóstico da DA baseia-se na observação do quadro clínico e exclusão de outras causas de demência por meio de exames complementares de neuroimagem. A atrofia da formação hipocampal e do córtex cerebral é revelada a partir da tomografia computadorizada e da ressonância magnética, critérios diagnósticos que predizem possível

DA (Mc Khann *et al.*, 1984). O exame anatomopatológico é o único possível de realizar o diagnóstico (Knopman *et al.*, 2001).

A Demência Vascular refere-se a quadros causados por doença cerebrovascular quando há grandes lesões tromboembólicas (demência por múltiplos enfartes), mas inclui também os estados lacunares e as lesões em locais estratégicos (tálamo, núcleo caudado e giro angular esquerdo), angiopatia amilóide, demência associada a lesões extensas da substância branca, e demência por acidentes vasculares cerebrais hemorrágicos (Román *et al.*, 1993). Em países ocidentais, é a segunda causa mais frequente de demência, sendo que entre os fatores de risco para a DV estão a idade, diabetes, hipertensão arterial, tabagismo, doenças cerebrais e cardiovasculares e presença elevada ou anormal de lípidos no sangue, entre outros (Gorelick, 1997). O fator primordial no diagnóstico é o estabelecimento da relação causal entre o comprometimento cerebrovascular e o quadro demencial, sendo acompanhado de uma avaliação neuropsicológica, apreciação da história clínica e exames de neuroimagem (tomografia computadorizada ou ressonância magnética, sendo que esta última permite uma melhor identificação de enfartes lacunares). Atualmente, nenhum dos critérios de avaliação e diagnóstico de DV é preciso na identificação de casos (Wetterling, Kanitz & Borgis, 1996). Alguns sintomas que diferenciam a presença de DV em relação à DA são o historial de acidente vascular cerebral (AVC) prévio, sintomas neurológicos focais (ataxia, hemiparesia, hemianopsia) ou alterações neuropsicológicas focais (afasia e heminegligências), com início abrupto e curso flutuante (André, 1998).

A Demência por Corpos de Lewy é a terceira causa mais frequente de demência realizada a partir de estudos em autópsias. O quadro de demência apresenta alucinações visuais bem detalhadas e vívidas, flutuação dos défices cognitivos em minutos ou horas e sintomas parkinsonianos do tipo rígido-cinéticos. São necessárias a presença de pelo menos dois dos sintomas descritos para o diagnóstico provável deste tipo de demência. Na DCL o declínio cognitivo é gradual e interfere com a funcionalidade do indivíduo, afetando a capacidade de resolução de problemas, as funções executivas e as Atividades de Vida Diária. Os domínios mais comprometidos numa fase inicial da doença são a atenção, as habilidades visuo-espaciais e as funções executivas, preservando-se relativamente a memória, facto que permite o diagnóstico diferencial da Doença de Alzheimer (Mesulam, 2000). No entanto, com a progressão da doença, estas diferenças podem não estar tão acentuadas, o que dificulta a distinção de outras

demências. Os doentes com DCL apresentam frequentemente episódios de quedas ou perdas momentâneas de consciência (síncope). Os sintomas de cariz parkinsoniano, nomeadamente rigidez e acinesia, geralmente reagem pobremente à levodopa (fármaco do grupo dos antiparkinsonianos) e os neurolépticos (usados para melhoria dos sintomas psicóticos) muitas vezes não surtem este efeito podendo agravar os sintomas de parkinsonismo (Carmelli & Barbosa, 2002).

A Demência Frontotemporal é caracterizada por apresentar um quadro com alterações de personalidade e de comportamento, bem como alterações da linguagem (estereotipias, ecolalia e redução da fluência verbal); apresenta um início insidioso e um carácter progressivo, sendo que as habilidades visuo-espaciais e a memória se encontram relativamente preservadas. Apatia, desinibição, isolamento social, irritabilidade, impulsividade, hiperoralidade e descuido da higiene pessoal, são alterações de comportamento frequentes, tal como preocupações somáticas bizarras, estereotipias motoras e sintomas depressivos. Exames como o Mini Exame do Estado Mental (MMSE) ou testes neuropsicológicos de rastreio podem encontrar-se normais no início, alterando-se com a evolução da doença. Fazem parte deste grupo de demências a doença de Pick, degeneração dos lobos frontais e a demência associada à doença do neurónio motor (esclerose lateral amiotrófica), podendo também ser incluída a demência semântica. Os doentes com DFT apresentam reflexos primitivos como o de preensão palmar, de sucção e de projeção tónica dos lábios, sendo também frequentes sinais de perseverança motora e comportamentos de utilização, com exploração incontrolável de objetos no ambiente. Em relação ao que é observável, são evidentes alterações na afetividade e no comportamento social, que decorrem da atrofia cerebral frontal. No caso da demência semântica, existe um défice na memória semântica, uma vez que afeta principalmente os lobos temporais (sobretudo à esquerda) (Carmelli & Barbosa, 2002).

Para definir uma síndrome demencial é necessária a presença de um declínio cognitivo suficiente para que exista um prejuízo funcional do indivíduo em relação a um nível prévio. Atualmente são exigidos comprometimentos em pelo menos dois domínios cognitivos, não necessariamente a memória, na maior parte dos critérios usados. É necessária uma investigação inicial extensa, sobretudo nos casos em que a demência ocorre antes dos 65 anos (pré-senil), quando as demências são potencialmente reversíveis ou em casos rapidamente progressivos (Carmelli & Barbosa, 2002).

Relativamente à prevalência dos casos de demência acima dos 60 anos, num estudo de Prince *et al.* (2013) verificou-se que esta varia entre 5 a 7%, sendo mais elevada nos países da América Latina e mais baixa na África Sub-sariana. Constatou-se que, em 2010, terão existido cerca de 35,6 milhões de pessoas com demência em todo o mundo e projecta-se que este valor venha a duplicar a casa 20 anos, atingindo 65,7 milhões de casos em 2030 e 115,4 milhões em 2050 (OMS, 2012).

5. Cuidados à pessoa idosa com demência

A morbilidade a que as pessoas se encontram expostas ao longo da vida provoca alterações biológicas ao longo do processo de envelhecimento, caracterizando-se estas alterações pela diminuição das trocas energéticas no organismo e resultando numa diminuição da taxa metabólica. Ao longo do envelhecimento ocorre um declínio geral nas funções fisiológicas e bioquímicas na maioria dos sistemas, sendo um processo inevitável e que implica também modificações a nível somático e psicossocial (Catarino, 2015).

De acordo com Sequeira (2010), ao nível do aspeto exterior o envelhecimento é manifestado, por exemplo, pelo aparecimento de cabelos brancos, alterações do equilíbrio, lentidão de movimentos, diminuição da força muscular e da velocidade de reação, acompanhando-se por alterações a nível emocional e comprometimentos a nível cognitivo. As alterações a nível interno do organismo, associadas aos órgãos vitais (coração, pulmões, rins, etc.) e do metabolismo basal (tónus muscular, circulação, etc.), implicam uma diminuição da capacidade funcional no indivíduo.

Embora exista uma melhoria progressiva nos cuidados de saúde, há uma tendência para a ocorrência de doenças crónicas e degenerativas que comprometem a independência da pessoa idosa. Estas condições representam a perda progressiva de autonomia, ou seja, da capacidade de a pessoa gerir a própria vida, e têm um alto impacto não só no próprio idoso, mas também na família. A dependência implica uma mudança e transição para uma nova situação de vida, podendo acontecer de forma antecipada e progressiva ou de forma não antecipada e abrupta.

Sequeira (2010) refere-se ao conceito de dependência como a incapacidade da pessoa para a satisfação das suas necessidades humanas básicas, necessitando da ajuda de terceiros para sobreviver. A Recomendação da Comissão dos Ministros dos Estados-

Membros relativa à Dependência (1998) define dependência como “um estado no qual se encontram as pessoas que, por razões ligadas à perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, têm necessidade de assistência e/ou ajudas importantes a fim de realizar as atividades de vida diária”.

Podemos diferenciar três tipos de atividades de vida diária (AVD), segundo Garcia (2010), nas quais a pessoa dependente pode ter comprometimentos, são elas:

1. Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD): Aquelas que permitem ao sujeito levar uma vida independente no próprio lar. O grupo é composto fundamentalmente por atividades de autocuidado, mobilidade dentro de casa e comunicação.

2. Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD): Atividades que implicam uma maior autonomia e interação que as ABVD. Incluem-se neste grupo as tarefas domésticas, de mobilidade e administração da casa.

3. Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD): Valorizam os aspetos de socialização e papéis familiares, bem como a participação em atividades de recreação ou ocupacionais. Revelam um elevado nível de funcionalidade física.

No âmbito da legislação em vigor em Portugal, consideram-se em situação de dependência “os indivíduos que não possam praticar com autonomia os atos indispensáveis à satisfação das necessidades básicas da vida quotidiana, carecendo da assistência de outrem. Consideram-se atos indispensáveis à satisfação das necessidades básicas da vida diária quotidiana, nomeadamente os relativos à realização dos serviços domésticos, à locomoção e cuidados de higiene” (Decreto-Lei nº265/99). Segundo o mesmo decreto, estabelecem-se dois graus de dependência: 1º grau – “indivíduos que não possam praticar, com autonomia, os atos indispensáveis à satisfação de necessidades básicas de vida quotidiana, designadamente atos relativos à alimentação ou locomoção ou cuidados de higiene pessoal”; 2º grau – “indivíduos que acumulem as situações de dependência que caracterizam o 1º grau e se encontrem acamados ou apresentem quadros de demência grave” (Decreto-Lei nº265/99).

Israel, Andrade e Teixeira (2011) e Millán-Calenti *et al.* (2012) fazem a distinção entre aquilo que é a dependência física e a dependência cognitiva, respetivamente. A primeira caracteriza-se pela restrição de movimentos que podem resultar em necessidade de ajuda para comer, higienizar-se e deslocar-se, enquanto a segunda compreende um

quadro de demência crónica e degenerativo, no qual o idoso não consegue lembrar-se de informações importantes, comunicar-se adequadamente ou realizar tarefas baseadas no raciocínio. Devido ao comprometimento da memória, com o tempo, o idoso com demência deixa de se recordar de como realizar as tarefas diárias, acarretando também dificuldades de natureza física (Millán-Calenti, 2012).

Face ao exposto, a maioria das famílias com dependentes a seu cargo são obrigadas a recorrer aos Serviços de Apoio Domiciliário, visto que o mesmo representa uma resposta fundamental para quem necessita de apoio total ou parcial na realização das suas atividades básicas ou instrumentais de vida diária. Simultaneamente, permite aos idosos permanecerem até mais tarde no seu domicílio, recorrendo à institucionalização apenas como último recurso. Este tipo de serviço tem como objetivos melhorar a qualidade de vida das pessoas e famílias; garantir cuidados físicos e apoio psicológico e social; ajudar nas tarefas básicas do dia-a-dia, como fazer compras, limpar a casa, cozinhar as refeições e tratar da roupa; incentivar as relações familiares; colaborar e/ou assegurar o acesso a cuidados de saúde; evitar ou adiar ao máximo o internamento em instituições, prevenir situações de dependência, promover a autonomia.

