

## **Perfil de funcionamento do SAD, Serviço de Apoio Domiciliário - caso de Braga, Portugal**

*Operating profile of SAD, Home Support Service, in  
the case of Braga, Portugal*

*Perfil operativo de SAD, Servicio de asistencia  
domiciliaria, en el caso de Braga, Portugal*

Joana Barbosa  
José Ignacio Guinaldo Martin  
Domingos Silva  
Inês Filipa Sequeira Afonso

**RESUMO:** O SAD português caracteriza-se por um perfil tradicional. Reúne como principais características funcionar de segunda a sexta-feira, com uma intensidade considerada baixa, com a prestação de cuidados voltada para as AVD'S, Atividades de vida diária dos idosos. Objetivos deste estudo: (i) identificar a oferta da estrutura de cuidados existentes, prestada pelo SAD, nas Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) especificamente do distrito de Braga (Portugal); e (ii) analisar seu perfil de funcionamento, com base nos comportamentos de gestão e na existência ou não dos planos de cuidados no SAD. A metodologia utilizada foi a quantitativa, recorrendo-se à aplicação de inquéritos por questionário, por meio do instrumento de avaliação, Protocolo de Serviço de Apoio Domiciliário, versão 2. A amostra foi por conveniência, composta pelos 20 diretores técnicos das IPSS de Braga, Portugal. Como conclusões, o estudo aponta para um SAD tradicional, rural, com função assistencial, visando a satisfazer as AVD'S, com declínio funcional, muito idosos, ou com idade inferior aos 65 anos, havendo a necessidade de completar a avaliação multidimensional realizada, e distribuir as tarefas executadas ainda centralizadas na figura do diretor técnico.

São apontadas três prioridades: pensar numa boa gestão e rentabilização de recursos humanos; trabalhar os planos de cuidados com a área da saúde e a retaguarda familiar como principal enfoque; e uniformizar os critérios de exclusão e inclusão de acesso ao SAD, os tão importantes critérios de elegibilidade, dando lugar à implementação de um modelo de SAD que se baseie nos cuidados pessoais individualizados com base na classificação do *Rai Home Care*.

**Palavras-chave:** Serviço de apoio domiciliário; Perfil de funcionamento-função assistencial/tradicional; Planos de cuidados.

**ABSTRACT:** *The Portuguese SAD is characterized by a traditional profile. Its main characteristics are to operate from Monday to Friday, with a low intensity, with the provision of care for ADLs, activities of daily living of the elderly. Objectives of this study: (i) to identify the provision of the existing care structure provided by SAD in the Private Social Solidarity Institutions (IPSS) specifically in the district of Braga (Portugal); and (ii) analyze its operating profile, based on management behaviors and the existence or otherwise of care plans in the DSS. The methodology used was quantitative, using surveys by means of the assessment instrument, Protocol of Home Support Service, version 2. The sample was for convenience, composed by the 20 technical directors of Braga IPSS, Portugal. As conclusions, the study points to a traditional, rural DSS, with care function, aiming to satisfy the ADLs, with functional decline, very elderly, or under 65 years old, with the need to complete the multidimensional assessment performed, and distribute the tasks performed still centered on the technical director. Three priorities are pointed out: think about good management and profitability of human resources; work with health care and family care plans as the main focus; and standardize the exclusion and inclusion criteria for access to SAD, the all-important eligibility criteria, leading to the implementation of a model of SAD that is based on individualized personal care based on the Rai Home Care classification.*

**Keywords:** *Home Support Service; Profile of care-function/traditional function; Care plans.*

**RESUMEN:** *El SAD portugués se caracteriza por un perfil tradicional. Sus características principales son operar de lunes a viernes, de baja intensidad, con la prestación de atención para las AVD, actividades de la vida cotidiana de los ancianos.*

*Objetivos de este estudio: (i) identificar la provisión de la estructura de atención existente proporcionada por SAD en las Instituciones Privadas de Solidaridad Social (IPSS) específicamente en el distrito de Braga (Portugal); y (ii) analizar su perfil operativo, en función de los comportamientos de gestión y la existencia o no de planes de atención en el DSS. La metodología utilizada fue cuantitativa, utilizando encuestas por medio del instrumento de evaluación, Protocolo de Servicio de Apoyo a Domicilio, versión 2. La muestra fue por conveniencia, compuesta por los 20 directores técnicos de Braga IPSS, Portugal Como conclusiones, el estudio apunta a un DSS rural tradicional, con función asistencial, con el objetivo de satisfacer las AVD, con deterioro funcional, muy ancianos o menores de 65 años, con la necesidad de completar la evaluación multidimensional realizada, y distribuir las tareas aún en marcha centralizados en la figura del director técnico. Se identifican tres prioridades: pensar en una buena gestión y uso de los recursos humanos; planes de trabajo de cuidar la salud y antecedentes familiares como el foco principal; y estandarizar los criterios de exclusión e inclusión para el acceso a SAD, los criterios de elegibilidad más importantes, que conducen a la implementación de un modelo de SAD que se basa en el cuidado personal individualizado basado en la clasificación Rai Home Care.*

