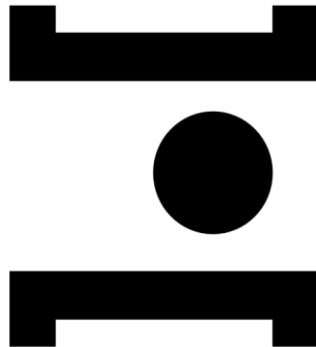


INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM

Escola Superior de Gestão e Tecnologia



**POLITÉCNICO
DE SANTARÉM**

**ADEQUAÇÃO ENTRE NECESSIDADES SOCIAIS E RESPOSTAS
SOCIAIS DE UMA IPSS - ASSOCIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA E
DOMICILIÁRIA DE ALCARAVELA**

Trabalho de Projeto

Mestrado em Gestão de Organizações de Economia Social

Telma Sandra Garcia Guilherme e Silva Vitorino

Orientação:

Luiz Filipe Martins Rainha

Dezembro, 2022

RESUMO

Este Trabalho de Projeto sistematiza a informação e conhecimento sobre as respostas sociais da Associação de Assistência e Domiciliária de Alcaravela e questiona se as mesmas se encontram adequadas às necessidades dos utentes e da população mais envelhecida na comunidade.

A escolha deste tema é pertinente, tendo em conta que estamos perante um crescente envelhecimento demográfico, não só em Portugal, mas em todos os países do mundo. De acordo com o conceito de envelhecimento, o indivíduo está sujeito a fatores biológicos, sociais e psicológicos que o leva a uma reflexão sobre os tipos de cuidados que são prestados de acordo com as suas necessidades, numa intervenção centrada na dependência e na doença.

O estudo conclui que a Instituição tenta colmatar as necessidades dos utentes de acordo com os seus hábitos de vida e as suas expectativas. No entanto, verifica-se escassez de recursos humanos e logísticos para a prestação de cuidados diferenciados aos idosos de forma a permitir um envelhecimento ativo na sua finitude de vida.

Palavras Chave: Idosos, Necessidades sociais, Respostas Sociais, IPSS

ABSTRACT

This project work systematizes the information and knowledge about the social responses of the Alcaravela Home and Assistance Association and questions whether they are adequate to the needs of users and the older population in the community.

The choice of this theme is relevant, taking into account that we are facing an increasing demographic aging, not only in Portugal, but in all countries of the world. According to the concept of aging, the individual is subject to biological, social and psychological factors that lead him to a reflection on the types of care that are provided according to his needs in an intervention centered on dependence and disease.

The study concludes that the Institution tries to meet the needs of users according to their life habits and expectations. However, there is a shortage of human and logistical resources to provide differentiated care to the elderly in order to allow active aging in their finitude of life.

Keywords: Elderly, social needs, Social Responses, IPSS.

AGRADECIMENTOS

Tendo sido um processo moroso e chegado a esta fase, não quero deixar de agradecer a quem sempre acreditou e me fez acreditar nas minhas capacidades para concluir algo que, apesar de nunca ter sido um dos meus grandes objetivos pessoais, nem tão pouco uma obsessão, foi certamente um dos meus maiores desafios, quer em termos pessoais quer académicos.

Quero, em primeiro lugar, agradecer profundamente o contributo dado pela Instituição AADA, em particular, à sua Direção, na pessoa do Sr. Manuel Bento e ao Presidente da Mesa de Assembleia Geral, na pessoa do Sr. Jorge Gaspar, que desde o primeiro momento se mostraram disponíveis para colaborar neste trabalho.

Em segundo lugar, agradeço a disponibilidade do meu orientador, Prof. Luiz Rainha, que me ajudou a concluir este projeto, indicando-me os melhores caminhos como um fio condutor, de modo construtivo e crítico.

Em terceiro e último lugar, mas não menos importante, agradeço à minha família, em particular ao meu marido e aos meus filhos. Ao meu marido Pedro, por me fazer acreditar nas minhas capacidades e pela disponibilidade em ajudar nas tarefas do dia-a dia em casa; aos meus filhos Marta e Martim, que compreenderam o tempo “roubado” em troca do estudo e do trabalho a realizar este projeto, esperando que ao lerem este trabalho percebam que o esforço tem sempre a sua merecida recompensa.

Muito Obrigado.

DEDICATÓRIA

Em memória da minha mãe...

Maria Inês Garcia Guilherme Vitorino

Índice

1. Introdução	10
2. Necessidades Sociais e Respostas Sociais: Enquadramento Teórico.....	14
2.1. Conceito de IPSS	14
2.2. Legislação das IPSS em Portugal	15
2.3. Medidas de Política Social para as Pessoas Idosas	16
2.3.1. Quais são as necessidades sociais para as pessoas idosas?	19
2.3.2. Respostas Sociais para as Pessoas Idosas	22
2.3.2.1. Serviço de Apoio Domiciliário	24
2.3.2.2. Centro de Convívio	25
2.3.2.3. Centro de Dia	25
2.3.2.4. Centro de Noite	26
2.3.2.5. Acolhimento familiar	27
3. Associação de Assistência e Domiciliária de Alcaravela.....	30
3.1. Breve história da Associação de Assistência e Domiciliária de Alcaravela....	30
3.2. Estatutos da Instituição	35
3.3. Missão, Visão e Valores Organizacionais da AADA	36
4. Respostas Sociais da AADA.....	37
4.1. Centro de Dia	37
4.2. Serviço de Apoio Domiciliário	40
4.3. Estrutura Residencial para Pessoas Idosas.....	42
4.4. Programa Operacional de Apoio às Pessoas Mais Carenciadas	44
4.5. Contratos Locais de Desenvolvimento Social 4G (CLDS 4G) – SER Sardoal	44
5. Stakeholders Internos e Externos	45
5.1. Stakeholders Internos.....	45
5.2. Stakeholders Externos.....	48
5.2.1. Instituto da Segurança Social, I.P.....	48
5.2.2. Município de Sardoal	49
5.2.3. Associações da Freguesia	50
5.2.4. Entidades Bancárias.....	50
5.2.5. Novos Substitutos	50
5.2.6. Grupo de clientes – Utilizadores	51
5.2.7. Grupos de clientes – Financiadores	51
5.2.8. Poder Negocial dos Fornecedores	51
5.3. Análise SWOT da Instituição	51
Conclusões.....	55
Referências Bibliográficas.....	55

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura nº 1 - Atividades Básicas da vida diária -----	20
Figura nº 2 - Atividades Instrumentais da vida diária -----	20
Figura nº 3 - Níveis de Necessidade -----	21
Figura nº 4 - Localização do Concelho de Sardoal no Distrito de Santarém -----	32
Figura nº 5 - Respostas Sociais desenvolvidas na Instituição -----	34
Figura nº 6 - Distribuição dos Utentes por cada Resposta Social e nas outras respostas desenvolvidas na Instituição -----	34
Figura nº 7 - Organograma dos Corpos Sociais da AADA -----	36
Figura nº 8 - Respostas Sociais com acordos de cooperação -----	43
Figura nº 9 - Organograma da AADA -----	47
Figura nº 10 - Stakeholders Externos da AADA -----	48

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico nº 1 - População Residente no concelho de Sardoal nos anos de 2011 e 2021-	31
Gráfico nº 2 - População residente no concelho de Sardoal, por faixa etária-----	31
Gráfico nº 3 - Distribuição de utentes por sexo a frequentar a Resposta social de Centro de Dia -----	38
Gráfico nº 4 - Distribuição das idades por sexo dos utentes que frequentam a resposta de Centro de Dia -----	39
Gráfico nº 5 - Necessidades sentidas pelo utente ou responsável quando procura a resposta de CD-----	40
Gráfico nº 6 - Distribuição de utentes por sexo a frequentar a Resposta Social de Serviço de Apoio Domiciliário -----	41
Gráfico nº 7 - Distribuição de utentes por sexo a frequentar a Resposta Social de Serviço de Apoio Domiciliário -----	42

GLOSSÁRIO DE SIGLAS

AAD - Ajudante de Ação Direta

AADA - Associação de Assistência e Domiciliária de Alcaravela

ABVD - Atividades Básicas da Vida Diária

AIVD - Atividades Instrumentais da Vida Diária

AVD - Atividades da Vida Diária

CD - Centro de Dia

CLAS - Conselho Local de Ação Social

CLDS - Contratos Locais de Desenvolvimento Social

DGAS - Direção Geral da Ação Social

EIPSS - Estatuto das Instituições Particulares de Solidariedade Social

ERPI - Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

INE - Instituto Nacional de Estatística

IPSS - Instituição Particular de Solidariedade Social

ISS - Instituto da Segurança Social

ONU – Organização das Nações Unidas

PARES - Programa de Alargamento da Respostas de Equipamentos Sociais

POAPMC - Programa Operacional de Apoio às Pessoas Mais Carenciadas

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RS - Respostas Sociais

SAD - Serviço de Apoio Domiciliário

SNS - Serviço Nacional de Saúde

UCDL - Unidade de Cuidados de Longa Duração

1. INTRODUÇÃO

A Organização das Nações Unidas (ONU) demonstra que a população mundial está a envelhecer e todos os países do mundo deparam-se com um crescente número de pessoas idosas. A Europa tem a maior percentagem da população com 60 anos ou mais (25%). Globalmente, o número de pessoas com 80 anos ou mais deverá triplicar até 2050 passando de 137 milhões em 2017 e para 425 milhões em 2050 (ONU Portugal, Envelhecimento, 2019). A esperança de vida dos portugueses aumentou visivelmente desde a década de 70 até à atualidade, verificando-se uma diminuição do número de nascimentos e por conseguinte um aumento do número de indivíduos que sobrevive depois dos 65 anos (Carvalho, 2012, 16). Por este facto, é necessário um conjunto de medidas de política social de modo a minimizar os riscos acrescidos da sua vulnerabilidade, uma vez que todo o ser humano é digno de respeito e de proteção, tal como está expresso no artigo primeiro da Constituição República Portuguesa de 1976, “Portugal é uma República soberana, baseada na dignidade da pessoa humana e na vontade popular e empenhada na construção de uma sociedade livre, justa e solidária (DRE, 2005^a, 1)”.

Neste sentido, os idosos devem ter direito ao acesso de recursos suficientes que lhes permitam satisfazer as necessidades de forma adequada. Estas necessidades podem ser supridas pelos familiares ou por respostas sociais desenvolvidas por organizações sem ou com fins lucrativos, contribuindo com serviços que pretendem satisfazer as necessidades de alimentação e acompanhamento lúdico (Fernandes, 1997, 149).

Embora a longevidade seja uma conquista, pode criar inúmeros desafios individuais e coletivos para as necessidades da população idosa. Deste modo, é premente criar novas oportunidades de trabalho e de aprendizagem onde seja possível realizar programas de participação ativa onde todos sejam envolvidos e úteis uns para com os outros. Os cuidados de saúde, os cuidados de longa duração e outros serviços que promovam uma vida com maior autonomia e saudável necessitam de funcionar adequadamente para os idosos e futuras gerações. O impacto das tendências demográficas expressa-se lentamente, mas são necessárias políticas a longo prazo, que devem começar hoje para que possam transformar o envelhecimento da população numa oportunidade para a sociedade se reinventar (Castanho, 2022).

As Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), realidade multissecular da sociedade portuguesa, espalhadas por todo o país, são exemplos

fundamentais de proteção social. A partir do século XX, com o advento da segurança social, elas evoluíram para diferentes funções, mantendo ou aumentando a sua atividade. Esta mudança reflete-se particularmente na responsabilidade política do Estado pela proteção social através do empoderamento e prestação de vários serviços. Para tal, o Estado recorre à participação das IPSS, regulamentando as suas atividades e garantindo que recebem uma parte significativa dos seus financiamentos (Sousa, 2012, 7). As prestações de serviços na Instituição não devem reduzir ou mesmo substituir as redes de apoio ao utente já existentes. Pelo contrário, devem promover e potenciar, as relações com os parceiros, a comunidade e o voluntariado. O trabalho em rede (família, Instituição e utente) constitui-se como uma estratégia de apoio à operacionalização do plano individual do utente e à promoção da sua qualidade de vida. Neste sentido, a Instituição deve mobilizar serviços diferenciados de acordo com as necessidades dos idosos, sócios da Instituição e comunidade local, que além de contribuir para um melhor desenvolvimento local, causará impacto na mudança da vida das pessoas, que por sua vez reforça os desafios enfrentados pelas dificuldades económicas da Instituição. Desenvolver e personalizar os cuidados de acordo com os seus hábitos de vida, interesses, necessidades e expectativas possibilita aos utentes corresponsabilizá-los o desenvolvimento das atividades na Instituição e possibilita que os mesmos possuem segurança e sentimento de pertença ao plano de cuidados prestados pela resposta social. É cada vez mais importante compreender a personalidade e a individualidade de cada utente, que independentemente da idade ou situação de dependência, possui um projeto de vida e gosta de ser respeitado na sua maneira de estar e ser (ISS; 2010, 1).

Uma pessoa com 65 anos ou mais não significa que se seja idoso ou, que tenha necessidade de ter apoio das respostas sociais, para muitos idosos, ter muitos anos não inibe o desejo e o direito de viver a vida e manter a qualidade de vida. Os idosos são cidadãos que têm direito a ter uma vida com qualidade, liberdade, autonomia de decisão, dignidade e participação ativa na comunidade. Segundo o estudo do Envelhecimento da União Misericórdias Portuguesas (2021, 8) para envelhecer bem em Portugal, devemos: retardar ou evitar a institucionalização, garantido as respostas adequadas ao idoso de acordo com a sua funcionalidade em cada momento da sua vida; promover uma mudança nos padrões de cultura que caracterizam a área sénior e dos idosos em Portugal; gerar novos conceitos de residência para os diferentes momentos de funcionalidade ao longo do processo de envelhecimento e por último, consolidar um projeto nacional que promova um envelhecimento feliz e saudável. Portugal precisa dum novo modelo porque o

existente é desadequado à realidade dos nossos idosos, é premente um modelo preventivo com respostas especializadas e integrado em todo o tempo, de forma a viver com segurança o envelhecimento. Infelizmente as coberturas da resposta a todos os idosos não são suficientes, para todos principalmente as que são de apoio permanente com a comparticipação do Estado. Assistimos noutros países à diferenciação das respostas sociais que difere pela tipologia e pela equipa preconizada de acordo com a sua formação e a sua especificidade em resposta aos utentes com as diferentes características, como por exemplo: Nursing home ou Community Care. Segundo Fernandes H. (2013, 87), em Portugal seguimos um caminho contrário, admitindo utentes com as mesmas características em Instituições diferentes, ou seja, um utente com demência pode ser integrado na Estrutura Residencial Para Pessoas Idosas ou na Rede Nacional de Cuidados Continuados ou na Unidade de Cuidados de Longa Duração. Os idosos após um agravamento do seu estado de saúde e/ou uma alta hospitalar, ficam mais dependentes e vulneráveis e junto das suas famílias, aguardam pela resposta social mais adequada e ajustada às suas necessidades. No entanto, há uma forte possibilidade de o idoso não ter capacidade de regressar à sua casa por falta de apoio dos seus familiares e poucos recursos, o que conduz a uma procura de resposta de ERPI, para ter acompanhamento 24 horas por dia. Após a sua integração, na resposta social de apoio permanente, os idosos não regressam ao seu domicílio, o que conduz a um aumento de custos da Segurança Social (comparticipação financeira da ERPI) e cuidados de saúde. Os cuidados continuados integrados aparecem como uma resposta para resolver um problema e não para prevenir, de forma a diminuir os custos do ISS e do SNS. Neste contexto, podemos dizer que pretendemos perceber e avaliar as necessidades sociais perante as respostas sociais duma IPSS em relação às pessoas idosas.

Com vista à prossecução de objetivos de solidariedade social a Constituição República Portuguesa define no Artigo 72º: “As pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem e superem o isolamento ou a marginalização social. A política de terceira idade engloba medidas de carácter económico, social e cultural tendentes a proporcionar às pessoas idosas oportunidades de realização pessoal, através duma participação ativa na vida da comunidade (DRE, 2005 b)”.

As necessidades humanas consideradas fundamentais para uma vida com dignidade para as pessoas idosas, em Portugal, vão para além da subsistência, ou seja, são também identificadas as necessidades de segurança, de identidade, de afeição, de lazer,

de compreensão e de liberdade, tal como é referido na matriz de Necessidades e Satisfatores de Max-Neef, et al. (1991).

O idoso pode ser condicionado por limitações inerentes à autonomia e pelo contexto onde se insere, no entanto, também pode ser bem-sucedido e ativo. O processo de envelhecimento está ligado à qualidade de vida e a outros processos psicossociais nomeadamente a solidão. Fernandes (2007) indica que fatores como a falta de saúde, redes sociais e capacidades funcionais, provocam sentimentos de solidão, que agravam o estado psicológico e que com a idade tem tendência a aumentar (Fernandes, 2007, 33).

O envelhecimento da população é uma realidade e tem sido alvo de grande preocupação e atenção, pois deparamos cada vez mais com um grande número de pessoas com idades avançadas, com necessidades que vão decorrer e é premente existir várias medidas/respostas sociais adaptadas, de modo a colmatar as respetivas necessidades.

Deste modo, o presente trabalho realizado para a conclusão da unidade curricular do Projeto Aplicado no âmbito do Mestrado em Gestão de Organizações de Economia Social, tem como objetivo principal compreender a gestão da Associação de Assistência e Domiciliária de Alcaravela (AADA), em Santa Clara, freguesia de Alcaravela, concelho de Sardoal nas respostas sociais desenvolvidas, de modo a perceber se a satisfação das necessidades das pessoas idosas estão a ser colmatadas.

Como objetivos específicos deste projeto na AADA, pretendemos: (1) conhecer as necessidades da pessoa idosa, especificamente as dos utentes que estão a frequentar as respostas sociais da IPSS em estudo; (2) definir as medidas de política social, nomeadamente as respostas sociais para as pessoas idosas; e, (3) caracterizar a Associação de Assistência e Domiciliária de Alcaravela. O presente documento está estruturado em cinco capítulos. O primeiro capítulo pretende apresentar o constructo central e os objetivos deste trabalho. O segundo capítulo é definido por um enquadramento técnico-legal das necessidades sociais e das respostas sociais. O terceiro capítulo pretende caracterizar a Associação de Assistência e Domiciliária de Alcaravela e o quarto capítulo dá a conhecer as respostas sociais da IPSS mencionada anteriormente. Por fim, o capítulo cinco explana os Stakeholders internos e externos da AADA.

2. NECESSIDADES SOCIAIS E RESPOSTAS SOCIAIS: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1. Conceito de IPSS

As Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) são Instituições sem fins lucrativos, por iniciativa de particulares, que procuram dar resposta a situações de emergência social e a outros cidadãos com mais necessidades. As IPSS não podem ser administradas pelo Estado ou por outro organismo público. A sua missão é prestar serviços com vista a melhorar a qualidade de vida de todos os cidadãos, nas seguintes áreas:

- a) Apoio a crianças e jovens;
- b) Apoio à família;
- c) Apoio à integração social e comunitária;
- d) Proteção dos cidadãos na velhice e na invalidez e em todas as situações de falta ou diminuição de meios de subsistência ou de capacidade para o trabalho;
- e) Promoção e proteção da saúde, nomeadamente através de cuidados de medicina preventiva, curativa e de reabilitação;
- f) Educação e formação profissional dos cidadãos;
- g) Resolução dos problemas da população.

As IPSS atuam ao nível do desenvolvimento local, de forma direta, pela procura das necessidades sociais não satisfeitas, e pelo desenvolvimento das condições de empregabilidade com vista à promoção da participação da comunidade (formação e/ou inserção profissional), (Gavino, 2014, 45). De acordo, com o artigo 1.º do Estatuto das Instituições Particulares de Solidariedade Social (EIPSS) aprovados ao abrigo do Decreto n.º 119/83, de 25 de fevereiro, são IPSS constituídas por particulares, sem fins lucrativos. De acordo com Sousa, Sónia et al:7, são uma realidade multiseccular na sociedade portuguesa, onde já se encontram dispersadas pelo nosso país. Foram aumentando a sua atividade de prestação de serviços diferenciados de acordo com as necessidades dos clientes/utentes, com uma relação de proximidade à população e de cooperação com o Estado, regulados por este e em compensação apoia financeiramente através da comparticipação financeira, após a celebração dos Acordos de Cooperação. A principal atividade das IPSS é providenciar o acesso a bens e serviços de apoio social a pessoas

que não têm capacidade de pagar por um valor que cubra o respetivo custo (Mendes, 2016, 12). Estes serviços não apenas podem assegurar os apoios materiais mais básicos como oportunidades de participação e enriquecimento da vida pessoal e relacional, direitos essenciais para a qualidade de vida (Ribeirinho, 2012, 281).

As IPSS requerem cooperação e interligação entre os vários sectores como a segurança social, saúde, educação, formação e profissional e habitação, salvaguardando o espaço próprio das Instituições numa forma mais sustentável que garante as condições necessárias à concessão de bens e prestação de serviços, e em simultâneo possam responder às necessidades solicitadas pelos utentes (ISS, 2010).

2.2. Legislação das IPSS em Portugal

Desde os primórdios que as necessidades da população em Portugal, em relação à assistência social, deram origem a muitas iniciativas. No final do séc. XV, existiam quatro tipos de estabelecimentos de assistencialismo: albergarias, mercearias, hospitais e grafarias ou leprosarias (geridas pelas Misericórdias). A partir do século XVII, a solidariedade começa a ser vista não só pelo sentido religioso da caridade, mas como um dever social do Estado e da sociedade civil (Viccari, 2008, 13).

O termo IPSS surge pela primeira vez na Constituição da República Portuguesa em 1976, no artigo n.º 63, que refere que “O Estado apoia e fiscaliza, nos termos da lei, a atividade e o funcionamento das instituições particulares de solidariedade social e de outras de reconhecido interesse público sem carácter lucrativo, com vista à prossecução de objetivos de solidariedade social” (DRE, 2005 c).