6. O Serviço de Apoio Domiciliário como resposta social promotora de um envelhecimento em casa

As transformações verificadas na sociedade, especialmente de índole demográfica e familiar, como o progressivo envelhecimento da população, a diversidade interna desse envelhecimento e o aumento da esperança média de vida, os indicadores referentes à exclusão social, as mudanças na estrutura e nos modelos de família e a extensão crescente dos direitos da cidadania, tornaram imperativa a conceção de novas formas de intervenção e o ajustamento das respostas sociais já existentes, de modo a que privilegiem a flexibilidade necessária para atender à constante e à crescente complexidade da realidade social (MTSS, 2006).

De facto, o aumento da população idosa exige cuidados específicos, em resultado das limitações que lhe estão associadas, havendo uma necessidade crescente de dar respostas às necessidades sociais e de saúde que se lhe associam. É indispensável manter as pessoas idosas integradas na sociedade e na família de forma a garantir os recursos

necessários para uma vida que se espera cada vez mais longa e com qualidade. As respostas sociais são bastante comuns na sociedade e por vezes consideradas como a única solução de apoio para algumas pessoas mais velhas. De acordo com São José, Wall e Correia (2002), o processo de escolha e de organização de apoios depende de vários fatores, como o grau de dependência da pessoa idosa, o grau de disponibilidade de apoios formais e informais, e o rendimento familiar. Ainda segundo os mesmos autores, os cuidados sociais são entendidos como todo o tipo de apoio que é prestado com o objetivo de ajudar os indivíduos dependentes nas suas atividades quotidianas.

Nos dias de hoje, existe uma diversidade de respostas sociais criadas para proporcionar cuidados às pessoas idosas. A Segurança Social tem ao seu dispor, com a ajuda de iniciativas particulares como as Misericórdias e IPSS, várias respostas sociais que visam responder às necessidades da população idosa, promover a sua autonomia e, tanto quanto possível, favorecer a permanência no seu domicílio e no seu meio sociocultural (Apelles, 2011). Segundo Pimentel (2001), dada a maior cronicidade das doenças e a necessidade de cuidados de longa duração, torna-se também indispensável a existência de uma rede social de apoio que auxilie a pessoa idosa na gestão da sua dependência e fragilidade. Tal evidência pode justificar o crescimento da resposta social de SAD nos últimos anos. Esta resposta é considerada por muitas pessoas em situação de dependência como uma forma de continuarem inseridas no seu meio habitual de vida, rodeadas dos seus afetos e pertences, com possibilidades de novos relacionamentos facultados pelos colaboradores que se deslocam ao domicílio, podendo constituir para muitas pessoas o único elo de ligação com o exterior.

O SAD consiste na 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 a satisfação das suas necessidades básicas ou, instrumentais da vida diária, nem tenham suporte familiar para assegurar. Do ponto de vista legal, O SAD é uma resposta social participada pela Segurança Social, isto é, os custos subdividem-se em duas partes: uma associada aos rendimentos do agregado familiar e uma outra parte associada à Segurança Social. Deve funcionar por um período interrupto de vinte e quatro horas e é essencialmente frequentado por indivíduos com mais de 65 anos de idade, no entanto, esta norma é flexível tendo em conta as necessidades de pessoas mais jovens. (Despacho Normativo nº 62/99 de 12 de Novembro). O SAD surge como uma resposta articulada entre os serviços da saúde e do social, os quais são prestados ao utente no

domicílio de forma a prevenir, retardar ou mesmo impedir a sua institucionalização (Knight & Tjassing, 1994). O SAD baseia-se, assim, em princípios de desinstitucionalização e de integração social (Trigueiros, 2006).

Segundo Rodríguez e Sánchez (2000), o SAD apresenta-se como um programa individualizado de carácter preventivo e reabilitador, onde são articulados um conjunto de serviços e técnicas de intervenção profissional que incidem nos cuidados pessoais: higiene, alimentação, cuidados da habitação e apoio psicossocial. Estes serviços destinam-se quer à pessoa idosa, quer à sua família, promovendo ainda a manutenção das relações da pessoa idosa com o meio envolvente.

O enfoque preventivo e reabilitador é realçado por Carvalho (2012). No que concerne ao primeiro, o SAD abrange cuidados que impedem a evolução de situações de dependência e de fragilidade social, realçando a importância da criação de hábitos de vida saudável que abrangem a alimentação, prevenção de quedas e por vezes a eliminação de barreiras físicas no domicílio, assim como o reforço de vínculos com familiares e vizinhos. A reabilitação, por sua vez, remete à recuperação de funções físicas, cognitivas e intelectuais, o autoensino de algumas atividades básicas e instrumentais da vida diária por vezes perdidas, assim como a promoção do desenvolvimento da capacidade de comunicação com o exterior através da participação em possíveis atividades recreativas (Carvalho, 2012).

Kane (1999) apresenta o SAD como o serviço que engloba o cuidado a pessoas que residem nas suas casas e requerem essa ajuda face ao seu estado funcional ou de saúde. Para o autor, o tipo de cuidados não se restringe apenas aos indivíduos que já apresentam alguma incapacidade relevante, devendo principalmente, constituir-se como uma estratégia de prevenção, para que as pessoas idosas não fiquem precocemente limitadas à sua casa devido à degradação do seu estado funcional. Estes serviços, destinam-se quer ao idoso quer à sua família, promovendo a manutenção das relações do idoso com o seu meio envolvente.

Do ponto de vista da sua evolução histórica, os serviços de apoio domiciliário começaram na Grã-Bretanha e na Holanda, após o fim da II Guerra Mundial, como consequência do triunfo das ideias acerca do estado de bem-estar defendidas por Beveridge e Keynes, e dentro de um contexto amplo de segurança social que incluiu

pensões, a assistência de saúde e os serviços sociais (Ribeirinho, 2005). Em Portugal, começa-se a falar de cuidados no domicílio nos finais da década de 70 do século XX, em consequência do aumento das pessoas com mais de 65 anos. Em 1976, começou a considerar-se que os Lares não seriam as respostas mais adequadas para todas as pessoas idosas, devido ao afastamento das suas raízes (MTSS, 2009). Assim, foi a partir desse ano que se começou a desenhar a política que ainda hoje perdura e que defende a manutenção do idoso no seu domicílio o maior tempo possível.

Foi nos anos de 1986 a 1995 que os serviços de apoio domiciliário tiveram o seu grande impulso. No entanto, foi na segunda metade da década de 90 que se consolidaram e inscreveram no contexto das políticas de apoio aos idosos (MTSS, 2009). O SAD é a resposta social que tem apresentado um desenvolvimento mais expressivo ao nível da capacidade instalada no âmbito desta população-alvo (em 2016, contabilizaram-se 109 950 lugares em SAD), o que explica a importância que tem e continuará a ter a prestação de cuidados no domicílio (Carta Social, 2016).

Os cuidados domiciliários devem ser evolutivos, dotados de flexibilidade e com possibilidade de serem reformulados de acordo com as necessidades do idoso e da sua respetiva família, considerando a participação destes (Veiga & Correia, 2009, *in* Correia, 2011). O SAD é um serviço que tem sido alvo de alterações, provenientes da sua crescente procura, bem como das políticas de qualidade associadas.

Segundo o relatório da Carta Social (2018), a evolução do número das principais respostas que visam o apoio à população idosa tem apresentado um crescimento no período 1998-2018 (108% e 105%, respetivamente) e as que apresentavam maior oferta. Em 2018, contabilizaram-se cerca de 7.300 respostas de ERPI, SAD e Centro de Dia no território continental, das quais 37 % correspondem a SAD. O SAD constitui a resposta, no conjunto das principais respostas que visam o apoio a idosos, que apresentava maior oferta de lugares (40%), contabilizando, em 2018, 110.400 lugares, aproximadamente. À semelhança do número de lugares, o número de utentes que recebem apoio da resposta SAD tem revelado um crescimento, porém, a um ritmo mais moderado. Em 2018, 63% do número total de lugares em SAD estavam abrangidos por acordos de cooperação. Os acordos de cooperação, visam “criar condições para o desenvolvimento da estratégia de cooperação entre as instituições do setor social, que prosseguem fins de solidariedade social (...) a Administração Central e as Administrações Regional e Local”. Os

subscritores do Pacto, o Estado e os representantes das instituições sociais, comprometeram-se a cooperar entre si com vista a alcançar determinados objetivos, designadamente o “desenvolvimento de uma rede de apoio social integrado, contribuindo para a cobertura equitativa do país e serviços e equipamentos sociais” e a “otimização dos recursos disponíveis, de modo a possibilitar melhores prestações sociais, assente na relação custo / benefício / qualidade dos serviços”. Foi então assumido o compromisso de formalização do "modelo de relacionamento" entre o Estado e as IPSS através da celebração de acordos de cooperação.

Uma das bases de funcionamento do SAD deve constituir-se nos problemas da população idosa e isolada tendo em conta que estes problemas variam em função da região e também da comunidade em causa. A sua planificação deve ir ao encontro da caracterização da zona de intervenção, descrevendo a situação sociodemográfica, levantamento das necessidades e recursos da comunidade de forma a contribuir para retardar ou evitar a institucionalização, assim como, prevenir situações de dependência e promover a autonomia.

No Despacho Normativo nº 62/99 de 12 de novembro, estão definidos os objetivos do SAD, sendo eles:

- Contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas e famílias
- Prevenir situações de dependência e promover a autonomia
- Prestar cuidados de ordem física e apoio psicossocial aos utentes e familiares, de modo a contribuir para o seu equilíbrio e bem-estar
- Apoiar os utentes e familiares na satisfação das necessidades básicas e atividades de vida diária
- Colaborar ou assegurar a prestação de cuidados de saúde.

Segundo o mesmo Despacho, o SAD deve proporcionar um conjunto diversificado de serviços, tais como:

- Cuidados de higiene e conforto

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

Caso a instituição que gere o SAD o considere, este pode ainda assegurar outros serviços de apoio ao idoso, como por exemplo:

- Acompanhamento do utente ao exterior
- Aquisição de bens e serviços
- Atividades de animação
- Orientação e acompanhamento de pequenas modificações no domicílio que permitam mais segurança e conforto ao utente
- Apoio em situações de emergência.

Em suma, o SAD tem sido alvo de grande desenvolvimento em Portugal e no contexto europeu, assentando na importância que o *ageing in place* tem adquirido no âmbito das políticas de envelhecimento, privilegiando o envelhecimento em casa em detrimento da institucionalização dos mais velhos. Com efeito, a Organização Mundial de Saúde define o SAD como uma resposta que se deseja articulada entre os serviços sociais e de saúde, prestados ao utente no seu próprio domicílio. Esta coordenação de serviços permitirá, em grande medida, prevenir, retardar ou mesmo evitar a institucionalização da pessoa idosa.

PARTE II – METODOLOGIA DE PROJETO

1. Metodologia de projeto

Orientado para a implementação de um Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) para idosos com demência na cidade de Luanda (Angola), o presente projeto irá desenvolver-se segundo uma “metodologia de projeto”. A metodologia de projeto tem como pressuposto que qualquer objeto de intervenção é construído com base no conhecimento da realidade. Contudo, esse real “não fala por si”: conhecer as dinâmicas sobre as quais desejamos intervir implica conhecimentos teóricos e metodológicos profundos. Assim, a metodologia de projeto constitui a ponte entre a teoria e a prática (Serrano, 2008, p.47).

Na elaboração e desenvolvimento do presente trabalho de projeto, são privilegiados os contributos de Serrano (2008), elucidados na figura que se segue.