**Palabras clave:** *Servicio de atención domiciliaria; Perfil de función de cuidado / función Tradicional; Planes de cuidados.*

## **Introdução**

O Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) português ainda está muito arraigado num modelo tradicional essencialmente caracterizado por uma função assistencial (Martin, Oliveira, & Dias da Cunha, 2010). Numa análise diacrónica a seu funcionamento em território nacional, podemos dizer que, de uma forma geral, tem vindo a exercer uma função predominantemente assistencial, com o objetivo de promover o acompanhamento dos idosos e suas famílias, procurando responder às necessidades nos momentos de crise ou conflito, às atividades de vida diária e às atividades instrumentais (Trigueiros, & Mondragón, 2002, como citados em Osório, & Pinto, 2007).

O SAD, numa óptica mais tradicional, privilegia a prestação de serviços os quais satisfazem as necessidades básicas de vida diária dos indivíduos idosos.

É considerado tradicional porque se baseia num SAD com um perfil de funcionamento de segunda a sexta-feira, em alguns casos durante o fim de semana; cumpre a prestação de serviços básicos de AVD's desempenhados por IPSS; e sua intensidade de cuidados é reduzida (Ignácio, Oliveira, & Duarte, 2010). Ou seja, neste estudo realizado sobre a intensidade do SAD, isto significa que em média a duração das visitas domiciliárias por regra não ultrapassam meia hora e no máximo vão até às três horas diárias, sendo que a afetação de tempo é reduzida e que os serviços são focados nas AVD's com um tempo de intervenção limitada. Como não existem critérios objetivos para a imputação do tempo de trabalho cabendo, a cada responsável das IPSS promotora do SAD, a avaliação da situação concreta e a planificação de intervenção, sem recurso a criação de um critério previamente estabelecido.

Face a esse contexto, os objetivos do presente estudo são: (i) identificar a oferta da estrutura de cuidados existentes, prestada pelos SAD, nas Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) no presente caso do distrito de Braga (Portugal); e (ii) analisar seu perfil de funcionamento com base nos recursos humanos e na existência ou não dos planos de cuidados no SAD. Especificamente, caracterizaremos: o funcionamento do SAD refletindo sobre algumas questões como a intensidade da prestação do cuidado do SAD e a sua avaliação (Ignácio, Oliveira, & Duarte, 2010); a composição dos recursos humanos, dando destaque à relação entre diretor técnico e auxiliares de ação direta e à relação entre a prestação de cuidados com a existência ou não de planos de cuidados e a sua articulação com a saúde.

Desse modo, em comparação com outras realidades internacionais, o SAD português ainda revela a forte necessidade de ir para além da visão tradicional de um SAD, percebendo que se deve tratar de olhar para o Serviço de Apoio Domiciliário (Onder, *et al.*, 2007) não como um mecanismo de substituição, ou serviço que age numa lógica de complementaridade, mas que necessita de focar a prestação de cuidados baseada em níveis de cuidado de acordo com o perfil de idosos selecionados, de modo a prestar um serviço de qualidade e inovação e de acordo com as necessidades individuais de cada pessoa idosa (Fries, *et al.*, 1997).

Estamos a falar da implementação de um modelo de SAD integrado, denominado de modelo centrado no utente ou *case management* (Onder, *et al.*, 2007).

Com este modelo, também se defende a imputação do SAD, segundo critérios objetivos com base na funcionalidade do idoso e na rede de suporte social do idoso, indo ao encontro da linha de pensamento dos modelos de classificação de utentes, promovido pelo *RAI-Home Care* (Björkgren, Fries, Häkkinen, & Brommels, 2004) e à implementação de planos de cuidados individualizados (Dellefield, 2006).

**Amostra**

A amostra deste estudo foi feita por amostra por conveniência composta pelos 20 diretores técnicos das IPSS seleccionadas com SAD do distrito de Braga, Portugal.