A IPSS foi regulamentada em 1979, com o estatuto aprovado ao abrigo das disposições constitucionais previstas pelo Decreto-Lei n.º 519-G2/79, de 29 de Dezembro, que se aplica a todas as instituições com fins de segurança social e abrange todas as formas destas instituições (Sociedade Social de Solidariedade - Antiga Sociedade de Socorro e Caridade, Associações de Voluntariado de Ação Social, Fundações de Solidariedade Social, Misericórdias, Associações de Ajuda Mútua e Cooperativas de Solidariedade Social) e as suas formas de agrupamento (sindicatos, federações e federações, constituídos através de um conjunto de entidades solidárias).

Mais tarde, o diploma de 1983 visou o alargamento dos objetivos característicos das IPSS, nomeadamente, a prestação de serviços de "promoção e proteção da saúde,

educação e formação e problemas habitacionais" (art.1º). As cooperativas solidárias estão excluídas deste diploma e só foram legalmente promulgadas em 1996 (Lei 72/96). De acordo com o princípio da subsidiariedade é notória no nosso ordenamento jurídico, a repartição de responsabilidades entre o Estado e as IPSS, decorrente do Estado delegar às IPSS como prestadora de serviços de ação social. Neste domínio, os acordos de cooperação com os centros regionais de segurança social, de acordo com a publicação do DL nº 182/2013, de 9 de Outubro, o Despacho Normativo 75/92, de 20 de Maio, recentemente revogado pela Portaria nº 196-A/2015, de 1 de Julho (Oliveira, S.P.R. (2016, 24).

2.3. Medidas de Política Social para as Pessoas Idosas

A política social é um conceito usado para descrever atuações dirigidas à promoção do bem-estar; mas é também, o termo usado para designar o estudo, em termos académicos, dessas atuações. Assim, podemos considerar dois significados para o termo de política social. Um de cariz prático que se entende por um conjunto de medidas políticas públicas com fins sociais, e outro de cariz teórico na qual a política social é entendida como uma disciplina integrante nas ciências sociais (Alcock, 1998 citado por Pereirinha, 2008).

A Assembleia Mundial de Viena, de 1982, foi o primeiro fórum global intergovernamental com foco no envelhecimento populacional, que aprovou um plano de ação internacional, cujo principal objetivo era garantir a segurança económica e social da população idosa e a identificação de oportunidades para a integração da população idosa no processo de desenvolvimentos dos países.

Este plano estava dividido em duas partes: por um lado, considerações gerais sobre a política social e, por outro lado, propostas de ação específicas. Nas considerações gerais da política social, três aspetos fundamentais são destacados: promover o papel cada vez mais ativo da população idosa na sociedade; preparar os indivíduos para a reforma e os papéis que devem desempenhar; e, finalmente, através da participação na vida comunitária e da formação contínua e outros formas de proporcionar oportunidades de realização pessoal (Brandão, 2013, 12).

A nível europeu surgiu, em 1992, a “Carta Europeia dos Idosos” na qual se definem e clarificam os seus direitos específicos:

- Direito a rendimentos mínimos garantidos que permitam uma vida digna;
- Direito a escolher o local de residência e o dever, por parte da sociedade, de garantir os serviços sociais necessários para o exercício desse direito;
- Direito à saúde mental e física, a medidas de prevenção, de reabilitação e de proteção legal em caso de tratamento;
- Direito a um quadro de vida adequado e a um sistema de transportes públicos adaptados às suas necessidades;
- Direito a um meio ambiente que garanta a segurança e a saúde das pessoas;
- Direito ao ócio, à formação; ao aperfeiçoamento, à cultura, à prática de atividades físicas e desportivas complementares;
- Direito a uma informação completa e eficaz;
- Direito a uma cidadania responsável e à participação nas decisões coletivas mediante uma representação eficaz nos órgãos competentes.

As medidas de políticas sociais são concedidas pelo Sistema da Segurança Social sob a forma de prestações financeiras, pensões, complementos ou subsídios velhice, repostas sociais, programas, medidas, produtos e/ ou serviços, para pessoas idosas ou dependentes, enquadrados nos regimes contributivos e não contributivos, os riscos de dependência, invalidez e reforma. Em relação a outras prestações elas podem ser por:

- Complemento de dependência de 1º grau e 2º grau aos pensionistas e não pensionistas dos regimes da Segurança Social;
- Subsídio por assistência à terceira pessoa que pode ser crianças ou adultos;
- Pensão de Invalidez que é atribuído às pessoas com incapacidade permanentemente para o trabalho;
- Proteção especial na invalidez destinada às pessoas que se encontram em situação de invalidez originada por: paramiloidose familiar, doença de Machado -Joseph (DMJ), sida (vírus da imunodeficiência humana, HIV), esclerose múltipla, doença de foro oncológico, esclerose lateral amiotrófica (ELA), doença de Parkinson (DP) e doença de Alzheimer (DA);
- Reforma, pensão de velhice dirigida às pessoas com 66 ou mais anos de idade e tenham pago contribuições para a Segurança Social durante pelo menos 15 anos;

- Pensão social de velhice dirigida às pessoas com 66 ou mais anos de idade, com baixos rendimentos, que não tenham direito à pensão de velhice;
- Complemento solidário para idosos, apoio em dinheiro pago mensalmente aos idosos com baixos recursos com mais de 66 anos e residentes em Portugal;
- Certificados de reforma é um regime complementar de adesão individual e voluntária, que permite efetuar contribuições adicionais ao longo da vida ativa do aderente, que serão capitalizados numa conta em seu nome e convertidos em certificados de reforma;
- Morte Subsídio de funeral, prestação atribuída de uma só vez, para compensar o requerente do subsídio das despesas efetuadas com o funeral de qualquer membro do seu agregado familiar ou de qualquer outra pessoa, incluindo os nascituros, desde que residente em território nacional;
- Reembolso de despesas de funeral, prestação atribuída de uma só vez, para compensar o requerente das despesas efetuadas com o funeral do beneficiário do regime geral de segurança social, quando não existirem familiares com direito ao subsídio por morte;
- Pensão de viuvez, prestação atribuída mensalmente ao viúvo ou pessoa que vivia em situação de união de facto com o pensionista de pensão social;
- Pensão de sobrevivência, prestação atribuída mensalmente, que se destina a compensar os familiares do beneficiário da perda de rendimentos de trabalho resultante da morte deste;
- Subsídio por morte, prestação atribuída de uma só vez, aos familiares do beneficiário, que se destina a compensar o acréscimo de encargos decorrentes da morte deste, com o objetivo de facilitar a reorganização da vida familiar.

A estrutura da organização portuguesa traduziu-se na preocupação em fazer envolver todos os agentes relevantes que, num quadro de compromisso duradouro e estrutural, foram chamados a gerar as mudanças necessárias para enfrentar os desafios do envelhecimento (Brandão, 2013, 14).

2.3.1. Quais são as necessidades sociais das pessoas idosas?

A identificação das necessidades e das formas de satisfação das mesmas podem variar de acordo com os contextos e as características de cada indivíduo. Poderão até surgir discrepâncias quanto à extensão do conceito, raramente à sua compreensão. Por exemplo, haverá quem considere hoje em dia, ter um telemóvel uma necessidade. Mas, por outro lado haverá alguém que diga que não precisa dele e não lhe sinta de todo a sua falta (Rosa, Joaquim, 2009, 2). É fácil identificar um conjunto de necessidades essenciais, tais como: alimentação, vestuário, segurança, saúde, habitação e mobilidade. Contudo, é difícil definir o conteúdo de cada uma destas componentes do nível de vida, e ainda mais difícil é estabelecer entre si uma ordem de prioridades (Silva, 1985,17). Será que os idosos vão ter direito a ter recursos suficientes que lhes permita satisfazer as necessidades de forma adequada? Identificação das diferentes necessidades e a forma de satisfação das mesmas pode ser privada de material por insuficiência de recursos económicos.

Tal como podemos verificar através dos utentes da AADA, percebemos que as necessidades dos idosos têm especificidades de satisfação, decorrentes do processo de envelhecimento humano e pelos bens económicos (baixas pensões de reforma). Um dos aspetos mais relevantes no processo do envelhecimento é se a pessoa idosa possui ou não capacidade, de per si, para satisfazer as suas necessidades a desenvolver no dia a dia.

De acordo com MP Lawton e EM Brody (1969), essas atividades são conhecidas como atividades da vida diária (AVD) e subdividem-se em: a) atividades básicas da vida diária (ABVD) que estão relacionadas com o cuidado do próprio corpo: banho/duche, cuidado pessoal e higiene íntima, controlo de esfíncteres, vestir-se, comer, mobilidade funcional, dormir/descansar; b) atividades instrumentais da vida diária (AIVD) que estão relacionadas com o meio no qual se vive, e geralmente são atividades mais complexas, estas podem ser opcionais pois podem ser desenvolvidas por outras pessoas: preparar as refeições, fazer a higiene da casa, tratar da roupa, fazer compras, usar o telefone e outros aparelhos de comunicação, administrar a sua medicação e usar o transporte público ou conduzir o seu próprio transporte. Entende-se então que a limitação ou a não realização dessas atividades, pressupõe uma incapacidade funcional do idoso.

Com o objetivo de identificar as necessidades e as expectativas dos utentes da Instituição em estudo foi realizado um inquérito por entrevista a 8 idosos, para perceber como são percecionados esses bens e serviços desenvolvidos nas respostas sociais e se os mesmos satisfazem adequadamente às suas necessidades.

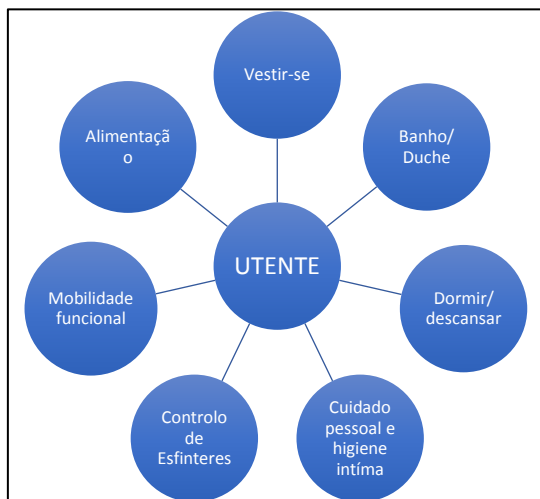


Figura nº 1 - Atividades Básicas da vida diária

Fonte: Elaboração do próprio



Figura nº2 – Atividades Instrumentais da vida diária

Fonte: Elaboração do próprio

Segundo os autores Doyal e Gough (1991) definiram necessidades básicas humanas como a saúde física e a autonomia, e esta última é uma necessidade universal e um direito humano que é essencial para o seu bem-estar. A maioria da população idosa apresenta uma necessidade fundamental de autonomia e muitos deles necessitam de mais apoios financeiros para desenvolver e ajudar a recuperar a sua autonomia e funcionalidade, tal como a dos cuidadores informais e formais. Quando nos referimos aos cuidadores informais são a família, os vizinhos, enquanto que, os cuidadores formais são aqueles que trabalham em instituições e outras entidades.