Figura 1 – Fases de elaboração de um projeto de cariz social

<p>Diagnóstico (Detetar necessidades)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Detetar necessidades • Estabelecer prioridades • Fundamentar o projeto • Delimitar o problema • Localizar o projeto • Rever a bibliografia • Prever a população • Prever os recursos
<p>Planificação (O que fazer)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Objetivos <ul style="list-style-type: none"> • Gerais • Específicos ➤ Metodologia <ul style="list-style-type: none"> • Atividades • Técnicas e instrumentos • Definir a população • Identificar a mostra • Recolha de dados • Análise de dados ➤ Calendarização

	<p>➤ Recursos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Humanos • Materiais • Financeiros
Aplicação/ Execução	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento do projeto • Acompanhamento do projeto • Controlo do projeto
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação do diagnóstico • Avaliação do processo • Avaliação final <p style="text-align: right;">Relatório final</p>

Fonte: Serrano (2008)

Nesta perspetiva, o projeto “é um plano de trabalho com carácter de proposta que consubstancia os elementos necessários para conseguir alcançar os objetivos desejáveis. Tem como missão prever, orientar, e preparar bem o caminho que se vai fazer, para o seu posterior desenvolvimento” (Serrano, 2008, p. 16). Segundo a autora, os projetos sociais devem fundamentalmente contemplar as necessidades básicas do indivíduo, que, de acordo com os organismos internacionais, são: saúde, educação, emprego e habitação (Serrano, 2008).

Esta metodologia apoia-se, assim, num conjunto de procedimentos e de técnicas para compreender aspetos da realidade social, tendo a capacidade de prever e orientar o percurso para a concretização do projeto. Por outro lado, o projeto é considerado um plano de trabalho para resolver um problema onde os seus intervenientes estão implicados. A metodologia de projeto é mais do que a investigação sobre uma problemática, é também uma tentativa de intervenção sobre esse mesmo problema, aproximando-se da investigação-ação (Ruivo *et al.*, 2010).

Pela sua aproximação à realidade, esta metodologia de trabalho, permite a quem investiga compreender de forma mais profunda o contexto onde se insere e, enquanto forma de resolução de problemas, deve implicar a população alvo da intervenção, que pode ser conseguida através da auscultação das pessoas nas diferentes etapas. Esta aproximação à população determina a direção das ações a serem desenvolvidas, havendo espaço para a mudança e para a adaptação aos diferentes contextos da realidade, tornando-se num processo dinâmico que se adapta às necessidades ao longo do processo (Ruivo *et al.*, 2010).

De acordo com os mesmos autores, a metodologia de projeto pressupõe:

- a) intencionalidade - presume o desenvolvimento de atividades para atingir um produto final em função de objetivos pré-estabelecidos;
- b) iniciativa e autonomia - capacidade de elaborar e desenvolver um projeto e pela necessidade de tomar decisões;
- c) autenticidade - tem origem num problema concreto para quem o executa;
- d) complexidade e incerteza - envolve tarefas complexas e problemáticas que necessitam de planeamento;
- e) carácter faseado e prolongado - decorre ao longo de um tempo determinado, com diversas fases, desde o objetivo principal aos resultados e avaliação.

1.1 Diagnóstico

O diagnóstico é uma fase fundamental na elaboração de projetos, permite identificar os principais problemas, conhecer as suas causas de fundo e oferece vias de ação para a sua resolução gradual (Serrano (2008).

A elaboração do diagnóstico da situação é um processo dinâmico e contínuo, que compreende a identificação do problema e as necessidades (Ruivo *et al.*, 2010).

Em suma, é preciso que o projeto se baseie numa necessidade real para a qual se pretende encontrar uma solução e, também, resolvida com a colaboração de todos. Isto é, para além de ter em conta a participação dos grupos beneficiários, suas características e necessidades, a intervenção deve também estar fundida num sentido de responsabilidade de quem a promove (Serrano, 2008).

A proposta da criação de um Serviço de Apoio Domiciliário para pessoas com demência em Luanda surge como a “expressão de um desejo, de uma vontade, de uma intenção, mas é também a manifestação de uma necessidade, de uma situação a que se pretende responder” (Guerra, 2010, p.126).

De um modo geral, os programas de cuidados para a população idosa têm como objetivo principal manter a pessoa em casa pelo maior tempo possível. A maioria dos serviços de apoio domiciliário oferecem serviços convencionais, desde a entrega da refeição a higiene pessoal. Mas um Serviço de Apoio Domiciliário pode ser mais do que isso; o SAD idealizado neste projeto implica diagnóstico, tratamento, monitorização, reabilitação e serviços de suporte (através de voluntariado, nomeadamente), tendo em vista a qualidade de vida máximo da pessoa idosa beneficiária do serviço. Trata-se assim de um conceito multidimensional de cuidado que procura manter e promover qualidade de vida ao beneficiário/cliente e à sua rede de suporte (família, sobretudo), através da

prestação de serviços de saúde e sociais. Os objetivos de natureza individual são direcionados para a pessoa idosa, procurando garantir o seu bem-estar. Manter a pessoa num lugar (a casa) que para ela é significativo, contribuindo para a manutenção das suas redes de relacionamento (família, amigos, vizinhos). Os objetivos de natureza social fundamentam-se no pressuposto de que os serviços que o SAD a criar irá prestar serão mais eficazes do que os cuidados prestados em ambiente institucional.

A inexistência de um SAD diferenciado e especializado na cidade de Luanda é evidente, essencialmente para idosos que sofram de demência e que necessitam muito mais do que cuidados domiciliários comuns. Daí a necessidade criar de um SAD diferenciado do ponto de vista da prestação de serviços para idosos com demências, tendo como objetivo proporcionar melhor qualidade de vida aos mesmos, fomentar a funcionalidade dos utentes, contribuir para a redução da velocidade de declínio da doença em idosos que apresentem um quadro de demência, e, finalmente, contribuir na medida do possível para a sua reabilitação (tanto física como do ponto de vista emocional, social e relacional).

Para a identificação e validação dos problemas, a metodologia de projeto socorre-se habitualmente de vários instrumentos de diagnóstico, sendo os mais utilizados a entrevista, a observação, os questionários, ou métodos de análise da situação, particularmente a análise SWOT (Ruivo *et al.*, 2010).

No que respeita à entrevista – instrumento que foi usado neste trabalho –, é um instrumento bastante utilizado na recolha de informação, opiniões ou necessidades, podendo ser realizadas individualmente ou em grupo (*focus group*). Em investigação social, a entrevista semi-estruturada ou semi-diretiva é a mais utilizada (Ruivo *et al.* 2010). Neste projeto foi adotada a entrevista semi-estruturada, o que permite ao investigador colocar “perguntas-guias, relativamente abertas, sem precisar de as colocar necessariamente pela ordem anotada, dando espaço ao entrevistado para que possa falar abertamente, com as palavras que desejar e pela ordem que convier” (Quivy & Campenhoudt, 1998, p.192). Ou seja, o investigador “deixará andar” o entrevistado tanto quanto possível, tenta apenas por reencaminhar a entrevista para os objetivos e colocar as perguntas às quais o entrevistado não chega por si próprio (Quivy & Campenhoudt, 1998).

Na construção dos diversos guiões da entrevista de diagnóstico (ver Anexo), as questões foram direcionadas para obter informação objetiva sobre as condições emergentes que justificam a implementação de um SAD para pessoas com demência na cidade de Luanda. Nesta medida, foram questionados familiares que poderiam beneficiar

de um serviço desta natureza, bem como profissionais da área clínica/saúde que lidam diariamente com pessoas idosas sofrendo de demência e respetivos cuidadores.

Em suma, a fase do diagnóstico permitiu abranger a análise do contexto social, económico e cultural onde se insere o problema que o projeto vai procurar resolver, as potencialidades e os mecanismos de mudança que aí se encontram, assim como as aspirações latentes e expressas pelos idosos e pelos familiares face a esse mesmo problema – responder à necessidade de acompanhamento domiciliário especializado dirigido a pessoas idosas sofrendo de demência. Todavia, este conhecimento das necessidades, constrangimentos e recursos, e consequente delimitação da resposta que o SAD a criar proporcionará, apenas será possível na medida em que a orientação teórica seguida privilegia o fenómeno do envelhecimento na sua multidimensionalidade.

Esta primeira fase constitui, pois, uma importante ferramenta teórico-metodológicas na elaboração de um projeto social. A realização de um bom diagnóstico assegura as respostas ajustadas às necessidades locais, sendo assim fundamental para garantir a eficácia de qualquer projeto de intervenção (Guerra, 2000).

1.2 Planificação

Qualquer ação social carece de ser planificada. A planificação implica saber qual o ponto de partida, os recursos com que se pode contar e quais os procedimentos a ter em conta para alcançar as metas, mediante a realização de atividades que desenvolvam os objetivos declarados a curto, médio e longo prazo (Serrano, 2008).

Na fase de planificação efetua-se o levantamento dos recursos a utilizar, a identificação de possíveis obstáculos e constrangimentos, e faz-se a calendarização de tarefas. São definidas as atividades, as estratégias, os métodos de implementação do projeto e o respetivo cronograma (Ruivo *et al.*, 2010). A planificação prevê a definição de objetivos a alcançar, as atividades, a metodologia, as técnicas de trabalho, a população-alvo, os recursos humanos, materiais e financeiros necessários, e uma calendarização (Serrano, 2008).

Segundo Kaufman (*in* Serrano, 2008), a planificação trata de definir o que se pretende fazer, para posteriormente tomarem-se decisões práticas para a sua implementação. É um processo que determina para onde ir e estabelece os requisitos para chegar a esse ponto da forma mais eficaz. Da mesma forma que a realidade social está em constante mudança, também o processo de planificação está sujeito a constantes reajustamentos.

No que diz respeito às atividades, descreve-se de forma detalhada e sistemática o que se pretende fazer e quando, faz-se a distribuição das diferentes tarefas e o levantamento dos recursos necessários para as executar. As atividades relacionam-se com os objetivos, meios e estratégias, desejando a concretização dos objetivos previamente definidos (Guerra, 2000). Quanto aos recursos humanos, trata-se de escolher uma equipa de pessoas com competência para a execução das atividades que o projeto contempla. Os recursos materiais dizem respeito às instalações necessárias para a realização do projeto, aos materiais, instrumentos, equipamentos e ferramentas básicas para apoio à concretização da tarefa dos profissionais (Serrano, 2008). Os recursos financeiros baseiam-se em dois aspetos básicos: o orçamento e o financiamento. O orçamento é um instrumento de programação, determina os custos de um projeto e controla a ação institucional. O financiamento, diz respeito à forma como aprovisionar os recursos económicos face aos custos determinados pelo orçamento, sendo necessário especificar se o financiamento é interno, externo ou misto (Espinoza, 1986, *in* Serrano, 2008). Finalmente, a calendarização mostra a sucessão das etapas de implementação do projeto, a maneira como se coordenam e complementam (Serrano, 2008).

No caso concreto deste projeto – criação de um Serviço de Apoio Domiciliário para pessoas idosas portadoras de demência residentes em Luanda –, a planificação do referido SAD deve estar fundamentada nas necessidades dos utentes. Estas necessidades mudam de acordo com cada utente: em função da sua condição física e mental, mas também em função do contexto em que vivem (maior ou menor apoio familiar, por exemplo). Contudo, seja qual for a circunstância de vida de cada um, o objetivo principal a que o SAD deverá responder será sempre o de contribuir para a manutenção ou melhoria da qualidade de vida dos seus beneficiários.