Das IPSS inquiridas, na tabela n.º1 encontram-se demonstradas as principais características biográficas dos idosos que recorrem ao SAD:

Tabela nº 1 - Características biográficas dos utentes dos SAD do Distrito de Braga, Portugal

Situações	HOMENS					MULHERES				
	n	Mí n	Má x	M	DP	n	Mí n	Má x	M	DP
Lotação da valência SAD	17	3	19	11,2	5,15	17	1	28	14,6	6,24
<b>+ Grupos etários</b>										
Menos de 65 anos	11	1	10	3,5	2,58	10	1	4	1,9	0,99
de 65 a 74 anos	14	1	11	3,1	2,76	12	1	5	2,9	1,44
de 75 e 84 anos	17	1	7	3,6	1,93	17	1	16	6,8	4,62
85 ou mais anos	13	1	6	3,4	1,80	16	1	11	5,3	3,84
<b>+ Residência</b>										
Na Freguesia da Instituição	17	1	16	5,8	4,63	16	1	26	6,7	6,72
Fora da Freguesia mas dentro do Concelho	15	1	15	6,5	4,39	16	1	17	8,6	5,00
Fora da Freguesia e do Concelho	3	1	5	2,7	2,08	2	1	4	2,5	2,12
<b>+ Estado civil</b>										
Casados	18	1	8	3,8	2,28	16	1	9	3,5	2,63
Divorciados/separados	7	1	5	1,7	1,50	4	1	3	1,5	1,00
Viúvos	18	1	9	3,7	2,49	16	1	17	9,4	4,44
Solteiros	16	1	7	3,4	2,09	12	1	8	3,1	2,19

## Metodologia

### *Instrumentos*

Recorreu-se à aplicação de inquéritos por questionário, por meio do instrumento de avaliação – Protocolo de Serviço de Apoio Domiciliário, versão 2 (Martin, Oliveira, & Dias da Cunha, 2010). Este instrumento tem, como principal objetivo, avaliar aspetos relativos às condições do Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), nomeadamente no que respeita à organização dos serviços, tipo de política organizativa e aos próprios serviços e atividades que a instituição proporciona.

O protocolo é constituído por duas partes, o diagnóstico do processo e a avaliação do utente. Encontra-se dividido nas seguintes dimensões de análise: caracterização da orgânica da instituição de suporte de SAD; identificação do funcionamento do próprio SAD; descrição dos utentes beneficiários do SAD; e, por último, avaliação do grau de satisfação dos utentes com o SAD.

A escolha deste instrumento teve como principal objectivo caracterizar o SAD existente nestas IPSS e traçar o perfil de funcionamento de SAD existente nas IPSS do distrito de Braga, Portugal. Como tal, seleccionamos como variáveis independentes: contexto urbano e rural; género; idade; tamanho das IPSS; serviços disponíveis; n.º de funcionários e existência de guia; financiamento/comparticipação; avaliação multidimensional; serviços de saúde; existência de lista de espera, gestão de dados (critérios de inclusão e de exclusão); planos de cuidados (existência ou não); e variáveis dependentes: a intensidade na prestação do cuidado no SAD; tipo de funcionamento; a realização/capacidade para a execução das AVD e AIVD. A sua escolha é justificada porque as variáveis escolhidas são independentes do contexto analisado e permitem analisar, através das variáveis dependentes, o perfil de funcionamento associado à capacidade de gestão de liderança existente nas IPSS e o seu típico perfil de funcionamento.

Houve necessidade de categorizar as variáveis, uma vez que, pela existência de *missings*, e de forma a obter uma análise fidedigna dos dados, optamos por seleccionar categorias intermédias, pois caso uma classe não estivesse representada ou estivesse representada apenas por um sujeito, faria sentido manter tal classe no estudo de frequências, mas não faria sentido manter tal classe no estudo inferencial, sendo que se deveria proceder ao agrupamento de duas classes (Sturges, 1926).

Do ponto de vista ético, não houve conflito de interesses, sendo que todos os directores técnicos de cada IPSS tiveram acesso a uma explicação do instrumento, numa reunião realizada em março de 2018 e, durante a aplicação do mesmo, não foi mencionada nenhuma dificuldade que pusesse em causa o funcionamento do SAD das IPSS inquiridas.

### ***Procedimentos***

Com recurso da estatística descritiva e às inferências não paramétricas, estas permitiram testar, trabalhando uma amostra reduzida ( $N < 30$ ). Optou-se por recorrer à aplicação de inquéritos por questionário de forma presencial e não presencial. Estes foram enviados por correio, tendo sido respondidos pelos directores técnicos das IPSS. Para o tratamento dos dados, utilizou-se o SPSS v.23 e no programa R v.3.4.1 pelos pacotes fBasics (Würtz, Setz, Chalabi, Lam, & Ellis, 2015), stats (R Core Team and contributors worldwide, 2018) e fmsb (Nakazawa, 2018).

Como instrumentos estatísticos, foi utilizada a correlação bisserial de pontos, a relação entre variáveis pelo teste de fisher.