A avaliação funcional determinará o grau de dependência da pessoa idosa e os tipos de cuidados que vão ser necessários, além de, como e por quem os mesmos poderão ser apropriadamente realizados. Espera-se que essa ajuda venha das famílias e/ou das instituições, ao longo dos anos tem-se vindo a assistir a uma notável evolução dos equipamentos sociais, quer do conceito propriamente dito, passando pelo espaço físico que tem vindo a ser adaptado para pessoas com mobilidade reduzida, tecnologias ao serviço do idoso e há uma grande preocupação, por parte dos técnicos e dos dirigentes recrutar alguns dos recursos humanos com especialização em várias áreas, para que os

cuidados sejam mais eficazes, tudo ao encontro das especificidades e carências de cada indivíduo. O estudo de Guerra et al. (2010) representa um importante contributo para o conhecimento das necessidades de diversos grupos sociais, entre as quais os idosos. Uma das mais conhecidas classificações das necessidades foi elaborada por Abraham Maslow, na sua teoria da motivação humana, sendo identificados cinco níveis de necessidades: 1) Necessidades Fisiológicas; 2) Necessidades de Segurança; 3) Necessidades Sociais; e, 4) Necessidades de Autorrealização.

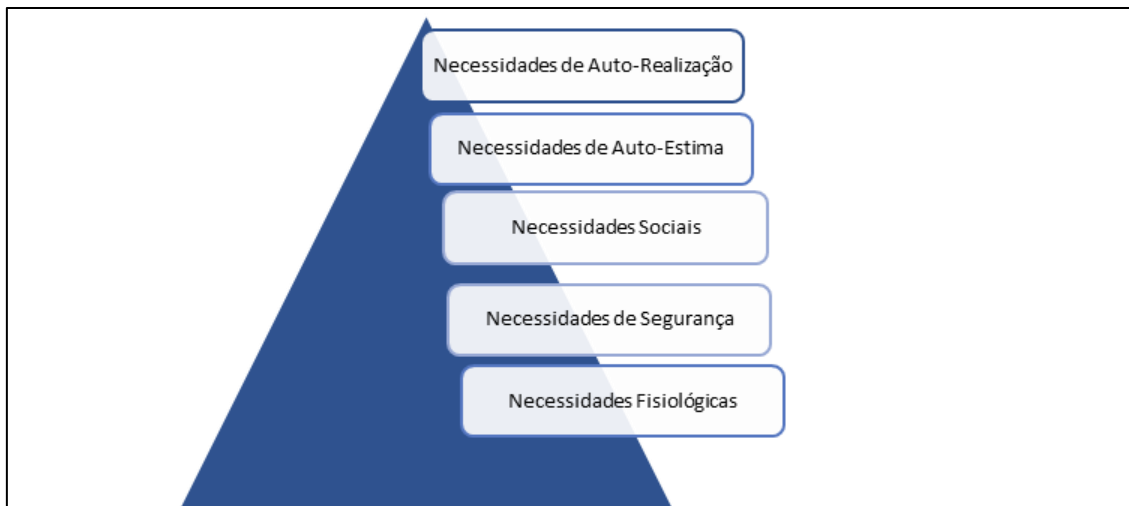


Figura nº 3. Níveis de necessidade - Fonte: Elaboração do próprio

Estes níveis estão separados em dois grupos: necessidades primárias e necessidades secundárias. As necessidades primárias estão englobadas com as necessidades fisiológicas e de segurança enquanto que as necessidades secundárias estão com as necessidades sociais, as necessidades de autoestima e as necessidades de autorrealização. As necessidades fisiológicas são consideradas as necessidades mais básicas, mas de vital importância para a sobrevivência do ser humano (alimentação, vestuário, sono, repouso e abrigo). As necessidades de segurança dizem respeito à proteção contra ameaças e riscos à integridade física e à sobrevivência. As necessidades sociais centram-se nas necessidades de associação, de participação por parte dos seus pares, de troca de amizade, de afeto e de amor (família, grupo de amigos, entre outros). As necessidades de autoestima referem-se à maneira pela qual a pessoa se vê e se avalia perante os outros. É a necessidade de se sentir digno, reconhecido, respeitado, aprovado socialmente. Por último, as necessidades de autorrealização estão relacionadas com a autonomia, independência e autocontrolo. Está ligada ao crescimento pessoal, aceitação de desafios e autonomia desenvolvendo o que a pessoa é capaz de ser ou fazer pelo seu

mérito (Maslow, 1943). Pode dizer-se que a satisfação das necessidades sociais entre as quais se destacam as necessidades do amor, afetividade, autonomia, liberdade, autoestima e autorrealização, são particularmente importantes para retardar o processo de envelhecimento e previne para que este se converta em patológico. Daí que a satisfação das necessidades sociais tenha um papel muito importante e responsável pela melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas.

Brage (1999, 277, citado in Pinto et al, 2010) afirma que “todas as necessidades humanas são necessidades sociais”. E recusa a ideia de que as necessidades sejam consideradas desejos ou vontades individuais.

Apesar dos cuidados aos mais dependentes estarem largamente institucionalizados, as respostas sociais não são suficientes e, por isso, continua-se a apelar à responsabilização das famílias pelos seus elementos mais vulneráveis (Carvalho M.I.,2012). O reconhecimento da importância dos laços familiares para o bem-estar individual, o papel da família na prestação de cuidados aos idosos dependentes tem sido revalorizado e reequacionado (Pimentel, 2008, 3).

No entanto, cuidar de um idoso dependente é uma missão árdua que envolve compromisso e dedicação e, por isso mesmo, não podemos remetê-la para a invisibilidade da esfera privada, como uma função sem relevância social (Pimentel, 2008,13). A falta de cuidados adequados, associada à escassez de meios e serviços técnicos especializados para as diferentes necessidades da população idosa, resulta num aumento de sobrecarga para os cuidadores informais existindo uma necessidade de o Estado intervir (Gonçalves, 2006, 4).

2.3.2. Respostas Sociais para as Pessoas Idosas

Segundo a Direção Geral da Saúde (DGS) em 2004, o envelhecimento é um desafio, na medida em que a qualidade de vida deve permanecer o mais tempo possível, na sua vida, para tal é desejável que mantenha comportamentos saudáveis e participação ativa na sociedade. Isto implica uma ação integrada em mudanças de comportamentos e atitudes da população em geral, assim como a formação dos profissionais de saúde e outros na área da intervenção social. A realidade mostra que há um número considerável de pessoas idosas que não encontram a resposta adequada às suas necessidades e exigências. Na ausência desta resposta, a pessoa idosa necessita de apoio, empenho e competência das

respostas sociais para que se desenvolva sem limitações dos seus direitos fundamentais de identidade e de autonomia (Geraldos, 2013, 34). As respostas sociais têm evoluído de forma positiva e nos finais dos anos 60, surgem os primeiros centros de dia (CD) e os centros de convívio (CC) mais vocacionados para animação e lazer dos idosos. Mais tarde, surgiu a necessidade de prestar os serviços de CD no domicílio do utente, que foi designado por Serviço de Apoio Domiciliário (SAD). As respostas sociais foram construídas para responder ao modo do desenvolvimento social industrial e por conseguinte os problemas que dela decorreram (Fernandes, 1997, 106).

Em 1986, Portugal entrou na União Europeia, e mais tarde em 1994, verificou-se mais apoio diversificado na prestação de cuidados, com a designação de prestação de cuidados integrados, a nível de saúde e apoio social. Algumas destas respostas destinavam-se a melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas e/ou em situação de dependência e as suas famílias. Em 2006, foi criada a primeira rede continuada de cuidados integrados (RCCI) desenvolvida com o Ministério da Saúde e da Segurança Social que assenta num desenvolvimento de um sistema de proteção em cuidados de reabilitação de curta duração, média duração e de longa duração, assim como os cuidados domiciliários e cuidados paliativos. Atendendo à procura da satisfação da qualidade de vida da pessoa idosa foram desenvolvidos vários programas para a promoção e desenvolvimento dos equipamentos sociais, de que são exemplo: o Programa de Alargamento da Rede de Equipamentos Sociais (PARES), o Programa de Apoio ao Investimento em Equipamentos Sociais (PAIES) e mais recentemente o Programa de Celebração ou Alargamento de Acordos de Cooperação para o Desenvolvimento de Respostas Sociais (PROCOOP).

Assim, podemos identificar 10 tipos de respostas sociais dirigidas à população idosa, que podem ser administradas no domicílio ou em equipamento:

- Serviço de apoio domiciliário;
- Centro de convívio;
- Centro de dia;
- Centro de noite;
- Acolhimento familiar;
- Estruturas residenciais;
- Centro de férias e lazer;
- Sistema de alerta integrado;

- Sistema de atribuição produtos de apoio (SAPA);
- Rede social.

2.3.2.1. Serviço de Apoio Domiciliário

O Serviço de Apoio Domiciliário é uma resposta social que 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, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e ou a realização das atividades instrumentais da vida diária, nem disponham de apoio familiar para o efeito. O SAD é regulamentado, a nível Estatal, através do Portaria n.º 38/2013, de 30 de janeiro, o apoio social prestado pelo profissional deverá privilegiar a abordagem psicossocial e ocupacional, envolvendo as famílias e outros cuidadores informais, tendo em vista a manutenção dos idosos dependentes e/ou deficientes no seu contexto sócio familiar garantindo a continuidade da vida familiar.

O SAD é estabelecido pelo Despacho conjunto nº 407, em 1998, vem enunciar as respostas sociais e criar condições que possam articular a ação social e a saúde dirigidas às pessoas em situação de dependência, de modo a responder às necessidades que apresentam em função da dependência e dos contextos socio económicos familiares onde se inserem. Neste sentido, o SAD deve proporcionar um conjunto de diversificados de serviços em função das necessidades e expectativas das pessoas, nomeadamente:

- Cuidados de higiene pessoal e conforto;
- Distribuição das refeições ao domicílio;
- Tratamento de roupas (entrega e recolha);
- Higiene Habitacional (manutenção de arrumos e limpeza da casa estritamente necessária ao utente);
- Colaboração na prestação de cuidados de saúde sob a supervisão de pessoal qualificado;
- Disponibilização de informação para ter acesso a serviços da comunidade adequados à satisfação de outras necessidades, tais como compras ou medicamentos da farmácia.

O SAD é um serviço de prestação de cuidados humanizados, multidisciplinar, vocacionado para a promoção do autocuidado do utente, envolvendo os familiares e

outros prestadores cuidadores informais, tais como os vizinhos, voluntários e amigos numa perspetiva de desenvolver um envelhecimento ativo e saudável durante a frequência da resposta social. De acordo com os dados da Carta Social de 2021, o SAD é uma das respostas que está cada vez mais em desenvolvimento, o que reflete em mais de 112. 272 lugares para a capacidade de respostas aos indivíduos em situação de dependência, garantido a satisfação das necessidades básicas, permanecendo em seu domicílio.