1.3 Execução

A execução das atividades planeadas é uma etapa que “materializa a realização, colocando em prática tudo o que foi planeado” (Ruivo *et al.*, 2010, p. 23). Esta fase significa pôr em prática o projeto e ter em conta o seu desenvolvimento, acompanhamento e controlo (Serrano, 2008).

O que significa, no caso concreto deste projeto, a implementação de um SAD na cidade de Luanda para pessoas idosas sofrendo de demência? Algumas preocupações deverão estar necessariamente presentes na execução deste projeto, tendo em conta os objetivos do serviço a criar:

- ao nível da saúde (física e mental): o SAD irá permitir a manutenção e/ou a reabilitação possível das capacidades funcionais; a possibilidade do idoso ser “monitorizado” permite aos cuidadores a identificação de problemas e a intervenção necessária de modo a prevenir consequências mais graves para o idoso; o SAD pode também “educar” os idosos e os seus cuidadores, alertando preventivamente para problemas de saúde;

- ao nível das capacidades funcionais: o SAD irá colaborar na recuperação das capacidades do indivíduo em se auto-cuidar, bem como na recuperação de outras capacidades (de locomoção, por exemplo), encorajando o utente a realizar as tarefas possíveis dentro dos seus desejos e das suas possibilidades;

- ao nível da capacidade de cuidar de si próprio (autocuidado): o SAD irá auxiliar o idoso a lidar com as suas próprias incapacidades, de modo a que possa ser autossuficiente sempre que possível e até o mais tarde possível;

- ao nível do bem-estar psicológico: o SAD irá contribuir para a redução de sintomas de depressão ou ansiedade: estados depressivos e de ansiedade podem surgir entre os idosos, originados muitas vezes pelos motivos que justificaram o recurso ao serviço, como a presença de doença e/ou ausência de rede social/apoio social;

- ao nível do bem-estar social: o SAD irá promover o bem-estar social, disponibilizando meios que permitam ao indivíduo participar em atividades do seu interesse, que potenciem contactos e facilitem a criação de laços sociais;

- ao nível do sentido para a vida: o SAD irá reforçar, junto de cada utente, a ideia de que a vida ainda faz sentido, dúvida que é frequente encontrar em utentes de SAD que, por razões associadas ao seu estado de saúde (em muitos casos totalmente dependentes) consideram que as suas vidas já não fazem sentido.

Para tudo isto, a execução do SAD que se pretende criar assentará no estabelecimento de uma atitude positiva com a pessoa idosa e na capacidade que os profissionais apresentarem em tratar o idoso com respeito. O SAD, enquanto resposta social, terá de ser muito mais do que um serviço que responde a necessidades básicas (alimentação e higiene), contribuindo para que possam ter uma vida “o mais normal possível”, apesar das suas limitações, maximizando a independência e a autonomia da pessoa e valorizando as capacidades funcionais que em cada momento permaneçam preservadas. Ser independente e autónomo não significa apenas não estar institucionalizado, pois requer que a pessoa idosa, ainda que beneficie de assistência

técnica ou humana, continue a ter opinião e a efetuar escolhas de acordo com as suas preferências.

1.4 Avaliação

Para Serrano, a avaliação está sempre presente no plano de uma intervenção e nas diversas fases do projeto. Conforme a etapa do projeto, assim ela assume diferentes formas: avaliação diagnóstica, avaliação do processo e avaliação final (Serrano, 2008).

A avaliação não deve ser um fim em si mesmo, mas é um meio para melhorar sistematicamente o processo de implementação do projeto, fazer um uso mais adequado dos recursos disponíveis, materiais e de pessoas (*accountability*) e, se necessário, para alterar o decorrer da ação (Serrano, 2008).

Assim, o desenho de projeto de intervenção deverá ser acompanhado de mecanismos de autocontrolo que permitam seguir os resultados e os efeitos da intervenção de maneira a corrigi-los sempre que for necessário. Na opinião de Guerra, a avaliação é “um processo pelo qual se delimitam, se obtêm e se fornecem informações úteis, permitindo ajuizar sobre as decisões futuras e é um aviso sobre a eficácia de uma intervenção ou de um plano que está a ser implementado” (Guerra, 2000, p.186).

Em síntese, a avaliação é um processo contínuo e dinâmico que traduz a comparação entre os objetivos inicialmente definidos e os atingidos (Nogueira, 2005).

No caso concreto deste projeto, dada a inexistência de enquadramento para estes serviços em Angola, prevemos que a avaliação da criação do SAD se faça recorrendo aos documentos reguladores da criação e implementação de serviços de apoio domiciliário em Portugal, conforme já explicitados anteriormente neste trabalho de projeto.

PARTE III – O PROJETO: CRIAÇÃO DE UM SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO PARA PESSOAS COM DEMÊNCIA RESIDENTES EM LUANDA

1. Caracterização de Angola e de Luanda

No sentido de melhor compreender a situação dos idosos em Angola, e mais particularmente em Luanda, apresentar-se-á uma breve caracterização deste país e, mais particularmente, da capital.

Angola, oficialmente República de Angola, é um país da costa ocidental da África, cujo território principal é limitado a norte e a nordeste pela República Democrática do Congo, a leste pela Zâmbia, a sul pela Namíbia e a oeste pelo Oceano Atlântico. Inclui também o enclave de Cabinda, através do qual faz fronteira com a República do Congo, a norte. Para além dos vizinhos já mencionados, Angola é o país mais próximo da colónia britânica de Santa Helena.

A independência do domínio português foi alcançada em 1975, depois de uma guerra de independência. O Brasil foi o primeiro país a reconhecer a independência do país, ainda em 1975. Após a independência, Angola foi palco de uma longa e devastadora guerra civil, de 1975 a 2002, sobretudo entre o MPLA e a UNITA. Apesar do conflito interno, áreas como a Baixa de Cassanje mantiveram ativos os seus sistemas monárquicos regionais. No ano de 2000 foi assinado um acordo de paz com a Frente para a Libertação do Enclave de Cabinda, organização de guerrilha que luta pela secessão de Cabinda e que ainda se encontra ativa. É da região de Cabinda que sai aproximadamente 65% do petróleo de Angola.

O país tem vastos recursos naturais, como grandes reservas de minerais e de petróleo e, desde 1990, sua economia tem apresentado taxas de crescimento que estão entre as maiores do mundo, especialmente depois do fim da guerra civil. No entanto, os padrões de vida angolanos continuam baixos e cerca de 70% da população vive com menos de dois dólares por dia, enquanto as taxas de expectativa de vida e mortalidade infantil no país continuam entre as piores do mundo, além da presença proeminente da desigualdade económica, visto que a maioria da riqueza do país está concentrada numa

parte desproporcionalmente pequena da população. Angola também é considerada um dos países menos desenvolvidos do planeta pela Organização das Nações Unidas.

Os resultados preliminares do Censo 2014, indicam que residiam em Angola 24.383.301 pessoas, sendo 11.803.488 do sexo masculino e 12.579.813 do sexo feminino.

Figura 2 - População residente por província/área de residência, segundo o sexo

Província/Área de Residência	Total		Homens		Mulheres		Índice de Masculinidade
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	
Angola	24 383 301	100,0	11 803 488	100,0	12 579 813	100,0	93,8
Urbana	15 182 898	62,3	7 373 503	62,5	7 809 395	62,1	94,4
Rural	9 200 403	37,7	4 429 985	37,5	4 770 418	37,9	92,9
Províncias							
Cabinda	688 285	2,8	337 068	2,9	351 217	2,8	96,0
Zaire	567 225	2,1	281 892	2,1	285 333	2,0	98,8
Uíge	1 426 354	5,9	698 958	5,9	727 396	5,8	96,1
Luanda	6 542 944	26,9	3 205 346	27,2	3 337 598	26,6	96,0
Cuanza Norte	427 971	1,8	208 933	1,8	219 038	1,7	95,4
Cuanza Sul	1 793 787	7,4	865 021	7,3	928 766	7,4	93,1
Malanje	968 135	4,0	471 788	4,0	496 347	4,0	95,1
Lunda Norte	799 950	3,3	411 030	3,5	388 920	3,1	105,7
Benguela	2 036 662	8,4	961 484	8,2	1 075 178	8,6	89,4
Huambo	1 896 147	7,8	899 690	7,6	99 6457	7,9	90,3
Bié	1 338 923	5,5	636 370	5,4	702 553	5,6	90,6
Moxico	727 594	3,0	353 986	3,0	373 608	3,0	94,7
Cuando Cubango	510 369	2,1	247 983	2,1	262 386	2,1	94,5
Namibe	471 613	1,9	227 653	1,9	243 960	1,9	93,3
Huíla	2 354 398	9,7	1 117 342	9,5	1 237 056	9,9	90,3
Cunene	965 288	4,0	450 814	3,8	514 474	4,1	87,6
Lunda Sul	516 077	2,1	253 768	2,2	262 309	2,1	96,7
Bengo	351 579	1,4	174 362	1,5	177 217	1,4	98,4

Fonte: INE, RGPH 2014, Resultados Preliminares.

A província de Luanda é a mais populosa, concentrando 27% da população do país. Seguem-se, as províncias da Huíla 10%, Benguela e Huambo com 8%, Cuanza Sul 7%, Bié e Uíge com 6%. Estas sete províncias concentram 72% do total da população residente no país. A província do Bengo regista o menor número de residentes, com 1% da população do país. Seguem-se outras cinco províncias com uma população inferior a 3% da população nacional, nomeadamente, Cuanza Norte, Namibe, Zaire, Cuando Cubango e Lunda Sul. Estas seis províncias concentram apenas 11% da população nacional.

2. Caracterização da pessoa idosa em Angola e Luanda

Ao abordar a situação atual do idoso em Angola, ter-se á em conta um conjunto de instrumentos que serviram de suporte para o presente projeto. Segundo alguns dados do INE (2014, p.38), “os idosos representam 2,4% da população, ou seja, 624.000 cidadãos”. Segundo o MINARS (Ministério da Assistência e Reinserção Social), identificou-se um número significativo que vive em situação de vulnerabilidade. As principais situações de vulnerabilidade são:

- a) situação social (abandono, doenças crónicas, dificuldades na aquisição de medicamentos);
- b) situação económica (trabalho informal e não contribuição no sistema da Segurança Social);
- c) situação cultural (acusação de feitiçaria, quebra dos valores morais e do papel fundamental do idoso na sociedade).

Luanda, capital da República de Angola, é a maior cidade do país desde 1627. Por volta de 1974/1975, tinha uma população de aproximadamente 500 mil pessoas. Durante os anos da guerra civil em Angola verificou-se um imenso êxodo da população do interior para o litoral, em particular para a capital. Segundo os dados do INE em 2014, “a província de Luanda é a mais populosa, com 6,4 milhões de residentes, o que corresponde a 27% do total do país”.

Luanda é o principal centro financeiro, comercial e económico de Angola, sendo responsável por cerca de 90% do PIB (Produto Interno Bruto) do país. Ali se encontram sediadas as maiores empresas angolanas e delegações e subsidiárias de várias multinacionais. O Porto de Luanda, localizado na baía de Luanda, é o principal porto do país, movimentado mais de 70% das importações e exportações angolanas (petróleo/crude excluído). A capital é também o principal polo universitário do país, com um número considerável de universidades, entre as quais: Universidade Agostinho Neto, Universidade Católica, Universidade Independente, Universidade Jean Piaget, Universidade Lusíada.