Em primeiro lugar, o teste exato de Fisher permitiu a verificação da existência de relações de independência entre duas variáveis categóricas, expressas numa tabela 2x2 (Agresti, & Min, 2002; Field, 2009), foi escolhido, porque tal como nos dizem Pestana e Gageiro (2014), este permitiu-nos perante uma amostra pequena e, face ao conjunto de variáveis nominais, descobrir a significância dos dados, independentemente da dimensão, a distribuição, a escassez ou o balanceamento dos dados. Iremos completar a análise dos dados através do coeficiente de correlação bisserial de pontos ( $R_{pb}$ ) (Pestana, & Gageiro, 2014), instrumento este que nos ajuda a realizar a análise da relação entre uma variável quantitativa ( $X$ ) e uma variável nominal dicotómica discreta ( $Y$ ), levando à realização da associação entre duas variáveis nominais dicotómicas, verificando, desta forma, as possibilidades de um resultado ocorrer perante uma exposição particular.

### **Resultados**

Os resultados do estudo através da correlação bisserial por pontos entre o acesso a serviços/atividades adequadas à satisfação de necessidades *versus* diversas variáveis do

contexto e dos recursos em um nível de 5%, todas as correlações são não-significativas ( $p>0,05$ ) e a maior parte tem orientação positiva e de muito fraca magnitude ( $r<0,20$ ). Apenas existe correlação de maior magnitude com orientação positiva. verifica-se com o «serviço ou apoio na higiene pessoal diária» ( $r_{pb}=0,41$ ) e com orientação negativa com o «grupo etário: menos de 65 anos mulheres» ( $r_{pb}=-0,33$ ), a primeira, de moderada magnitude; e a segunda, de fraca magnitude. Em um nível de 5%, apenas as correlações com o grupo etário de 75-84 anos em mulheres e 85 ou mais anos nos homens são estatisticamente significativas ( $p<0,05$ ), ambas de moderada magnitude ( $0,40\leq r_{pb}\leq 0,69$ ) e sentido inverso, indicando que ao aumento do valor de uma variável corresponde à diminuição do valor da outra variável<sup>1</sup>.

Tabela n.º 1 – Acesso a serviços/atividades adequadas à satisfação de necessidades versus acesso a serviços, informação prestada pelo coordenador e existência de planos de cuidados

Acesso a serviços/atividades adequadas à satisfação de necessidades <i>versus</i> ...	Acesso a serviços <i>p</i>	Informação pelo coordenador <i>p</i>	Existência plano de cuidados <i>p</i>
<b>+ Contexto</b>	1,000	0,642	1,000
Meio envolvente (rural e urbano)	0,539	1,000	1,000
Tamanho da Instituição (capacidade) (6; 20) e (21; +)			
<b>+ Recursos</b>	0,566	0,653	0,314
Rendimentos próprios (da Organização)	1,000	1,000	1,000
Receitas dos utentes	0,404	0,556	1,000
Comparticipação da camara municipal	1,000	0,450	1,000
Comparticipação da junta freguesia	0,270	1,000	1,000
Comparticipação da comunidade/donativos em espécie	1,000	1,000	0,099
Comparticipação do Banco Alimentar Contra a Fome	0,404	1,000	0,172
Comparticipação de empresas e instituições locais	0,509	1,000	1,000
Comparticipação de particulares Continuidade/periodicidade do relacionamento de ajudantes de ação direta SAD com o utente	1,000	1,000	0,294

Ou seja, nestes dois grupos, o número de utentes diminui se não houver informação por parte do coordenador do SAD aos ajudantes de ação direta acerca das atividades da comunidade com interesse para os utentes, ou aumenta se ocorrer o contrário. As restantes correlações são não-significativas ( $p>0,05$ ), variando entre muito fraca e fraca magnitude.

No que diz respeito, à relação que se estabelece entre a existência de plano de cuidados *versus* diversas variáveis do contexto, dos recursos e do funcionamento a um nível de significância de 5%, pelo teste exato de Fisher, observa-se que apenas a relação

<sup>1</sup> Recordamos que a codificação da variável “a informação prestada na última semana pelo coordenador do SAD aos ajudantes de ação direta acerca das atividades da comunidade com interesse para os utentes” é: 1-Sim; 2-Não.

estabelecida com a Comparticipação do Banco Alimentar Contra a Fome é marginalmente significativa ( $p=0,099$ ), o que denota algum tipo de partilha de comportamentos entre as duas variáveis. Nos restantes casos, a relação é de independência ( $p>0,05$ ).

Os resultados da correlação bisserial por pontos entre a existência de plano de cuidados *versus* diversas variáveis do contexto e dos recursos demonstram a um nível de 5%, todas as correlações são não-significativas ( $p>0,05$ ). As correlações de mais elevada magnitude ocorrem entre a existência de plano de cuidados com (a) grupo etário: menos de 65 anos mulheres ( $r=-0,48$ ) e (b) grupo etário: 85 ou mais anos mulheres ( $r=0,42$ ), em ambos os casos de moderada magnitude, embora no primeiro caso com orientação negativa (as duas variáveis assumem caminhos” opostos) e no segundo caso com orientação positiva (as duas variáveis “caminham” no mesmo sentido). Nos restantes casos, as correlações variam entre muito fraca e fraca magnitude.