2.3.2.2. Centro de Convívio

Os centros de convívio são uma resposta social para idosos que consiste num apoio para idosos através de atividades sociais e recreativas e culturais, organizadas e dinamizadas com participação ativa das pessoas idosas, residentes na comunidade. No centro de convívio os idosos convivem uns com os outros, garantindo a satisfação das necessidades humanas básicas e o acompanhamento terapêutico, organizando e motivando alguns interesses e desenvolver outras capacidades. Neste sentido, os objetivos desta resposta social são sobretudo:

- Prevenção do isolamento social e geográfico;
- Incentivar a participação e inclusão dos indivíduos na vida social local;
- Fomentar as relações interpessoais;
- Contribuir para o retardamento da institucionalização do idoso.

2.3.2.3. Centro de Dia

O Centro de Dia é uma resposta social que presta um conjunto de serviços que contribuem para a sua manutenção do meio social e familiar, das pessoas que tem 65 ou mais anos, que necessitam dos serviços para satisfazer as suas atividades da vida diária. Elaborado pela Direção Geral de Ação Social (DGAS), o Guião Técnico do Centro de Dia foi aprovado em 29 de novembro de 1996. O Centro de Dia proporciona ao idoso durante o dia a satisfação das necessidades básicas pessoais, terapêuticas, sociais e atividades de animação, contribuindo para manutenção do idoso no seu meio familiar. Os Centros de Dia são uma das alternativas para acompanhar os idosos num processo de recuperação e prestar todos os cuidados necessários, de modo a evitar a necessidade de internamento. O utente é avaliado pela Técnica da Instituição e perante as suas necessidades e expectativas, é elaborado um plano de cuidados personalizados que estabelece algumas

atividades que premeiam a prevenção, estimulação e manutenção das capacidades físicas, mentais e cognitivas com vista à sua autonomia e qualidade de vida.

Os Serviços Prestados no Centro de Dia são:

- Alimentação;
- Transporte nas deslocações do domicílio à Instituição e vice-versa;
- Acompanhamento ao exterior para consultas e outros tratamentos;
- Convívio e participação em atividades lúdicas, culturais e desportivas;
- Prestar cuidados de higiene pessoal adequados à satisfação das necessidades do utente;
- Prevenir situações de dependência e promover a autonomia do utente;
- Contribuir para retardar ou evitar a institucionalização do idoso, num apoio permanente.

O Centro de Dia é um espaço que acolhe os idosos, durante o dia promovendo a qualidade de vida dos utentes através de atividades de ocupação e de lazer adequados à condição dos utentes, promovendo estratégias de desenvolvimento de autoestima, de autonomia, da funcionalidade e da independência pessoal e social do utente.

2.3.2.4. Centro de Noite

O Centro de Noite vem manter a possibilidade de manter os idosos no seu meio habitual de vida, principalmente para a queles que se encontram em situação de isolamento, solidão ou insegurança. É uma resposta social que funciona em equipamento noturno e acolhe as pessoas idosas só durante a noite por vivenciarem situações de insegurança e isolamento, pois durante o dia permanecem no seu domicílio.

Constituem os seguintes objetivos:

- Assegurar o bem-estar e segurança dos utentes durante a permanência da resposta;
- Acolher durante a noite pessoas idosas com autonomia;
- Fomentar a permanência do idoso na sua comunidade.

O Centro de Noite estabelece as condições de instalação e funcionamento dos estabelecimentos de apoio social, Portaria n.º 96/2013, de 4 de Março. O Ministério da

Solidariedade e Segurança Social estabeleceu condições de instalação e funcionamento que se adequa às necessidades dos idosos e envolvimento da comunidade. Podemos dizer que é uma das alternativas para retardar a institucionalização do idoso, pois manifesta ainda vontade de se manterem em domicílio durante o dia. O Centro de Noite tem por objetivo o apoio eventual e temporário que permite ao utente, menos solidão, mais segurança, principalmente pela incapacidade em lidar com situações tais como a morte do conjugue ou de outro familiar com quem habitava.

2.3.2.5.Acolhimento Familiar

O acolhimento familiar é uma das medidas políticas social que tem por base integrar, temporariamente ou permanentemente em famílias consideradas idóneas, pessoas idosas (maiores de 60 anos) ou pessoas com deficiência na idade adulta (maiores de 18 anos), de forma a garantir-lhes um ambiente sócio familiar e afetivo de modo a satisfazer as suas necessidades básicas respeitando a sua identidade, privacidade e personalidade. Estas famílias devem atuar quando não há respostas sociais suficientes e eficazes que assegurem o apoio adequado à manutenção da pessoa na sua habitação, ou quando se manifesta a ausência da família do idoso ou do adulto com deficiência em assegurar as condições mínimas para acompanhar.

Assim, podemos definir os seguintes objetivos:

- Garantir à pessoa acolhida na família de acolhimento, um ambiente calmo, social, familiar e afetivo de modo a satisfazer as necessidades básicas e o respeito pela identidade, privacidade e personalidade;
- Evitar ou retardar o internamento permanente em instituições;
- Acolher pessoas idosas que se encontram em situação de dependência ou perda de autonomia, que não tem apoio familiar ou vivem isoladas com falta de segurança.

Segundo a Carta Social de 2021, esta resposta está a ter um aumento significativo, mas é premente que as famílias tenham formação contínua e apoio dum Instituição Particular de Solidariedade Social, para que tenham acompanhamento técnico e privilegiado durante a estadia do idoso ou adulto com deficiência. As famílias têm direito a receber mensalmente um subsídio correspondente à comparticipação das despesas extraordinárias relativas às despesas de saúde e aos serviços prestados pela pessoa acolhida.

2.3.2.6. Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas

As Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas são uma resposta social que se destina a pessoas idosas com mais de 65 anos em situação de risco ou perda de autonomia das suas funcionalidades, em regime de internamento com vista à promoção da qualidade de vida e um envelhecimento ativo e saudável, de acordo com o estado de saúde físico e psicológico do residente.

De acordo com a Portaria nº 67/2012 de 21 de março, a Estrutura Residencial para Pessoas Idosas detém como princípios fundamentais de atuação, os princípios de qualidade de eficiência, humanização e respeito pela individualidade. Neste sentido, a organização, não pode centrar-se em si própria, devendo-se abrir à comunidade e criar mecanismos de interação com esta, para que a definem como única no serviço que presta.

- Manter uma rotina regular quantos aos hábitos e horários diários;
- Verificar com regularidade a segurança dos residentes;
- Na Higiene Pessoal, apresentação diária dos residentes deve ser cuidada e sempre que possível encorajar os residentes a cuidarem do seu aspeto;
- Não descuidar da ingestão de líquidos e sólidos;
- Tratamento de roupas com a responsabilidade de vestir ao residente a sua roupa previamente identificada;
- Ter cuidados de enfermagem, bem como acesso a serviços de saúde;
- Ajudar os residentes a serem tão independentes quanto possível;
- Proporcionar exercícios e atividades regulares tais como de animação, sócio culturais, lúdico recreativas para a estimulação e manutenção das suas capacidades físicas e psíquicas;
- Mantê-los em contacto com amigos e família;
- Promover consultas médicas periódicas mesmo que não surgem problemas novos.

As Estruturas Residenciais Para Pessoas Idosas é um tipo específico de casa com características e formas de organização próprias. Os seus elementos e as suas características não são apenas os que nela residem, mas todos os que contribuem para a sua existência e desenvolvimento, ou seja, os colaboradores, os voluntários, os corpos sociais, os familiares e amigos dos residentes, entre outros. A especificidade das estruturas residenciais faz com que a sua organização interna tenha de ser mutável e

adaptativa. Tendo sempre o residente como o centro da sua ação, respondendo sempre que possível às suas necessidades, respeitando a sua individualidade e ser cuidado com interesse na sua relação afetiva e não como efetiva prestação de serviços.

2.3.2.7. Centro de Férias e Lazer

Centro de Férias e Lazer é uma resposta social destinada a todas as pessoas da população e à família para satisfazer as necessidades de lazer e descanso e da rotina, fulcral para a estabilidade física, emocional e psicológica dos seus utilizadores/beneficiários.

De acordo com o Instituto da Segurança Social, são considerados os seguintes objetivos principais:

- Contactos e vivências com comunidades e espaços diferentes;
- Promoção do desenvolvimento do espírito de interajuda;
- Estadias fora da rotina.

2.3.2.8. Sistema de Alerta Integrado

Sistema de alerta integrado é uma das medidas públicas com vista a responder à realidade preocupante de pessoa idosas que vivem sós, sem retaguarda familiar e social, e que permanecem mortas durante um longo período ou mesmo anos, nas suas próprias casas, a Segurança Social criou um mecanismo de alerta mensal para averiguação das situações em que as pessoas idosas não levantam as prestações sociais/ pensões emitidas por vale de correio.

2.3.2.9. Sistema de Atribuições de Produtos de Apoio (SAPA)

Sistema de Atribuição Produtos de Apoio é uma das medidas públicas que pretendem facilitar o acesso das pessoas com incapacidade aos produtos e equipamentos indispensáveis e necessários à prevenção, compensação ou neutralização das incapacidades e desvantagens resultantes de deficiência e acima de tudo, prosseguir na concretização do objetivo prioritário de reabilitação, integração e participação plena social e profissional.

2.3.2.10. Rede Social

A rede social é um fórum de articulação e congregação de esforços baseado na adesão livre por parte das autarquias e das entidades públicas ou privadas sem fins lucrativos. Tem em vista a erradicação ou atenuação da pobreza e da exclusão e a promoção do desenvolvimento social e, contribuir para a ativação dos meios e agentes de resposta e para a otimização possível dos meios de ação nos locais. É no local que os problemas acontecem e terá de ser lá que deverão ser encontradas soluções para os resolver, de forma integrada e ajustada para o indivíduo ou família, envolvendo todas as entidades que atuam na comunidade. Duma forma articulada, as parcerias existentes no terreno devem unir esforços, para resolver ou encaminhar os problemas individuais ou familiares e certamente é possível ter uma atuação eficaz, contribuindo para o diagnóstico das necessidades locais e o Planeamento do Desenvolvimento Social (PDS), (Sardinha H.M.L.C., 14). De acordo com Carvalho M.I. (2012), a sociedade não está preparada para viver mais anos e privilegia a juventude em detrimento da velhice. “ A questão que se coloca é como redimensionar os modelos de intervenção centrados na doença e na dependência e, em alternativa, promover medidas de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem?

As políticas sociais respondiam mais às pessoas que não trabalhavam ou que não podiam trabalhar, nomeadamente os doentes, os inválidos, as crianças e as pessoas mais velhas que já não podiam trabalhar.

3. Associação de Assistência e Domiciliária de Alcaravela

3.1. Breve história da Associação de Assistência e Domiciliária de Alcaravela

O apoio aos idosos está baseado na família e na institucionalização que pode ser pública, privada ou em parceria. No entanto, é perceptível que tudo está condicionado pela pós-modernidade e como exemplo, temos tido a substituição progressiva da família extensa pela família nuclear. Há muitos idosos e casais de idosos que vivem sós pois os seus filhos, emigraram para o litoral do país ou para o estrangeiro.