Os habitantes de Luanda são, na sua grande maioria, de origem bantu, principalmente ambundu, ovibundu e bacongo. No momento do acesso de Angola a independência, a maior parte dos portugueses ou angolanos de origem portuguesa deixou

o país. No entanto, atualmente, a população estrangeira, portugueses, brasileiros e outras nacionalidades de origem europeia, é bastante grande, existindo ainda uma grande comunidade chinesa. A língua mais falada é o Português, língua oficial do país, falada em várias línguas do grupo bantu, principalmente kimbundu.

Relativamente à população idosa, segundo o INE (2014), as províncias de Cabinda e Luanda apresentam menos de 2% da população idosa. As províncias do Cunene e Bengo apresentam os índices mais altos. O índice de envelhecimento representa o quociente entre a população com 65 anos ou mais anos e a população com 0-14 anos. Em 2014, o índice de envelhecimento em Angola era de 5, o que significa que para cada 100 pessoas com idade igual ou inferior a 14 anos (população mais jovem) existiam apenas 5 pessoas com 65 ou mais anos (população idosa). Todas as províncias apresentam índice de envelhecimento inferior a 10, o que significa que em todas as províncias a população com 1-14 anos é superior à população com 65 anos ou mais anos.

O índice de longevidade relaciona a população com 75 anos ou mais anos de idade com o total de população idosa (65 anos ou mais). Em 2014 esse índice era de 34,3%.

A atual condição dos idosos em Angola é “degradante”, disse o sociólogo e pesquisador Marcelino Pintinho (comunicação pessoal), para quem o envelhecimento em Angola acontece maioritariamente de modo precário e degradante, em parte devido a fatores conjunturais ligados à qualidade de vida. Aliada à qualidade de vida está também a ausência de definição de políticas sociais claras e eficazes em prol das pessoas na terceira idade. Marcelino Pintinho olha, em particular, para a deficiência de médicos especialistas em terceira idade e para a ausência de subsídios dirigidos à população mais idosa. Ignorados e marginalizados pela sociedade e pelo Estado, os idosos angolanos têm um futuro determinado pela ausência de condições, com políticas e estratégias que não dão garantia de qualidade de vida, pelo contrário, precipitam o inevitável.

Em Luanda, os idosos com demências permanecem nos seus domicílios, vivendo na generalidade dos casos sem qualquer apoio, dependentes da família ou de terceiros. Desta forma nasce a necessidade de se criar um serviço de apoio ao domicílio em Luanda, designadamente para apoiar idosos sofrendo de demência.

O objetivo deste projeto é, pois, a criação de um Serviço de Apoio Domiciliário para idosos com demência residentes em Luanda, tendo como objetivo geral proporcionar qualidade de vida aos mesmos.

3. Diagnóstico de necessidades

Para se efetuar o diagnóstico conducente à elaboração do projeto recorreu-se a um conjunto de entrevistas a pessoas residentes ou que trabalham em Luanda e que, de alguma forma, mantêm contacto regular ou mesmo permanente com pessoas idosas sofrendo de demência.

Assim, foram entrevistados (guiões em anexo):

- médico neurologista
- neuropsicólogo
- médica geriatra
- filha A (com mãe sofrendo de demência)
- filho B (com mãe sofrendo de demência)
- marido (cuidador) C (com mulher sofrendo de demência)

Apresentamos, de seguida, as principais conclusões retiradas dos discursos produzidos pelos diferentes entrevistados:

Médico Neurologista	<p>“doenças neurológicas são doenças negligenciadas no nosso meio”</p> <p>“reintegração social só é possível quando a família compreende o que se passa”</p> <p>“as famílias têm de criar um ambiente que favoreça a estabilização do quadro de demência que o paciente tem”</p> <p>“há necessidade de criação de serviço que consiga abranger o máximo de pessoas de diferentes classes sociais”</p> <p>“que tipo de serviços? Eu digo: fisioterapia, terapia ocupacional, médico de família, serviço de enfermagem, assistência social, porque um paciente não vive em bolha, é necessária articulação de serviços, de toda a equipa”</p>
----------------------------	---

	<p>“se aqui em Luanda é preciso pensar em serviços geriátricos específicos para pessoas com demência, no resto do país ainda mais”</p> <p>“o SAD é uma grande oportunidade de investimento, de criação de um serviço que deve ser inclusivo, para diversas classes sociais”</p> <p>“a necessidade existe, se lá fora mesmo com todo o apoio estatal ainda há lugar para serviços não estatais, então imagina cá...”</p>
Neuropsicólogo	<p>“para a população angolana seria um serviço novo e ajudaria muitas famílias na orientação de como melhorar o conforto e a qualidade de vida dos seus familiares”</p> <p>“temos de mudar muitos tabus, por exemplo, que os utentes com demência têm que ter aqueles cuidados básicos de higiene e de nutrição esquecendo que existe uma parte muito importante que é a estimulação cognitiva, que faz parte do protocolo do tratamento”</p> <p>“outra ideia errada é a noção que o trabalho é só farmacológico e não é, o tratamento também engloba a estimulação que tem a ver com o comportamento, com a memória, com a atenção”</p> <p>“a 3ª idade é uma etapa que pode ser bem vivida e um serviço de atendimento ao domicílio deve visar auxiliar aqueles idosos com demência a terem uma vida boa”</p> <p>“ninguém gosta de ter pessoas nos hospitais, seria bom que o estado garantisse o atendimento dessas pessoas no domicílio”</p>
Médica geriatria	<p>“para os angolanos o envelhecimento não diz respeito aquele tem mais de 60 anos de idade mas sim aquele que está em fase terminal, que está doente”</p>

	<p>“quando se explica que há uma especialidade orientada para as doenças do envelhecimento, a aceitação é rápida, as pessoas que têm familiares idosos ao seu cargo sentem a necessidade do médico geriatra”</p> <p>“o meu papel é médico, primeiramente de aconselhamento familiar, o paciente com demência precisa sempre de ser acompanhado pela sua família”</p> <p>“esses pacientes (com demência) deviam ter uma resposta multidisciplinar, mas temos em Angola uma deficiência de recursos humanos, de pessoas capacitadas para dar resposta às necessidades do paciente com demência, por isso muitas vezes o paciente limita-se a ter um tratamento clínico”</p> <p>“o tratamento no domicílio tem uma dupla função, uma função tratar e uma função ensinar”</p>
<p>Filha A</p>	<p>“a minha mãe para mim perdeu completamente, tem a locomoção, mas é muito triste esta perda de memória”</p> <p>“às vezes preocupa-me, eu que sou a cuidadora, não percebeu se dói a barriga ou a cabeça, isso a mim preocupa-me não ser capaz de atender às necessidades da minha mãe”</p> <p>“vou à procura como devo cuidar, inclusive aqui em Angola temos muitos filhos cujos pais têm a mesma demência e eu hoje inclusive já ajudo essas pessoas, conversamos, trocamos impressões”</p> <p>“se formos mesmo a ver aqui não há técnicos, e se tivéssemos pessoas capacitadas nessa área acredito que teríamos muitas melhorias”</p> <p>“esses serviços (de apoio domiciliário) não temos aqui em Luanda, se houvesse eu acredito que sim, que iria recorrer, se</p>

	<p>mostrasse as devidas qualidades acredito que poderia ser útil para mim e para outras famílias”</p> <p>“nós também nos sentiríamos melhor se víssemos o apoio devido por técnicos que soubessem mais do que nós acerca desta doença de Alzheimer”</p>
Filha B	<p>“ela não encontra as palavras adequadas para dizer aquilo que ela pretende dizer, então fica parada e tenta recordar-se, e é difícil para nós vê-la assim”</p> <p>“a maior dificuldade passa mesmo pela ajuda que ela necessita com a higiene, feliz ou infelizmente somos quatro rapazes e há coisas que fica um bocado complicado fazer-se”</p> <p>“para nós prestarmos a ajuda que gostaríamos de prestar precisávamos de alguma formação técnica que nós não possuímos”</p> <p>“o trabalho (de prestação de cuidados) é extremamente difícil de fazer, mas eu quero vê-la feliz e ela estando feliz todos nós vamos estar felizes”</p> <p>“para a sociedade isso (serviço de apoio domiciliário) vai funcionar bem porque cada pessoa tem uma família e se houver um problema destes na família (pessoa com demência), são necessárias ajudas para lidar com ele”</p>
Marido C	<p>“o maior conforto e a maior ajuda que se pode dar á minha mulher é uma coisa que eu sozinho não posso dar, que é o convívio social com outras pessoas que ela ainda conhece e que gostam dela”</p> <p>“ela ficar sozinha em casa comigo é muito prejudicial”</p> <p>“ela fica completamente diferente quando está com outras pessoas que ela conhece”</p>

	<p>“um dos problemas que eu tenho é precisamente ela não querer estar sozinha e um serviço ao domicílio seria uma boa oportunidade para ela conviver com outras pessoas, poder falar com elas”</p> <p>“uma formação técnica seria sempre positivo”</p>
--	--

Que consequências poderemos daqui retirar para a planificação do projeto?

As respostas sociais para a população idosa, como os serviços de apoio domiciliário, surgem com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos idosos e, no caso concreto de idosos sofrendo de demência, visam responder às necessidades de uma população com necessidades muito específicas. Ainda para mais, neste caso, num país – Angola – e numa cidade – Luanda – onde escasseiam ofertas de serviços dirigidos às pessoas mais velhas.

A partir das entrevistas realizadas, constatamos que é unânime a ideia de que, no que diz respeito à criação de um SAD especificamente orientado para a população mais velha e que sofra de demência, a prestação deste serviço terá de assegurar os serviços básicos (alimentação, higiene pessoal), mas terá de ir além disso se pretender, também, promover a qualidade de vida dos idosos que venha a apoiar (por exemplo, promovendo a socialização). Na verdade, importa olhar o envelhecimento como um processo de desenvolvimento e, mesmo em situações de grande incapacidade, será sempre possível contemplar a vida das pessoas mais velhas através de uma abordagem multidimensional, procurando realçar os ganhos que ainda seja possível alcançar.

A solução mais adequada para satisfazer as necessidades da pessoa idosa, numa perspetiva multidimensional e compatível para as famílias e para os próprios cidadãos idosos, terá de passar por respostas que integrem diferentes níveis de resposta, conforme afirmado e defendido nas entrevistas realizadas.

A concretização do projeto que pretendemos implementar pressupõe uma análise dos recursos disponíveis e das respetivas potencialidades, nomeadamente, cuidados de

saúde tradicionais e papel das famílias. Olhando para o panorama existente em Luanda, antevemos desde já:

- uma *potencialidade* – programação de uma nova resposta social (SAD) que reflète uma necessidade sentida pela comunidade e pelas famílias;

- alguns *elementos críticos* – necessidade de criar um SAD que responda a necessidades básicas, mas também a de ordem emocional; necessidade de envolvimento de outros participantes (voluntários) que, após serem devidamente preparados para tal, podem oferecer uma resposta complementar aos serviços básicos e/ou de cariz mais especializado prestados pelo SAD.