Quanto ao acompanhamento médico através do SAD *versus* diversas variáveis do contexto e dos recursos em um nível de 5%, apenas a correlação bisserial por pontos com o serviço ou apoio na higiene pessoal diária é estatisticamente significativa ( $p=0,020$ ), de moderada magnitude e orientação negativa ( $r=-0,52$ ), pelo que quanto maior o apoio na higiene pessoal diária, menor será a disponibilização de acompanhamento médico. De registar, ainda, a correlação de moderada magnitude com orientação negativa ( $r=-0,55$ ) e marginalmente significativa ( $p=0,066$ ) que é estabelecida com o grupo etário: menos de 65 anos homens. Em um nível de 5%, apenas a correlação bisserial por pontos com o serviço ou apoio na higiene pessoal diária é estatisticamente significativa ( $p=0,021$ ), de moderada magnitude e orientação negativa ( $r=-0,51$ ), pelo que ao aumento do apoio na higiene pessoal diária, corresponde uma diminuição da disponibilização de acompanhamento médico. As restantes correlações são não-significativas ( $p>0,05$ ), variando entre muito fraca e moderada magnitude. As possibilidades de um resultado ocorrer perante uma exposição particular, comparado com as possibilidades do resultado ocorrer na ausência dessa exposição.

As restantes correlações são não-significativas ( $p>0,05$ ), variando entre muito fraca e fraca magnitude.

Quanto à relação que se estabelece entre o serviço de consultas disponibilizado através do SAD *versus* diversas variáveis do contexto, dos recursos e do funcionamento.

Em um nível de significância de 5%, pelo teste exato de Fisher, observa-se que em todos os casos a relação é de independência ( $p>0,05$ ), o que indicia a presença de comportamentos diferentes entre a variável dependente e as variáveis independentes.

No que diz respeito ao serviço de enfermagem disponibilizado através do SAD *versus* diversas variáveis do contexto, dos recursos e do funcionamento. Em um nível de significância de 5%, pelo teste exato de Fisher, observa-se que apenas a relação estabelecida com o tamanho (capacidade em termos de número de utentes) é marginalmente significativa ( $p=0,055$ ), o que denota uma certa relação de dependência entre as duas variáveis. Nos restantes casos, a relação é de independência ( $p>0,05$ ).

## Discussão

A partir dos resultados obtidos, chegamos a cinco conclusões: a primeira é de que o perfil de funcionamento do SAD cumpre a prestação de serviços básicos (alimentação, higiene – marcadamente presente no SAD português, tratamento de roupa, entre outros) de segunda a sexta-feira, já em alguns casos durante o fim de semana. Está associado às IPSS e tem uma intensidade de cuidado reduzida, situados maioritariamente em contexto geográfico rural, praticando um horário entre as 8h00 da manhã e as 18h30, com limitação na prestação do tipo de serviços prestados, nomeadamente no que diz respeito aos cuidados de saúde (Martin, Oliveira, & Dias da Cunha, 2010; Ignácio, Oliveira, & Duarte, 2010).

A segunda conclusão é a de que os utentes que recorrem ao SAD fazem-no para satisfazer as AVD's, apresentando um declínio funcional agravado pela situação de dependência em se encontram. O perfil de pessoas encontradas neste serviço são pessoas que pertencem a dois grupos distintos, menores de 65 anos (pessoas não idosas), que recorrem ao SAD por falta de retaguarda familiar, ou com mais de 85 anos (Evashwick, 2005), devido à sua condição de fragilidade associada à idade cronológica. Ambos os grupos apresentam problemas de saúde individual (Hallberg, & Kristensson, 2004).

A terceira conclusão é a de que, apesar de nas IPSS estudadas, a prestação de cuidados ser avaliada segundo uma intervenção multidimensional e individual face às necessidades das pessoas idosas frágeis (Gilmour, 2018), verificamos que, no que diz respeito ao acompanhamento médico e acompanhamento de enfermagem e disponibilização de consultas, este aspecto ainda é deficitário.

Os cuidados de higiene ainda surgem como complemento e através da sua prestação são monitorizados os problemas de saúde associados ao perfil de idosos que recorrem ao SAD. Existe uma relação entre o risco associado do SAD estar direcionado preferencialmente, na realidade portuguesa, para responder às AVD, deixando por analisar as AIVD e uma maior necessidade de apoiar a retaguarda familiar (Boling, *et al.*, 2013; Martin, Oliveira, & Dias da Cunha, 2010).