As Instituições são muito importantes e nós estamos conscientes que é algo garantido nas nossas comunidades. Na verdade, as mesmas só são procuradas quando o

utente/cliente necessita, não sabemos como é que as mesmas operam nem porquê, exceto quando algo corre mal. Na atualidade, todas as sociedades pós-modernas enfrentam a necessidade de desenvolver sistemas de apoio aos idosos, mas tudo depende dos fatores sociais, económicos, culturais e políticos de cada país (Guillemard, 2003).

Verificamos isso nas aldeias e vilas de menor dimensão, do interior do país, que é o caso da freguesia de Alcaravela, concelho de Sardoal.

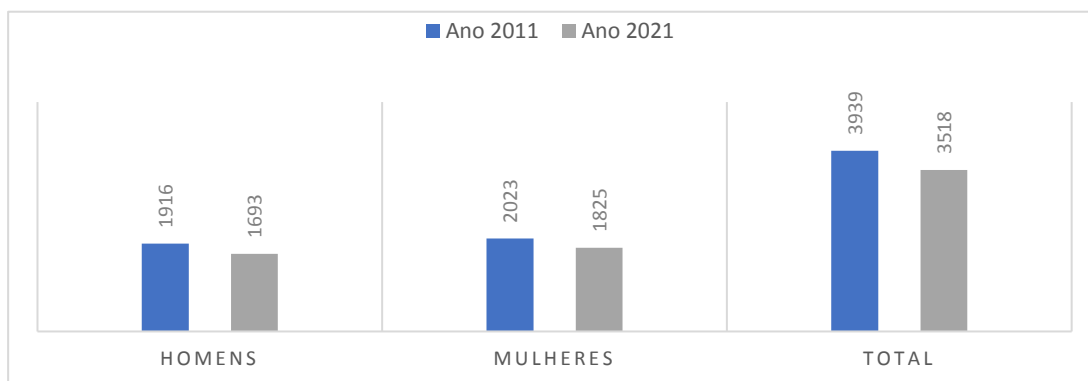


Gráfico n° 1 – População residente no concelho de Sardoal nos anos de 2011 e 2021, Fonte: INE Censos 2021.

Neste gráfico podemos verificar que há uma significativa redução de população residente no concelho de Sardoal e em relação ao género, verificamos que entre 2011 e 2021, 52,82% das pessoas (3939) são mulheres e 47,18% (3518) são homens.

A AADA é uma IPSS, localizada em Santa Clara, Freguesia de Alcaravela, Distrito de Santarém e o seu âmbito de ação abrange o Concelho de Sardoal. A Instituição faz parte das duas IPSS do concelho (Santa Casa da Misericórdia de Sardoal e Associação de Assistência e Domiciliária de Alcaravela) que apoiam os idosos e carenciados no concelho de Sardoal.

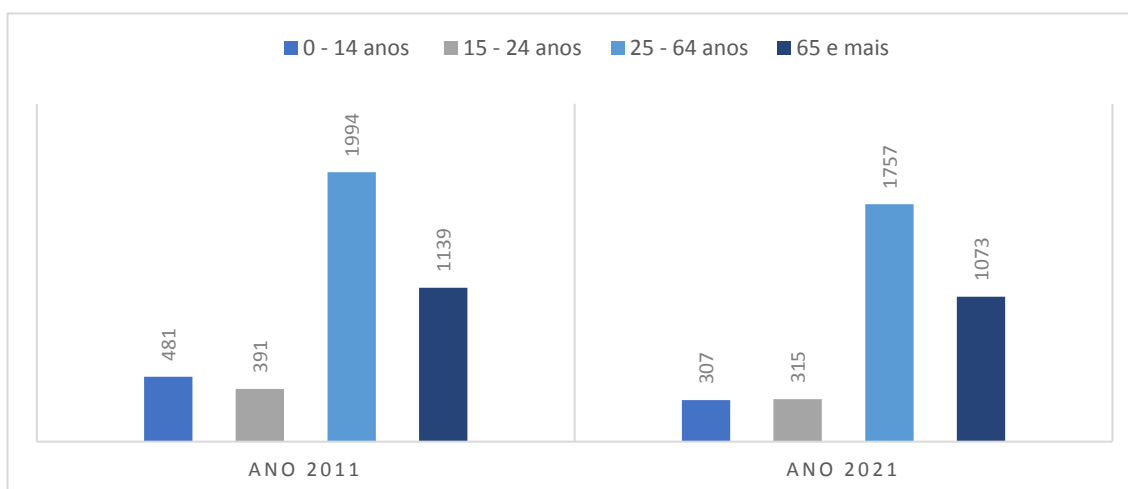


Gráfico n° 2 - População Residente no Concelho de Sardoal, por faixa etária, Fonte: INE Censos 2021.

No que respeita à idade dos residentes a distribuição é a seguinte: os 0 aos 14 anos, temos 481 pessoas no ano de 2011 e 307 pessoas no ano de 2021; dos 15 aos 24 anos, temos 391 pessoas no ano de 2011 e 315 no ano de 2021; dos 25 aos 64 anos, temos 1994 pessoas no ano de 2011 e 1757 no ano de 2021 e por último dos 65 anos e mais temos 1139 pessoas no ano de 2011 e 1073 no ano de 2021.

Está sediada na Rua Campo de Futebol, n.º 34 Santa-Clara, na freguesia de Alcaravela, concelho de Sardoal. O concelho de Sardoal está territorialmente integrado no Distrito de Santarém e faz parte da região Centro e da sub-região Médio Tejo.

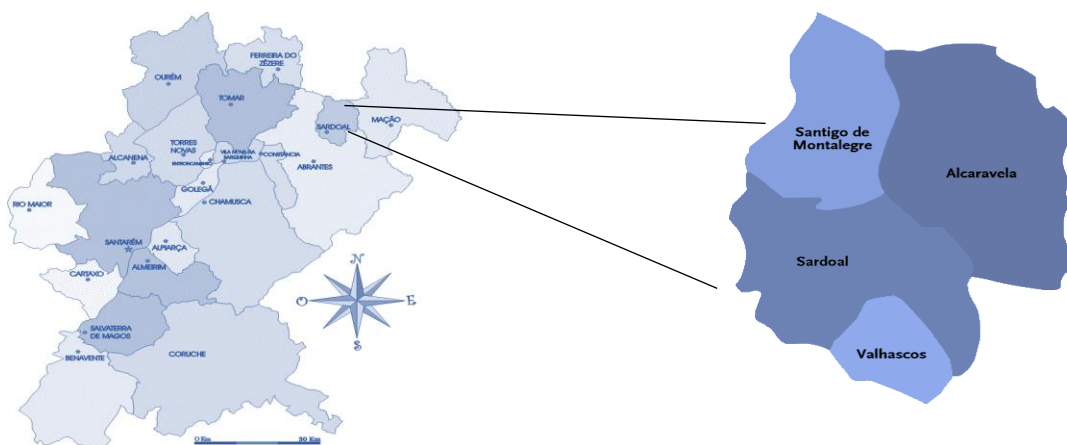


Figura nº4 - Localização do Concelho de Sardoal no Distrito de Santarém, Fonte: Elaboração do Próprio

A AADA é uma IPSS sem fins lucrativos reconhecida como pessoa coletiva de utilidade pública, com o registo lavrado pelo averbamento n.º 8 à inscrição n.º 89/91, a fls.15 verso e 16 do Livro n.º 5 e fls 156 do livro n.º 17 das Associações de Solidariedade Social. Foi constituída por escritura pública outorgada em 28 de abril de 1990. A 27 de maio de 1991 procedeu-se ao registo a título definitivo na Direção Geral da Ação Social e após a aprovação da candidatura feita ao Programa de Investimento e Despesas de Desenvolvimento da Administração Central para um financiamento do investimento da construção da Instituição, a 15 de maio de 2005, foram inauguradas oficialmente as instalações. A partir do dia 1 de junho de 2005, iniciou as suas atividades de apoio social a idosos sem alojamento com as respostas sociais de CD e de SAD, com três utentes em CD e seis utentes em SAD, contando com a colaboração de seis ajudantes de ação direta, uma cozinheira e uma diretora técnica. Em 2006, a Instituição alargou o seu horário do período de funcionamento aos fins de semana e feriados para ambas as respostas sociais, perante algumas morbilidades e necessidades por parte dos seus utentes e das suas

famílias. A Instituição adquiriu uma carrinha de transporte especial para utentes com cadeira de rodas, para responder às necessidades e satisfação dos utentes e das suas famílias. A 17 de junho de 2015 foi disponibilizada a Portaria n.º 179-B/ 2015 que cria a 3ª geração do Programa de Contratos Locais de Desenvolvimento Local (CLDS) e a Instituição ficou como Entidade Coordenadora Local de Parceria (ECLP), com as funções de Coordenar e Executar o projeto com a designação de CLDS 3G “Sardoal – SIM – Solidário, Inclusivo e Moderno”. O projeto iniciou as suas funções a 7 de outubro de 2015 e cessou-as a 6 de outubro de 2018.

Em 2017, a AADA submeteu uma candidatura para um Programa Operacional de Apoio aos Mais Carenciados (POAPMC) que consiste na distribuição mensal de géneros alimentares e/ou bens de primeira necessidade às pessoas com carência económica, como entidade mediadora. Em 2019, a AADA em estreita articulação com o Conselho Local de Ação Social (CLAS) de Sardoal aceitou novamente o convite para dinamizar o CLDS 4G como ECLP e a equipa técnica irá exercer funções até fevereiro de 2023.

Em março de 2021, a AADA deu início a uma nova resposta social, estrutura residencial para pessoas idosas (ERPI) para 10 idosos, aproveitando uma capacidade espacial no PISO -1 para conseguir dar resposta à continuidade dos serviços prestados, de acordo com as necessidades dos utentes de CD ou do SAD. Por fim, a AADA possui algumas ajudas técnicas que tem por objetivo o empréstimo de equipamentos (camas articuladas, cadeira de rodas, andarilho, entre outros) aos sócios da Instituição e outros residentes no concelho, que manifestem necessidades da sua utilização no seu domicílio que por motivos de saúde apresente diminuição da sua autonomia a nível físico e/ou psicológico.

A Associação tem por fins o apoio e a assistência a todas as pessoas necessitadas, nas suas múltiplas vertentes de solidariedade social. Para a concretização dos objetivos a AADA desenvolve como atividades principais a ERPI, o CD, o SAD e secundariamente atividades que tem por fins o Apoio à comunidade e carenciados e o Apoio à Infância e Juventude. A organização e funcionamento dos diversos setores das atividades acima descritas constam nos regulamentos internos separadamente por cada resposta social. Assim, é possível promover uma melhoria da qualidade de vida pois aquando da entrada na velhice torna-se vital o relacionamento com os demais, a valorização pessoal e social, assim como a participação e integração do idoso na comunidade, num grupo e na família, de modo a evitar o sentimento de exclusão.