Com base nestes pressupostos estamos, assim, preparados para elaborar uma resposta de Serviço de Apoio Domiciliário para pessoas idosas sofrendo de demência residentes em Luanda, com base numa abordagem multidimensional que satisfaça necessidades básicas, mas que também considere a dimensão emocional e relacional da prestação de cuidados. De qualquer modo, serão sempre os problemas da população-alvo a quem pretendemos dirigir este projeto que se constituem como a base de criação e funcionamento do SAD. A planificação da resposta SAD deverá estar de acordo com as pessoas a quem se dirige e com as suas características específicas de vida.

4. Planificação

Este projeto é pensado para pessoas idosas, homens e mulheres, que sofram de demência e se encontrem numa situação de dependência, residentes na cidade de Luanda. Nesta cidade será concretizado o projeto de criação de um SAD para pessoas com demência, no seguimento de duas variáveis diagnosticadas: o aumento de população idosa que se prevê venha a acontecer em Angola; as necessidades evidenciadas nas entrevistas que foram realizadas a profissionais de saúde e a familiares.

A criação da resposta é iniciada pela pesquisa de instalações que cumpram os requisitos legais para funcionarem como sede do SAD, podendo eventualmente recorrer-se a instalações usadas para outra finalidade e que venham a ser adaptadas. Será organizado todo o processo relativo a obtenção de licenciamento por parte dos serviços competentes da província de Luanda para este efeito.

Quanto à natureza jurídica, o SAD irá constituir-se como uma empresa privada, pretendendo diferenciar-se pela sua qualidade, o que pressupõe um conjunto de processos que serão organizados e estruturados e forma a garantir a prestação de serviços e cuidados de qualidade. Tomaremos como *benchmark* alguns exemplos de serviços de apoio domiciliário já existentes em funcionamento em Portugal, nomeadamente, aqueles que são regulados pelo Sistema de Gestão e Qualidade ISSO 9001:2008¹.

O SAD a ser criado terá como parcerias instituições públicas e privadas da cidade de Luanda e associações de natureza sociocultural cuja ação possa demonstrar-se útil para se atingirem os objetivos propostos. E quais são esses objetivos? Como temos referido em vários momentos deste projeto, a definição dos serviços a prestar não se limita apenas à preocupação em oferecer os serviços tradicionais de um SAD (alimentação, cuidados pessoais e de higiene, tratamento de roupa), mas também serviços de promoção da qualidade de vida, desde estimulação cognitiva e sensorial (particularmente importante em pessoas que sofrem de demência) ao fomento da participação em atividades culturais e recreativas. Esta dimensão, em particular, constituirá uma novidade, facilitando e promovendo, para além da simples companhia, a participação da pessoa idosa em atividades sociais: a realização de um passeio na sua zona de residência, uma ida ao café ou até mesmo ao restaurante, às compras, ao serviço religioso e a tantas outras atividades que sejam do seu interesse, incluindo atividades desportivas e culturais. Pretende-se, assim, proporcionar serviços abrangentes, adequando as respostas às necessidades dos utentes. Para tal, serão utilizadas escalas estandardizadas de avaliação de necessidades, que permitam avaliar o idoso na sua multidimensionalidade e, a partir daí, definir os tipos de serviços a prestar a cada beneficiário.

Para a organização e constituição da equipa de trabalho, nomeadamente da equipa que prestará os serviços de apoio no domicílio das pessoas idosas, serão privilegiados candidatos com formação profissional na área da Geriatria ou quem detenha comprovada experiência de trabalho em cuidados a pessoas idosas. Prevendo a dificuldade em encontrar, na cidade de Luanda, pessoas com este perfil, temos prevista a realização de um protocolo com uma entidade formadora (eventualmente, portuguesa) que prestará a devida formação aos futuros colaboradores do SAD.

Outra novidade deste projeto será a criação de um corpo de voluntários, o qual funcionará como complementar à ação técnica. No que diz respeito a estes voluntários,

¹ Instituto Português da Qualidade.

apesar de não lhes ser exigida formação técnica, será proporcionada uma formação inicial centrada na vertente relacional, nas necessidades emocionais da pessoa idosa em geral e da pessoa idosa com demência, em particular, e no próprio papel do voluntário na aproximação da pessoa idosa ao mundo exterior e à comunidade em que viveu a sua vida. Mediante a continuidade da ação de voluntariado, estes voluntários beneficiarão de algumas vantagens fruto do seu envolvimento na atividade do SAD. Assim, na eventualidade de virem a necessitar de apoio domiciliário para familiares ou até para si mesmos, a entidade contratualizará um desconto que poderá ir dos 10% aos 40% dos serviços prestados em função do custo e tabela desses mesmos serviços.

Finalmente, o sucesso deste projeto passa necessariamente pela criação de uma estratégia de marketing e comunicação. Será criado o site do SAD e a divulgação dos seus serviços nas redes sociais, bem como a possibilidade de integração de voluntários nas atividades desenvolvidas. Através de folhetos informativos o SAD dar-se-á a conhecer em espaços públicos, nomeadamente, farmácias, postos de saúde, igrejas, espaços culturais e recreativos, associações e estabelecimentos comerciais.

5. Execução

Objetivos	Ações a desenvolver	Metas e parâmetros de avaliação
Planeamento e organização de procedimentos para criação do SAD segundo abordagem multidimensional da pessoa idosa	Constituição da equipa técnica: anúncios, entrevistas e contratação	Realizar 40 entrevistas e conseguir recrutar 6 elementos numa primeira fase
Divulgação da criação do SAD na cidade de Luanda; lançamento de site e divulgação nas redes sociais	Divulgação em farmácias, postos de saúde, clínicas médicas, igrejas, imprensa, estabelecimentos comerciais	Nº de entidades em que será efetuada divulgação; site de internet
Formação da equipa, privilegiando os seguintes aspetos: a) a missão, os valores e objetivos do SAD; b) a pessoa idosa; c) conhecimentos específicos sobre demências; d) aspetos técnicos ao nível da prestação de cuidados a pessoas com demência	Sessões de formação (eventualmente por uma entidade formadora portuguesa)	30 horas de formação; avaliação da formação
Constituição do grupo de voluntariado e formação específica	Recrutamento de voluntários e respetiva formação	Pelo menos 6 voluntários nos primeiros três meses de funcionamento

Colocar o SAD em funcionamento	Acolhimento de clientes e avaliação de necessidades	Protocolo de avaliação de necessidades – uso de escalas estandardizadas; criação de Manual de Procedimentos
Elaboração de plano de cuidados individualizado e contratualização	Realização de planos de cuidados diferenciados para cada cliente e respetiva contratualização	Planos de cuidados diferenciados
Gestão corrente do serviço: organização e funcionamento, supervisão dos serviços prestados e dos colaboradores; avaliação regular do funcionamento do SAD com os colaboradores	Controlo diário do funcionamento do SAD através da análise dos registos de ocorrências; reunião semanal de equipa para avaliação de procedimentos e desenho de melhoria do funcionamento dos serviços prestados	Número de serviços planeados e realizados; número de reuniões semanais de avaliação; número de procedimentos registados; número de falhas detetadas
Planeamento da alocação dos voluntários (em duplas) aos clientes, conforme a sua área de residência	Resposta a todos os clientes do SAD que desejem o acompanhamento por voluntários	Taxa de cobertura dos pedidos de acompanhamento por voluntários; prazo de concretização da cobertura
Visitas técnicas aos domicílios dos clientes para avaliação da satisfação dos mesmos	Mínimo de uma visita mensal a cada cliente.	Não existência de mais do que uma reclamação por mês no universo dos clientes.
Encontros periódicos com os voluntários, para reflexão sobre as vantagens deste serviço	Realização de um encontro mensal com os voluntários	Nº de encontros mensais; % de voluntários participantes

6. Avaliação

Este projeto centra-se no papel da resposta SAD na melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas através de uma abordagem multidimensional na prestação dos serviços. No caso concreto da cidade de Luanda, dada a inexistência de respostas sociais para a população mais idosa, a resposta de SAD a criar revela-se uma resposta inovadora tanto para os potenciais clientes como para as respetivas famílias, uma vez que estas conseguem ter o apoio de que necessitam para desempenhar as tarefas de cuidado dos seus familiares.

Alguns aspetos, de cariz mais organizacional, vão revelar-se determinantes para se avaliar a qualidade da resposta agora implementada:

- garantir a qualidade dos serviços: assegurar esta qualidade é uma tarefa constante, tendo em conta que se trata de um serviço prestado por técnicos de forma autónoma, sem uma supervisão direta por parte do/a coordenador/a responsável pelo SAD; assim, é fundamental efetuar-se uma monitorização regular do grau de satisfação dos beneficiários do serviço;

- garantir a qualidade dos recursos humanos: a qualidade dos serviços de apoio domiciliário a pessoas idosas está intimamente ligada aos recursos humanos que lhes prestam cuidados; a formação específica e o acompanhamento regular dos profissionais que prestam cuidados é essencial;

- garantir a integração e coordenação dos serviços: a junção das diversas componentes de um serviço de apoio domiciliário, de modo a corresponder às necessidades dos beneficiários, é determinante para o sucesso desse mesmo serviço; este ponto deverá ser alcançado garantindo uma comunicação permanente entre os diferentes prestadores e através de recolha de informação pertinente junto dos beneficiários e respetivos familiares.

PARTE IV - CONCLUSÃO

O conceito de SAD compreende um conjunto de ações que, por um lado, previnam o declínio das capacidades funcionais dos idosos de forma a manter a sua independência e, por outro, prestem apoio ao nível de cuidados continuados, ou até mesmo paliativos, aos idosos que apresentam doenças graves, como a demência, promovendo a sua qualidade de vida e permitindo-lhes manter-se e morrer nas suas casas.

As razões subjacentes à criação de um Serviço de Apoio Domiciliário para pessoas com demência na cidade de Luanda ficaram devidamente explicitadas ao longo deste projeto. Face à inexistência de respostas desta natureza na capital de Angola, trata-se de um serviço que pretende dirigir-se aquelas pessoas que perderam parte ou mesmo a totalidade da sua autonomia, tendo como objetivo principal contribuir para o aumento da sua qualidade de vida, e como objetivo secundário auxiliar as famílias na tarefa de cuidar.

Vale a pena, neste momento, clarificar o que se entende aqui por dependência. O Conselho da Europa aprovou, em setembro de 1988, a recomendação nº 98 onde se define dependência como um “estado em que se encontram as pessoas que por razões ligadas à perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, têm necessidade de assistência a fim de realizar as atividades de vida diária”. A dependência é vista como um défice de funcionamento, que pode ser compensado ou pelo recurso a ajudas técnicas ou minimizado através da intervenção de ajudas auxiliares na realização das atividades de vida diária.

O SAD a criar surge, pois, com o objetivo de responder às necessidades de pessoas sofrendo de demência residentes em Luanda que vão progressivamente perdendo as suas capacidades funcionais à medida que a doença progride, necessitando de apoio na realização de diversas tarefas. Sabendo-se que a demência é uma doença progressiva e sem possibilidade de cura, o objetivo neste caso não será tanto a reabilitação, mas fundamentalmente a preservação da qualidade de vida. Felizmente, o avanço da medicina e das tecnologias associadas facilitam o acompanhamento no domicílio. Atualmente, muitas tecnologias que há 10 ou 20 anos estavam disponíveis apenas em unidades hospitalares, podem hoje ser utilizadas nos domicílios das pessoas dependentes, reduzindo ou eliminando mesmo a necessidade de hospitalização ou institucionalização em unidades residenciais para pessoas idosas.