A quarta conclusão é a de que, quando falamos da relação entre a informação disponibilizada entre o diretor técnico e os auxiliares de ação direta, esta é funcional, porém não há correlação significativa. Apesar de os idosos sentirem que suas necessidades são atendidas, os dados revelam que há uma lacuna em perceber de que forma a mensagem é transmitida e plasmada no plano de cuidados. Indo ao encontro do que dizem Keefe, Knight, Martin-Matthews e Légaré (2011), quando referem que as IPSS necessitam de examinar as potencialidades e constrangimentos das suas organizações, utilizando quatro chaves de intervenção: a compensação/educação; o treino; a garantia da qualidade; e as condições de trabalho. A informação ainda está centralizada na figura do diretor técnico e a imputação de critérios objetivos no SAD está sob a orientação técnica da IPSS.

Por último, existe uma ligação entre a dimensão/tamanho da IPSS e o perfil de pessoas que recorrem ao SAD. Apesar da dificuldade de relação entre variáveis, podemos concluir que, perante IPSS pequenas, estas recorrem a parcerias informais, como o Banco alimentar, para satisfazer as necessidades levantadas pelo tipo de serviços prestados.

Face a estes dados, apontamos três prioridades urgentes a introduzir no perfil de funcionamento do contexto do SAD das IPSS do distrito de Braga, e que podem vir a estar plasmados nos respetivos planos de cuidados do SAD/Home Care.

A primeira prioridade será as direções do SAD pensarem numa boa gestão e rentabilização de recursos humanos e trabalhar os planos de cuidados com a área da saúde e a retaguarda familiar como principal enfoque (Kane, 1999).

A segunda prioridade será a criação de planos de cuidados que fomentem o acesso aos serviços de saúde e a uma articulação com parcerias externas ao SAD com o recurso a serviços de reabilitação física para as pessoas frágeis. Está demonstrado que, quanto mais as pessoas envelhecem, mais cuidados de saúde no domicílio vem associados às suas necessidades individuais de saúde uma prioridade fundamental (Hoeck, *et al.*, 2011).

A sugestão que é feita no Canadá foca a otimização dos serviços de reabilitação, de forma a fazer chegar estes serviços aos idosos, e a promover que os mesmos sejam cada vez mais úteis para as pessoas e famílias que recorrem ao SAD (Armstrong, Sims-Gould, & Stolee, 2016).

A terceira prioridade será que a gestão de dados do SAD das IPSS passará por uniformizar os critérios de exclusão e inclusão de acesso ao SAD, os tão importantes critérios de elegibilidade (Oliveira, 2007), de modo a identificar outras problemáticas associadas ao idoso, como o aparecimento de quadros demenciais e problemas comportamentais (Miettinen, Tiihonen, Hartikainen, & Nykänen, 2017), e a criar um conjunto de regras e procedimentos de uniformização em relação aos comportamentos de gestão que melhorem a qualidade da prestação dos serviços realizados.

Através da identificação dessas prioridades, haverá lugar para testar um novo modelo de serviço de apoio domiciliário. Estamos a falar da implementação do programa *Rai-Home Care* traçado por um sistema de classificação de utentes, introduzido pelos cuidados de saúde privados (*Medicare e Multicare*) nos EUA (Fries, *et al.*, 1997), capaz de criar perfis de cuidados por níveis de funcionalidade/desempenho de funções desempenhadas pelos idosos, incluindo cuidados de saúde, envolvendo a ativa participação dos recursos humanos das IPSS (Donoghue, & Castle, 2009) e investindo nos cuidados pessoais *versus* cuidados domiciliários de saúde (Kane, 1999).

O colocar *in loco* este perfil de funcionamento do SAD, estaremos a abrir a possibilidade de implementar nas IPSS, a criação de planos de cuidados que tenham em conta as especificidades individuais de cada idoso (Dellefield, 2006), indo para além do modelo standardizado do *RAI/MDS Home Care*.

Assim, potenciaremos um SAD mais eficiente e próximo das diferentes necessidades da população idosa (Krizaj, Warren, & Slade, 2018) que desenvolve protocolos de boas práticas que forneçam aconselhamento pragmático adaptado à vida real de cada um, aberto à implementação de um plano de cuidados, em função do grau de funcionalidade da pessoa idosa (Sánchez-Cárdenas, & Bermúdez, 2016). Cabendo às IPSS assumir parcerias que operem em regime de interdependência, de modo a se alcançarem objetivos comuns e ao mesmo tempo criar um plano de cuidados individualizados (Santana, Dias, Souza, & Rocha, 2007), dando lugar à figura do *personal support worker* (Kontos, Miller, MSW, & Mitchell, 2009), que tem como principal função reunir a história de vida da pessoa idosa, adaptar o plano de cuidados e perceber o ajustamento das necessidades da pessoa ao serviço que está a ser desempenhado.

Estando a apresentar a nova proposta de implementar um modelo de SAD eficiente, eficaz e personalizado que permite a redução do número de hospitalizações e aumenta a satisfação dos utentes, reduzindo os custos associados ao mesmo, em longo prazo (Vilà, A., *et al.*, 2015).