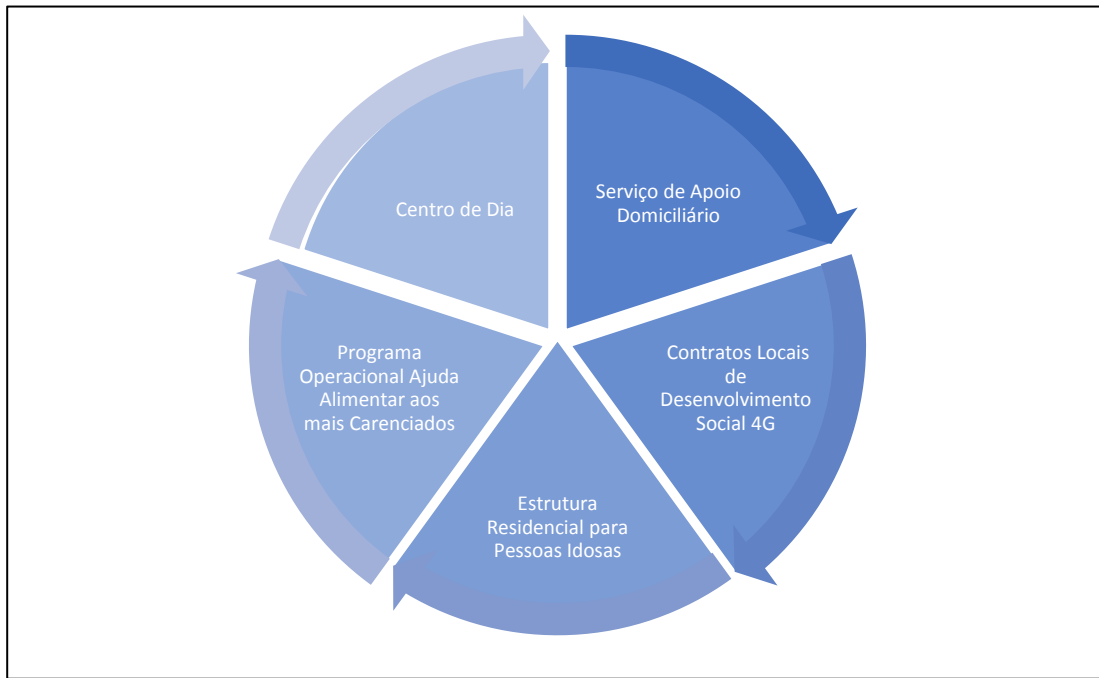


Figura nº 5 - Respostas Sociais desenvolvidas na Instituição, Fonte: Elaboração do Próprio

É através da atuação da AADA pelas respostas sociais desenvolvidas que abrange num total de 46 idosos da Freguesia, com idades compreendidas entre os 48 e os 106 anos de idade, proporcionando-lhes uma melhor qualidade de vida na sua finitude.

RESPOSTA SOCIAL	Nº de Utentes	OUTRAS RESPOSTAS	Nº de Pessoas
Centro de Dia	9	Programa de Ajuda Alimentar aos mais carenciados	28 beneficiários
Serviço de Apoio Domiciliário	27		
Estrutura Residencial para pessoas idosas	10	CLDS 4G – Sardoal SER	Toda a comunidade de Sardoal
Total	46		

Figura nº 6 -Distribuição dos utentes por cada Resposta Social e nas outras respostas desenvolvidas na Instituição, Fonte: Elaboração do Próprio

O impacto da atuação dos utentes inseridos na Instituição é o alvo do trabalho de investigação. O idoso deve conservar-se ativo e inserido na comunidade, pois irá exercer efeitos benéficos e inegáveis a nível físico, mental e social, além de participar ativamente na melhoria da Qualidade de vida. Os serviços prestados pela AADA nas respostas sociais

de CD, SAD e ERPI serão remunerados, de acordo com a situação financeira dos utentes em conformidade com as normas legais aplicáveis e com os acordos de cooperação que sejam celebrados com o Instituto da Segurança Social.

Paralelamente, a Instituição tem desenvolvido outros projetos para a comunidade, nomeadamente a distribuição de alimentos de primeira necessidade para famílias carenciadas em parceria com o Programa Operacional Ajuda Alimentar aos Mais Carenciados, assumindo funções de Entidade Mediadora. Neste projeto são apoiadas 28 pessoas das freguesias de Alcaravela e Santiago Montalegre sinalizadas pelo ISS e/ou pelo Núcleo Executivo de Sardoal. Por último, referimos que a AADA na qualidade de ECLP, assume novamente a coordenação dos Contratos Locais de Desenvolvimento Social 4G (CLDS 4G) que assenta numa forte execução da rede, potenciando as parcerias e fortalecendo a ligação entre as intervenções sociais a desenvolver no Município de Sardoal. O CLDS 4G tem como objetivo a promoção da inclusão dos cidadãos com maiores fragilidades sociais.

A AADA é uma Instituição que desde o início da sua atividade procurou uma solução para os problemas que têm surgido não se focando só no utente em particular, mas sim na comunidade como um todo. Pretende-se que alguma das soluções vão ao encontro das necessidades sociais e ao mesmo tempo não são só boas para os utentes, mas também para a comunidade local.

3.2. Estatutos da Instituição

A 27 de maio de 1991, a Instituição é registada a título definitivo na Direção Geral da Segurança Social sob o n.º 89/91 em conformidade com o disposto do n.º 2 do artigo 7 do Regulamento de Registos das Instituições Particulares de Solidariedade Social, aprovado por Portaria n.º 139/2007, de 29 de janeiro. Atualmente a Instituição tem 728 sócios e os Órgãos Sociais são exercidos em regime de Voluntariado não remunerado. Os Órgãos Diretivos da Instituição contam com 11 Voluntários que são compostos por: Assembleia-geral; Direção e Conselho Fiscal nomeados por mandatos de quatro anos. A Direção tem como responsabilidade gerir o património da Instituição e assegurar a organização e o funcionamento dos serviços de maneira a garantir os direitos dos utentes/beneficiários com o auxílio das receitas que provém dos rendimentos das prestações de serviços, das participações financeiras por parte do Estado, de subsídios, de donativos

em espécie ou numerário e/ou outros rendimentos de iniciativas de angariação de fundos, promovidas pela AADA.

Quanto ao quadro de pessoal, de acordo com os seus estatutos, para colaborar com a AADA, a Direção selecciona as pessoas que partilham e alinham com a missão da AADA, e para atingir os fins a que se propõe atingir. A distinção das Organizações de Economia Social está indelevelmente marcada pelos fins, pela sua missão e pelo reconhecimento da importância que desempenha na comunidade ao nível social.

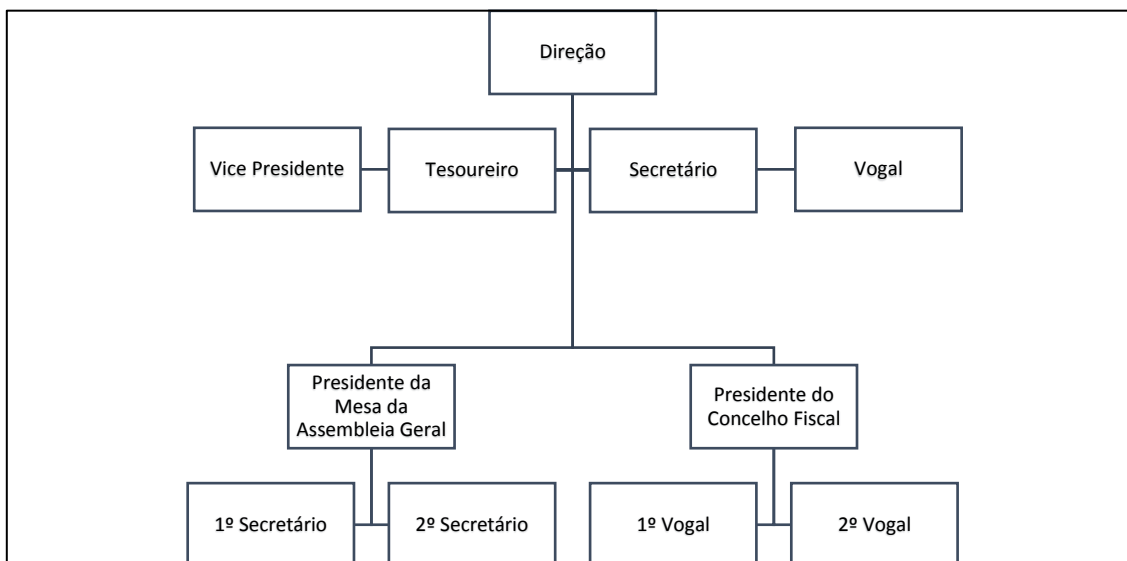


Figura nº 7. Organograma dos Corpos Sociais da AADA, Fonte: Elaboração do Próprio

3.3. Missão, Visão e Valores da AADA

A Missão da AADA é cuidar bem do utente através da procura de excelência em todos os serviços, procurando dar sempre uma resposta rápida, competente e eficaz de acordo com as necessidades e os interesses do utente.

A Visão da AADA é ser uma Instituição de referência pelos serviços prestados demonstrando capacidade de dar resposta às exigentes necessidades dos seus utentes e da comunidade. Deste modo, visa contribuir para uma intervenção social mais abrangente que determina melhores condições de vida e promove o bem-estar das pessoas ao longo da sua vida.

Os Valores da AADA assentam na base do funcionamento e da cultura da Instituição e aponta os seguintes valores: a inclusão como a prestação de serviços com qualidade e proximidade com o utente, envolvendo o voluntariado e a comunidade local; a autonomia valorizando e estimulando as capacidades físicas e psicológicas do utente e, por último o respeito que todos devemos humanizar os serviços dando sempre prioridade

aos utentes e ao seu bem-estar através das atividades desenvolvidas e a desenvolver com o idoso na Instituição, na sua finitude de vida.

4. Respostas Sociais da AADA

4.1. Centro de Dia

O CD é a unidade de apoio social que presta um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção dos utentes/clientes no seu meio familiar. O CD da AADA tem capacidade para 30 utilizadores, onde exerce as atividades operacionais, administrativas e logísticas de acordo com a sua função.

A equipa de trabalho para prestar o serviço aos 9 utentes é composta por: duas ajudantes de ação direta que acumulam funções de motorista; uma auxiliar de serviços gerais; uma cozinheira e uma administrativa que acumula funções de animadora sociocultural com o objetivo de aumentar o bem-estar do idoso. O CD funciona todos os dias da semana incluindo feriados, desde as 09h00 às 18h00 e, é destinado para todas as pessoas com mais de 65 anos, que apresentam uma diminuição da sua autonomia funcional nas atividades básicas e/ou instrumentais da vida diária, na deambulação, alterações leves no comprometimento cognitivo, isolamento e fraca relação familiar. A pessoa ou entidade que solicita os serviços de CD designa-se por cliente e este conceito abrange o idoso e a família ou representante legal. Os utentes de CD demonstram resistência a deixar definitivamente a sua casa ou a família, apesar de alguns se encontrarem em risco devido ao seu grau de dependência e ausência da retaguarda familiar. Na AADA manifestou-se uma vontade de dar sempre uma célere resposta aos idosos de acordo com os seus recursos disponíveis.