Ao apostarmos na criação de um SAD acreditamos que o domicílio é o espaço de intervenção mais favorável para a pessoa idosa, mesmo quando ela apresenta já algum grau de dependência. O princípio da manutenção da pessoa idosa na sua residência privilegia o envelhecimento em casa, conhecido como *ageing in place* (Fonseca, 2021), o qual tem vindo a ganhar cada vez mais relevância na área da gerontologia. Manter-se no domicílio terá de se constituir, cada vez mais, como um direito, devendo ser possibilitado a todas as pessoas idosas escolherem onde pretendem viver a fase final das suas vidas – e a maioria, certamente, escolherá a casa onde muitas vezes viveu toda a sua vida.

A junção de objetivos como a reabilitação e a promoção da autonomia constitui um dos princípios chave desta resposta social, sensibilizando e motivando quer o utente quer a sua família para hábitos de vida mais saudáveis, prevenindo riscos e disponibilizando meios (como ajudas técnicas) que vão permitir que a pessoa idosa permaneça no domicílio. No caso das pessoas com demência, a quem este SAD se dirige, é fundamental também desenvolver trabalho ao nível das relações interpessoais, contando para tal com a colaboração da equipa de voluntários que se pretende constituir. Ao nível da reabilitação, está subjacente a manutenção pelo maior tempo possível das funções que ainda estejam preservadas, seja ao nível das atividades de vida diária (como o vestir, lavar, alimentar-se, andar, etc.), seja ao nível das relações com o meio envolvente. A promoção da autonomia irá valorizar a capacidade do idoso com demência em controlar a sua própria vida até o mais tarde possível. Assim sendo, o SAD deve implicar o idoso na elaboração do Plano de Cuidados, ouvindo-o no sentido de apurar as suas necessidades e aspirações, opiniões e desejos. O idoso deve ser devidamente considerado na avaliação que faz acerca da execução do Plano de Cuidados, para que a equipa técnica saiba se efetivamente está a corresponder às suas necessidades e expectativas.

É preciso estabelecer um sistema eficiente de comunicação entre os profissionais, de modo que os objetivos estejam claramente definidos para todos os envolvidos no processo de cuidar. Cada Plano de Cuidados é sobretudo um programa individualizado, flexível e adaptável às reais necessidades da pessoa a quem se dirige. Não se apresenta como uma resposta tipificada, mas constituiu-se num serviço que, planificado individualmente, determina qual o tipo de resposta a oferecer à pessoa e à sua rede de suporte social, em função de todo um quadro avaliado previamente. A prestação do SAD que pretendemos criar assenta, fundamentalmente, na oferta de serviços de natureza

diferenciada e humanizada, composta por serviços de saúde, atenção pessoal e doméstica, apoio psicossocial e familiar, e relação com o meio envolvente da pessoa assistida. No que se refere ao apoio familiar, em particular, pretende-se a colaboração com a família e não a sua substituição, aliviando a família na tarefa de cuidar e envolvendo-a nos cuidados diretos ao idoso, pelo que prevemos a realização, para familiares e cuidadores principais, de um conjunto de sessões de informação, formação e partilha de experiências. A relação com o meio envolvente do idoso será também uma premissa importante, facilitando e estimulando o contacto com recursos sociais e comunitários existentes na área de residência da pessoa.

Aos profissionais envolvidos na prestação do SAD que se pretende criar será exigido profissionalismo na forma de abordar o idoso no respetivo domicílio, sendo fundamental que os cuidadores profissionais respeitem o direito à privacidade e prestem cuidados com humanismo e respondendo às expectativas dos idosos (e das suas famílias) relativamente ao SAD.

O acompanhamento do funcionamento do SAD que será por nós adotado terá como base um modelo multidisciplinar, o qual pressupõe a existência de uma equipa multidisciplinar onde assentará toda a organização do trabalho de atenção ao idoso. Seria ideal que esta equipa fosse constituída por profissionais de áreas diferenciadas, mas estamos conscientes das limitações existentes em Angola no âmbito da contratação de profissionais especializados, pelo que iremos procurar que essa equipa reúna, numa fase inicial, pelo menos um profissional de saúde, um profissional de serviço social e um terapeuta ocupacional, para além das auxiliares/ajudantes familiares domiciliárias. Não deixaremos de ter em vista, contudo, a eventual inclusão futura de um médico geriatra ou neurologista, de um psicólogo e de um fisioterapeuta, de forma a atingir um plano de intervenção ao nível da saúde (física e mental) e da estimulação física e cognitiva, dimensão esta tão importante para as pessoas idosas sofrendo de demência.

Um aspeto a que estaremos particularmente atentos, no SAD a criar, é a tomada de consciência, por cada profissional, do papel que desempenha dentro da equipa multidisciplinar e a importância de algumas características profissionais para um trabalho desta natureza, como sejam a flexibilidade para adaptar o conhecimento e a tecnologia a cada utente, a capacidade para trabalhar de modo independente mas também saber procurar ajuda quando necessário, o respeito pelas necessidades do utente, a capacidade

para estabelecer empatia com os idosos e com as famílias, e finalmente a capacidade para os motivar, favorecendo atitudes positivas relativamente ao plano de cuidados. Para além de tudo isto, espera-se que o profissional do SAD respeite a confidencialidade de toda a informação relativa ao utente, seja zeloso com a documentação, participe nas reuniões de equipa e esteja disponível para obter formação respeitante às tarefas que desempenha. Todos estes aspetos serão, naturalmente, objeto de formação na fase prévia à constituição do SAD.

Finalmente, acreditamos que o sucesso do SAD que pretendemos criar em Luanda passará, acima de tudo, pela adequada formação (técnica e humana) dos prestadores de cuidados às funções que irão desempenhar. Já o afirmámos: prevê-se que estes profissionais recebam a devida formação para saberem atuar “no terreno”, ficando devidamente preparados para lidarem com as circunstâncias inerentes a um serviço desta natureza. Aquilo que nos apercebemos em alguns contextos de SAD, com que já tivemos ocasião de contactar, é que nem sempre os profissionais que aí trabalham possuem qualificações e formação específica para lidarem com os utentes dos serviços. Já que este será um serviço inovador na cidade de Luanda e, por consequência, em Angola, este aspeto será ainda mais determinante para o sucesso do SAD e poderá mesmo inspirar outras respostas de idêntico teor que venham a ser posteriormente criadas em Luanda e noutras locais.

Políticos e responsáveis locais pelas áreas da saúde e da assistência social devem reconhecer esta área como fundamental para o desenvolvimento de uma resposta integrada aos problemas do envelhecimento e das pessoas idosas em Angola. É imperioso investir na proteção aos mais velhos, o que não é compatível com boas vontades, iniciativas isoladas ou comportamentos amadores. Agentes sociais e políticos, prestadores de cuidados e famílias devem ser cada vez mais sensibilizados para a importância da natureza dos serviços de apoio domiciliário a pessoas mais velhas, valorizando o seu envelhecimento em casa e garantindo que esse envelhecimento, quando tiver de ser acompanhado com ajudas suplementares, o seja com qualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaral, M., Vicente, M. (2001). Grau de dependência nos idosos. *Nursing*, 158, 814-820.
- Barreto, J. (2005). Envelhecimento e qualidade de vida: O desafio actual. *Sociologia – Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, 25, 289-302.
- Birchfield, P. (1999). Saúde dos idosos. In M. Stanhope & J. Lancaster (Orgs), *Promoção da Saúde de grupos, famílias e indivíduos* (pp.635-636). Lisboa: Lusociência.
- Bonfim, C., Veiga, S. (1996). *Serviço de Apoio Domiciliário – Núcleo de documentação técnica e divulgação*. Lisboa: Ministério da Segurança Social.
- Berger, L., Mailloux-Poirier, M. (1995). *Pessoas Idosas: Uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.
- Bolander, V. (1998). *Enfermagem fundamental*. Lisboa: Lusodidacta.
- Fernandes, M., Pereira, M., Ferreira, M.A., Machado, R., Martins, T. (2002). Sobrecarga física, emocional e social nos cuidadores informais de doentes com AVC. *Revista Sinais Vitais*, 43, 31-35.
- Fernandes, P. (2000). *A depressão no idoso*. Coimbra: Quarteto.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores
- Fonseca, A.M. (2006). *O envelhecimento: Uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- 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.
- Franco, I., Costa, L. (2001). Níveis de dependência dos idosos. *Nursing*, 161, 21-25.
- Gonçalves, P.C. (2003). Envelhecer com autonomia. *Nursing*, 173, 20-24.

Guerra, I. (2010). *Fundamentos e processos de uma sociologia de ação: O planeamento em ciências sociais*. Cascais: Principia.

Instituto Nacional de estatística – Angola (2014). *Projeções de população residente 2015 – 2080*.

Lage, I. (2005a). Saúde do idoso. Aproximação ao seu estado de saúde. *Nursing*, 95, 6-12.

Lage, I. (2005b). Cuidados familiares a idosos. In: C. Paúl & A.M. Fonseca (Orgs.), *Envelhecer em Portugal. Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (203-229). Lisboa: Climepsi Editores.

Lage, I. (2002). Saúde e envelhecimento: Os idosos e seus cuidadores. In I. Leal, I.P. Cabral & J.L. Ribeiro (Orgs.), *Actas do 4º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp.193-198). Lisboa: ISPA.

Leuschner, A. (2005). Política de saúde na área do envelhecimento e da demência. In A.C. Caldas & A. Mendonça, A. (Orgs.), *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal* (p. 237-250). Lisboa: Lidel.

Loureiro, M., Barata, A., Bonifácio, C., Ferreira, C., Cardoso, P., *et al.* (2007). As actividades de vida diária e ajudas técnicas nos grandes idosos diagnósticos de situação. *Geriatrics*, 3 (15), 50-58.

Mello, M., Perracini, M. (2000). Avaliando e adaptando o ambiente doméstico. In Y. Duarte & M. Diogo (Orgs.), *Atendimento domiciliar. Um enfoque gerontológico* (p. 187-199). São Paulo: Atheneu.

Ministério do Trabalho e da Solidariedade - Carta Social.

Ministério da Assistência e Reinserção Social (2012) - Normas técnicas para Lares de Assistência à pessoa idosa.

Neri, A. (2000). Qualidade de vida e atendimento domiciliário. In Y. Duarte & M. Diogo (Orgs.), *Atendimento domiciliar. Um enfoque gerontológico* (p. 33-47). São Paulo: Atheneu.

Oliveira, J. (2010). *Psicologia de envelhecimento e do idoso*. Porto: Legis Editora.

Palma, E. (1999). Enfermagem Agora. A família com idosos dependentes – Que expectativas? *Enfermagem*, 15, 27-40.

Paschoal, S. (2007). Autonomia e independência. In M.P. Netto (Org.), *Tratado de gerontologia* (p. 609-621). São Paulo: Atheneu.

Paúl, C., Fonseca, A.M. (1999). A Saúde e a qualidade de vida dos idosos. *Psicologia, Educação e Cultura*, 3 (2), 345-361.

Paúl, C. (1997). Lá para o fim da vida. Idosos, família e meio ambiente. Coimbra:Almedina.

Paúl, C., Fonseca, A.M. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.