## Referências

- Agresti, A., & Min, Y. (2002). Unconditional small-sample confidence intervals for the odds ratio. *Biostatistics*, 3(3), 379-386. Recuperado em 01 dezembro, 2018, de: DOI: 10.1093/biostatistics/3.3.379.
- Armstrong, J., Sims-Gould, J., & Stolee, P. (2016). Allocation of Rehabilitation Services for Older Adults in the Ontario Home Care System, *Physiotherapy Canada*, 68(4), 346-354. Recuperado em 01 dezembro, 2018, de: DOI: 10.3138/ptc.2014-66.
- Boling, P., Chandekar, R., Hungate, B., Purvis, M., Selby-Penczak, R., & Abbey, L. (2013). Improving outcomes and lowering costs by applying advanced models of in-home care. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 80(1), 7-14. Recuperado em 01 dezembro, 2018, de: <https://www.mdedge.com/ccjm/article/96004/improving-outcomes-and-lowering-costs-applying-advanced-models-home-care>.
- Björkgren, M. A., Fries, B. E., Häkkinen, U., & Brommels, M. (2004). Case mix adjustment and efficiency measurement. *Scandinavian Journal of Public Health*, 32(6), 464-471. Recuperado em 01 dezembro, 2018, de: DOI: 10.1080/14034940410028235.
- Dellefield, M. (2006). Interdisciplinary care planning and the written care plan in nursing homes: A critical review, *The Gerontologist*, 46(1), 128-133. Recuperado em 01 dezembro, 2018, de: <https://doi.org/10.1093/geront/46.1.128>.
- Donoghue, C., & Castle, N. (2009). Leadership styles of Nursing Home Administrators and their association with staff turnover, *The Gerontologist*, 49(2), 166-174. Recuperado em 01 dezembro, 2018, de: <https://doi.org/10.1093/geront/gnp021>.
- Evashwick, C. (2005). Definition of the Continuum of Care, 3-13). *In*: Evashwick, C. (Ed.). *The Continuum of Long Term Care* Florida, USA: Thomson Delmar Learning.
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using SPSS*. (Third Edition). Washington, USA: Sage.
- Fries, B. E., Hawes, C., Morris, J. N., Phillips, C. D., Mor, V., & Park, P. S. (1997). Effect of the National Resident Assessment Instrument on Selected Health Conditions and Problems. *Journal of the American Geriatrics Society*, 45(8), 994-1001. Recuperado em 01 dezembro, 2018, de: DOI: 10.1111/j.1532-5415.1997.tb02972.x.
- Gilmour, H. (2018). Formal home care use in Canada, Statistics Canada, Catalogue n.º 82-003-X *Health Reports*, 29(9), 3-9. Recuperado em 01 dezembro, 2018, de: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/82-003-x/2018009/article/00001-eng.pdf?st=h6LpySSd>.

- Hallberg, I., & Kristensson, J. (2004). Preventive home care of frail older people: a review of recent case management studies, Practice Development – Outcomes and Outcomes measurement, *International Journal of Older People Nursing in Journal of Clinical Nursing*, 13(6b), 112-120. Recuperado em 01 dezembro, 2018, de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15724826>.
- Hoeck, S., François, G., Geerts, J., Van der Heyden, J., Vandewoude, M., & Van Ha, G. (2011). Health-care and home-care utilizations among frail elderly persons in Belgium, *European Journal of Public Health*, 22(5), 671-676. Recuperado em 01 dezembro, 2018, de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21908861>.
- Ignácio, M., Oliveira, L. & Duarte, N. (2010). Análise da intensidade dos serviços de cuidado prestados aos Utentes Idosos do Serviço de Apoio Domiciliário, *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 13(2), 245-253. Recuperado em 01 dezembro, 2018, de: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232010000200009>.
- Kane, R. (1999). Examining the Efficiency of Home Care. *Journal of Aging and Health*, Sage Publications, 11(3), 322-340. Recuperado em 01 dezembro, 2018, de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10558589>.
- Kontos, P. C., Miller, K.-L, MSW, M. A., & Mitchell, G. J. (2009). Neglecting the importance of the decision making and care regimes of personal support workers: A critique of standardization of care planning through the RAI/MDS, *Gerontologist*, 50(3), 352-362. Recuperado em 01 dezembro, 2018, de: DOI: 10.1093/geront/gnp165.
- Keefe, J., Knight, L., Martin-Matthews, A., & Légaré, J. (2011). Key issues in human resource planning for home support workers in Canada. *Work*, 40, 21-28. Recuperado em 01 dezembro, 2018, de: DOI 10.3233/WOR-2011-1203.
- Krizaj, T., Warren, A., & Slade, A. (2018). "Holding on to What I Do": Experiences of Older Slovenians Moving into a Care Home. *Gerontologist*, 58(3), 512-520. Recuperado em 01 dezembro, 2018, de: DOI: 10.1093/geront/gnw150.
- Onder, G., Liperoti, R., Soldato, M., Cipriani, M. C., Bernabei, R., & Landi, F. (2007). Chewing problems and mortality in older adults in home care: results from the Aged in Home Care study. *Journal American Geriatric Society*, 55(12), 1961-1966. Recuperado em 01 dezembro, 2018, de: DOI: 10.1111/j.1532-5415.2007.01453.x.
- Martin, I., Oliveira, L., & Dias da Cunha, M. (2010). *O protocolo de avaliação do serviço de apoio domiciliário* (ProtSad, v.2), Porto, Portugal: UnIFAI, Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos.
- Miettinen, M., Tiihonen, M., Hartikainen, S., & Nykänen, I. (2017). Prevalence and risk factors of frailty among home care clients, *BMC Geriatric*, 17, 266-272. Recuperado em 01 dezembro, 2018, de: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-017-0660-8>.
- Nakazawa, M. (2018). *Functions for Medical Statistics Book with some Demographic Data*. R package version 0.6.3. <https://CRAN.R-project.org/package=fmsb>.
- Osório, A., & Pinto, F. (Coords.). (2007). *As pessoas idosas, contexto social e intervenção educativa*, Lisboa, Portugal: Horizontes Pedagógicos; Instituto Piaget.
- Oliveira, L. (2007). *Contextos do serviço de apoio domiciliário: a dinâmica entre necessidades e serviços*. Dissertação de mestrado, Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal. Recuperado em 01 dezembro, 2018, de: <http://hdl.handle.net/10773/3266>.

- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de Dados para Ciências Sociais – a Complementaridade do SPSS*. (4ª ed.). Lisboa, Portugal: Edições Sílabo.
- Sánchez-Cárdenas, M. A., & Bermúdez, G. P. F. (2016). Gestión Clínica de programas de cuidado domiciliario – Management clinic home care programs. *Revista CES Salud Pública*, 7(2), 1-12. Recuperado em 01 dezembro, 2018, de: DOI: 10.21615/cessp.7.2.5.
- Santana, S., Dias, A., Souza, E., & Rocha, N. (2007). The Domiciliary Support Service in Portugal and the change of paradigm in care provision, *International Journal of Integrated Care*, 7(15), 1-8. Recuperado em 01 dezembro, 2018, de: <https://www.ijic.org/articles/10.5334/ijic.177/>.
- Würtz, D., Setz, T., Chalabi, Y., Lam, L., & Ellis, A. (Update 2015). *Rmetrics - Markets and Basic Statistics*. Recuperado em 01 dezembro, 2018, de: <https://www.rmetrics.org/downloads/9783906041025-basicr.pdf>.
- Sturges, H. A. (1926). The Choice of a Class Interval. *Journal of the American Statistical Association*, 21(153), 65-66. Recuperado em 01 dezembro, 2018, de: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01621459.1926.10502161>.
- Vilà, A., Villegas, E., Cruanyes, J., Delgado, R., Sabaté, R. A., Ortega, J., Araguás, C., & Humet, C. (2015). Cost-effectiveness of a Barcelona Home Care Program for Individuals with Multimorbidity. *The American Geriatrics Society*, 63(5), 1017-1024. Recuperado em 01 dezembro, 2018, de: DOI: 10.1111/jgs.13396.

### **Conflito de interesses**

O estudo não revelou conflitos de interesses.

Recebido em 15/07/2019

Aceito em 30/09/2019

---

**Joana Barbosa** - Assistente Social. Mestre em Gerontologia Social Aplicada. Doutoranda em Gerontologia e Geriatria, filiada ao CINTESIS-Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, UA-Universidade de Aveiro. Aveiro, Portugal.  
E-mail: barjoana@gmail.com

**José Ignacio Guinaldo Martín** - Psicólogo, Universidade de Salamanca. Doutor em Ciências Bioéticas, ICBAS, Porto, Portugal. Professor Auxiliar na Seção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro, Departamento de Educação e Psicologia da UA, Universidade de Aveiro, AGEING C–CINTESIS-Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, UA.

ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-1467-5039>.

E-mail: [jmartin@ua.pt](mailto:jmartin@ua.pt)

**Domingos Silva** - Doutorado em Matemática. Centro de Investigação: CIMA, Centro de Investigação em Matemática e Aplicações, Universidade de Évora, Portugal. Consultor Estatístico: Centro de Análise Estatística.

E-mail: [conceitoestatistico@gmail.com](mailto:conceitoestatistico@gmail.com)

**Inês Filipa Sequeira Afonso** – Enfermeira. Hospital de Braga. Braga, Portugal.

E-mail: [inesfsafonso@gmail.com](mailto:inesfsafonso@gmail.com)