Pavarini, S., Neri, A. (2000). Compreendendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar: Conceitos, atitudes e comportamentos. In Y. Duarte & M. Diogo (Orgs.), *Atendimento domiciliar. Um enfoque gerontológico* (p. 49-70). São Paulo: Atheneu.

Pimentel, L. (2000). Novas tendências do apoio social ao cidadão idoso. *Geriatrics*, XIII, 13-18.

PORDATA. Esperança de vida à nascença: total e por sexo (base: triénio a partir de 2001).

Quental, A., Duarte, J., Andrade, C., Pereira, H. (2004). Avaliação do nível de dependência nos idosos. Elaboração de um instrumento de medida baseado no conceito de risco. *Nursing*, 186, 19-23.

Robertis, C. (2011). *Metodologia de intervenção em trabalho social*. Porto: Porto Editora.

Rosa, M.J.V. (2016). *O envelhecimento da sociedade portuguesa*. Lisboa: FFMS.

Rosel, N. (2003). Aging in place: knowing where you are. *The International Journal of Aging and Human Development*, 57, 77-90.

Ruivo, M.A., Ferrito, C., Nunes, L. (2010). Metodologia de Projeto: Colectânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*, 15, 1-37.

Serrano, G.P. (2008). *Elaboração de projetos sociais: casos práticos*. Porto: Porto Editora.

Segurança Social (2020). Site da Segurança Social. URL: www.seg-social.pt

Sequeira, C. (2010). Cuidar de idosos com dependência física e mental. Lisboa: Lidel.

Sousa, S. (1993). Caracterização de idosos dependentes nas freguesias de Lordelo, Matosinhos e Leça da Palmeira. *Geriatrics*, 56 (6), 23-30.

Sousa, L., Figueiredo, D., Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em Família - Os cuidados familiares na velhice*. Porto: Ambar.

Thomé, B., Dykes, A., Hallberg, I. (2003). Home care with regard to definition, care recipients, content and outcome: systematic literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 860-872.

UNFPA Annual Report 2012.

ANEXOS

Guiões de Entrevista

NEUROLOGISTA

Boa Tarde, o meu nome é Cleusa Fernandes, sou Mestranda em Gerontologia Social e estou a elaborar a minha dissertação de mestrado que é a elaboração de um projeto de intervenção cujo tema é “Criação de um Serviço de Apoio ao Domicílio para idosos com Demência”. Para que possa desenhar este projeto é necessário identificar, fazer o diagnóstico das necessidades. Desta forma, passo a fazer este questionário a si como a Médico Neurologista. Antes de mais gostaria de agradecer a sua disponibilidade para me responder algumas perguntas. É meu dever ainda garantir a confidencialidade das suas respostas, uma vez que o seu nome nunca será associado à informação que me for dada. O gravador serve apenas para facilitar o meu trabalho aquando da transcrição.

1. Gostaria que me falasse um pouco sobre o que é para si demências e como é que as demências são vistas pela comunidade angolana-famílias?
2. Quando é que um doente é sinalizado para o Neurologista? Há algum requisito, ou é por encaminhamento do médico psiquiatra ou outro especialista?
3. Qual o seu papel como neurologista no tratamento de saúde mental/demências no doente/idoso?
4. A nível de Luanda, sabe dizer-me qual o nº de idosos com demências que vocês atendem e acompanham na instituição? Quais os quadros clínicos mais encontrados? Qual é o número de mulheres e homens?
5. No momento da alta hospitalar, que respostas existem para ajudar o idoso com demência no processo de reintegração social?
6. A sua experiência no que diz respeito ao apoio prestado pela família do idoso, revela que a maioria é apoiante ou não? Na sua opinião, qual o papel da família no processo de reabilitação e integração do idoso com demência doente a sua importância?
7. A seu ver, quais pensa que são as maiores dificuldades que o doente com demência passa?
8. O que as famílias relatam, enquanto familiares que convivem com pais/mães com demências?
9. A clínica XXX tem o serviço HOMECARE, único na cidade de Luanda. Como funciona e que serviços prestam? Quais os técnicos que fazem parte desta equipa?
10. Tendo um serviço HOMECARE na cidade de Luanda, dentro do leque de serviços que mencionou acima, tem algum serviço especializado para os idosos com demência?
11. Na sua opinião acha importante implementar-se com estes utentes/idosos com demências no domicílio, e que tipo serviço?
12. Quais as atividades mais pertinentes, para os quadros de demência, que acha importante implementar-se nos domicílios?

NEUROPSICÓLOGO

Boa Tarde, o meu nome é Cleusa Fernandes, sou Mestranda em Gerontologia Social e estou a elaborar a minha dissertação de mestrado que é a elaboração de um projeto de intervenção cujo tema é **“Criação de um Serviço de Apoio ao Domicílio para idosos com Demência”**. Para que possa desenhar este projeto é necessário identificar, fazer o diagnóstico de necessidades. Antes de mais gostaria de agradecer a sua disponibilidade para me responder algumas perguntas. É meu dever ainda garantir a confidencialidade das suas respostas, uma vez que o seu nome nunca será associado à informação que me for dada. O gravador serve apenas para facilitar o meu trabalho aquando da transcrição.

1. Gostaria que me falasse um pouco sobre o que é para si demências e como é que as demências são vistas pela comunidade angolana-famílias?
2. Quando é que um doente é sinalizado para o Neuropsicólogo? Há algum requisito, ou é por encaminhamento do médico psiquiatra ou outro especialista?
3. Qual o seu papel como Neuropsicólogo no tratamento de saúde mental/demências no doente/idoso?
4. A nível de Luanda, sabe dizer-me qual o nº de idosos com demências que vocês atendem e acompanham na instituição? Quais os quadros clínicos mais encontrados? Qual é o número de mulheres e homens?
5. No momento da alta hospitalar, que respostas existem para ajudar o idoso com demência no processo de reintegração social?
6. A sua experiência no que diz respeito ao apoio prestado pela família do idoso, revela que a maioria é apoiante ou não? Na sua opinião, qual o papel da família no processo de reabilitação e integração do idoso com demência doente a sua importância?
7. A seu ver, quais pensa que são as maiores dificuldades que o doente com demência passa?
8. O que as famílias relatam, enquanto familiares que convivem com pais/mães com demências?
9. A clínica XXX tem o serviço HOMECARE, único na cidade de Luanda. Como funciona e que serviços prestam? Quais os técnicos que fazem parte desta equipa?
10. Tendo um serviço HOMECARE na cidade de Luanda, dentro do leque de serviços que mencionou acima, tem algum serviço especializado para os idosos com demência?
11. Na sua opinião acha importante implementar-se com estes utentes/idosos com demências no domicílio, e que tipo serviço?
12. Quais as atividades mais pertinentes, para os quadros de demência, que acha importante implementar-se nos domicílios?

MÉDICA GERIATRA

Boa Tarde, o meu nome é Cleusa Fernandes, sou Mestranda em Gerontologia Social e estou a elaborar a minha dissertação de mestrado que é a elaboração de um projeto de intervenção cujo tema é “**Criação de um Serviço de Apoio ao Domicílio para idosos com Demência**”, para que possa desenhar este Projeto é necessário identificar, fazer o diagnóstico das necessidades, desta forma, passo a fazer este questionário a si como Médica Geriatra. Antes de mais gostaria de agradecer a sua disponibilidade para me responder algumas perguntas. É meu dever ainda garantir a confidencialidade das suas respostas, uma vez que o seu nome nunca será associado à informação que me for dada. À sua entrevista será associado um código, apenas para efeitos de numeração da entrevista. O gravador serve apenas para facilitar o meu trabalho aquando da transcrição.

1. O que é para si envelhecimento e como é visto o envelhecimento pela comunidade angolana?
2. Gostaria que me falasse um pouco sobre o que é para si demências e como é visto pela comunidade angolana?
3. Na sua opinião, quais são as maiores dificuldades que as instituições sentem relativamente ao serviço de Geriatria?
4. Quando é que um doente é sinalizado para Geriatria? Há algum requisito, ou é por encaminhamento de outra especialidade?
5. Qual o seu papel como Geriatra no tratamento de saúde mental/demências no doente/idoso?
6. No momento da alta hospitalar, que respostas existem para ajudar o idoso com demência no processo de reintegração social?
7. A sua experiência no que diz respeito ao apoio prestado pela família do idoso, revela que a maioria é apoiante ou não? Na sua opinião, qual o papel da família no processo de reabilitação e integração do idoso com demência?
8. O que as famílias relatam, enquanto familiares que convivem com pais/mães com demências?
9. A clínica XXX tem o serviço HOMECARE a única na cidade de Luanda. Sei que faz parte desta equipa. Desta forma, gostaria de saber que serviços prestam?
10. Tendo um serviço HOMECARE na cidade de Luanda, dentro do leque de serviços que mencionou acima, tem algum serviço especializado para os idosos com demência?
11. Na sua opinião acha importante implementarem-se serviços de apoio no domicílio para idosos com demência? Que tipo de serviços?
12. Quais as atividades mais pertinentes a implementar nos domicílios?
13. Que importância teria a criação de um Serviço de Apoio Domiciliário para idosos com demência, na cidade de Luanda?

FAMILIARES

Boa Tarde, o meu nome é Cleusa Fernandes, sou Mestranda em Gerontologia Social e estou a elaborar a minha dissertação de mestrado que é a elaboração de um projeto de intervenção cujo tema é “Criação de um Serviço de Apoio ao Domicílio para idosos com Demência”. Para que possa desenhar este projeto é necessário identificar, fazer o diagnóstico das necessidades. Desta forma, passo a fazer este questionário a vocês – filhos/cuidadores informais. Antes de mais gostaria de agradecer a vossa disponibilidade para me responderem a algumas perguntas. É meu dever ainda garantir a confidencialidade das respostas, uma vez que o nome nunca será associado à informação que me for dada. O gravador serve apenas para facilitar o meu trabalho aquando da transcrição.

1. Gostaria de saber a partir de quando é que vocês perceberam as primeiras alterações das manifestações cognitivas e comportamentais do seu/sua pai/mãe?
2. E como foi diagnosticada e qual o tipo de demência e há quanto tempo?
3. Quais as maiores limitações que os vossos familiares apresentam?
4. Na sua opinião, qual a maior dificuldade nos cuidados domiciliários com o seu/sua pai/mãe?
5. Visto que apoia o seu/sua pai/mãe, acha que está preparado para responder às necessidades/dificuldades que o seu familiar apresenta?
6. Para além de vocês filhos, existe mais alguém que apoia o seu/sua pai/mãe nos cuidados domiciliários?
7. Vocês possuem formação na área da demência?
8. Acha que a falta de conhecimentos mais técnicos, pode comprometer o cuidado com o seu/sua pai/mãe?
9. Achariam importante vocês terem formação técnica para prestarem os cuidados domiciliários com maior qualidade de vida aos vossos familiares? E que tipo de formação?
10. Na vossa opinião quais as atividades mais pertinentes para os quadros de demência que os vossos familiares apresentam?
11. Em Luanda não existem apoios domiciliários para idosos com demência. Caso existissem, estariam dispostos a recorrer a este serviço? Quais as áreas técnico-terapêuticas mais importantes para melhorar a qualidade de vida dos vossos familiares?
12. Em forma de conclusão, qual a sua opinião, como familiar que vive e convive com seu/sua pai/mãe com um quadro demencial, que benefícios acha que um Serviço de Apoio Domiciliário traria para o paciente, família e para comunidade em Luanda?