Por vezes, há famílias que após a entrada do idoso na Instituição se desresponsabilizam-se, mas, outras mantêm-se muito preocupadas e atentas. Contudo, verifica-se que a AADA funciona como um apoio aos cuidadores informais pois têm uma vida ativa na sociedade e se sentem sobrecarregados. Com a crescente dependência dos utentes, a AADA tem desenvolvido mais serviços diferenciados na área da saúde e menos na área do convívio, ou seja, conta com o apoio dos serviços de enfermagem e de cuidados médicos que estão afetos na resposta social de ERPI. Os serviços são um conjunto de atividades e tarefas prestadas pelo CD, levadas a cabo pelo mesmo, de acordo com as

necessidades e desejos do cliente, sendo que a qualidade dos serviços depende essencialmente dos recursos humanos que lhe estão afetos.

Os idosos devem ter um plano individual com os cuidados a prestar de modo a satisfazer as suas necessidades e retardar a sua institucionalização. No CD, os serviços prestados aos utentes são: acompanhamento das refeições; cuidados de higiene e de conforto pessoal (higiene diária, manicure, pedicure e cabeleireiro); serviços de lavandaria; transporte entre o domicílio e a Instituição com possibilidade de transportar utentes em cadeira de rodas, em viatura adaptada para o efeito; preparação e administração da medicação prescrita; colaboração na prestação de cuidados de saúde, sob a supervisão de pessoal qualificado e acompanhamento aos cuidados de saúde (médico, tratamentos de enfermagem, entre outros) excepcionalmente aquando a família por motivos imprevistos não possibilita o referido acompanhamento.

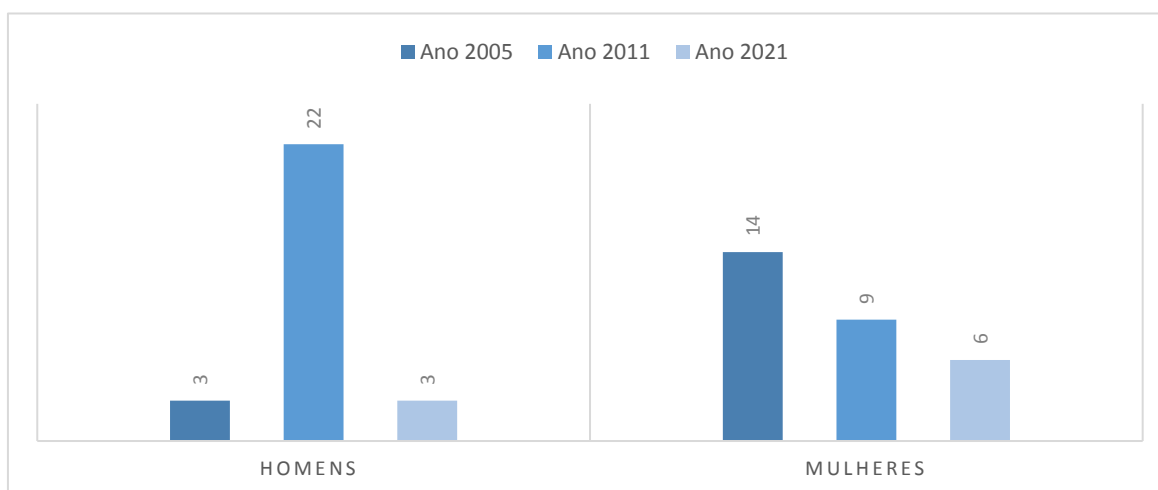


Gráfico n.º 3 – Distribuição de utentes por sexo a frequentar a Resposta Social de Centro de Dia

Como podemos ver no gráfico n.º 3 há mais elementos do sexo feminino do que masculino, o que vai de encontro às estatísticas nacionais, de que as mulheres têm uma maior longevidade que os homens. Relativamente ao número de frequência dos utentes, podemos verificar que a frequência dos mesmos, está longe de atingir a capacidade de AADA, ou seja os 30 utentes. A tendência é para diminuir pois há cada vez menos procura por parte dos familiares, os idosos estão cada vez mais dependentes e apresentam uma média de idades muita elevada, maioritariamente mulheres.

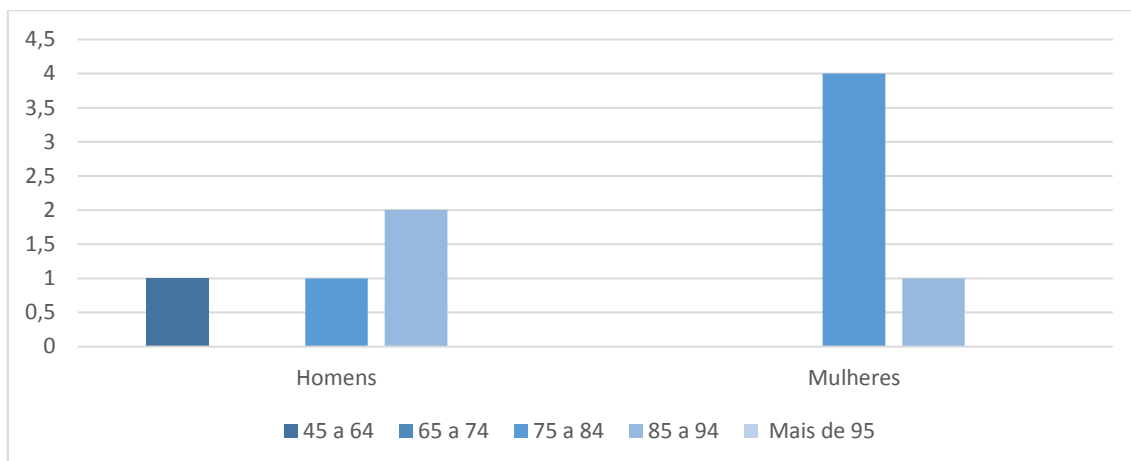


Gráfico nº 4 – Distribuição das idades por sexo dos utentes que frequentam a resposta de Centro de Dia

Os dados acima indicados mostram que no grupo etário dos 45 a 64 anos e dos 75 a 84 anos temos respetivamente só 1 pessoa do sexo masculino. Destaca-se o facto do sexo feminino dos 75 a 84 anos ter o maior número em frequência desta resposta e com 2 pessoas do sexo masculino dos 85 a 94 anos. O total da amostra é constituído por 5 mulheres e 4 homens, que perfaz o total de 9 pessoas.

Os centros de dia são um dos instrumentos criados de apoio à velhice, uma das respostas sociais existentes, que resultam de políticas sociais já definidas. Contudo, podemos verificar que são uma mais valia no aumento do bem-estar das pessoas e da comunidade, no entanto, pelos utentes é mal vista em si, porque encaram a necessidade de recorrer a um centro de dia como um sinal de incapacidade ou perda de mobilidade que em domicílio sentem dificuldades em satisfazer as suas necessidades básicas e instrumentais da vida diária.

Na AADA, é apontada a falta de capacidade financeira para a contratação de técnicos especializados para a promoção de atividades mais diversificadas (na área da reabilitação e na área da animação), que vá ao encontro das necessidades registadas nos processos individuais e nos registos dos serviços no prestados.

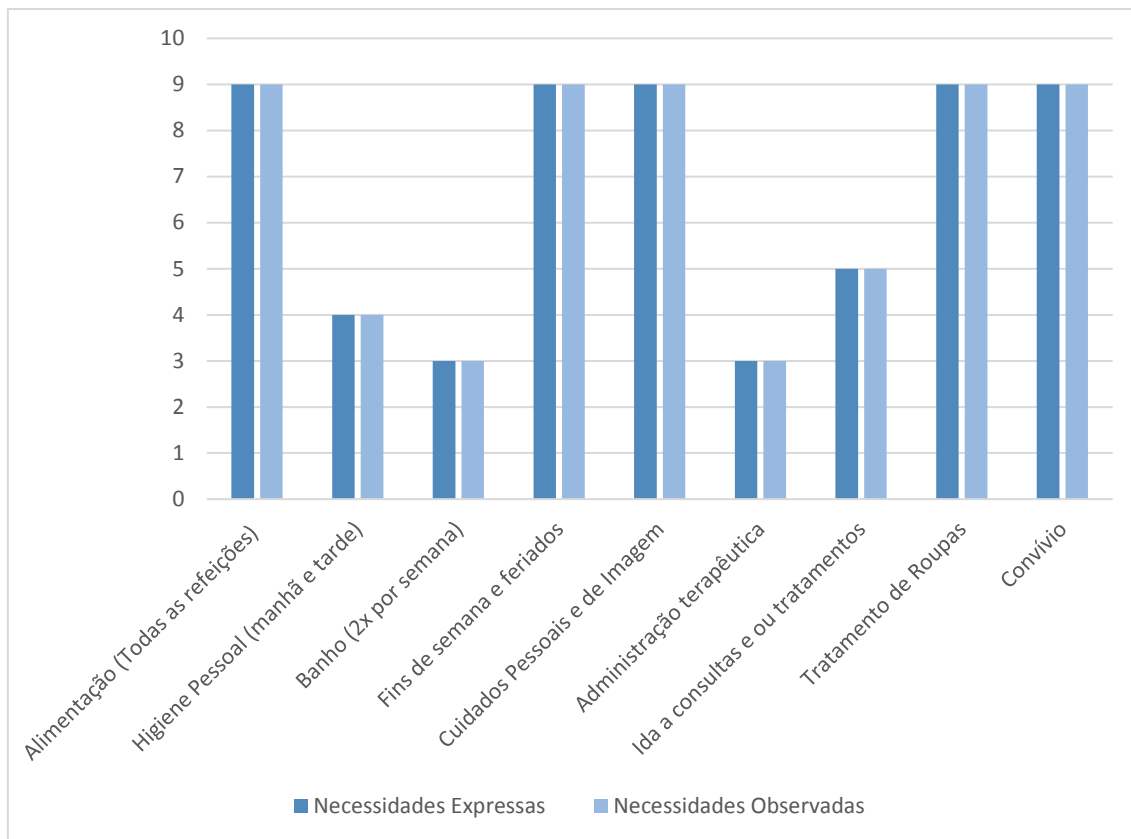


Gráfico n.º 5 Necessidades sentidas pelo utente ou responsável quando procura a resposta de CD
 Fonte: Elaboração do Próprio

Como se pode verificar no gráfico n.º 5, esta recolha de informação foi realizada através, dos processos individuais dos utentes e do plano de cuidados individual dos utentes que tem por objetivo adequar as necessidades e expectativas com os serviços prestados na Instituição. De uma forma geral, as regras e as rotinas estão adequadas às necessidades dos idosos, tendo-se verificado que os horários pré-estabelecidos são flexíveis e adaptados, em relação ao convívio considera-se que deveria ter mais atividades e as que existem deveriam estar mais adaptadas às diversas capacidades dos idosos. Em relação às refeições, a ementa não é feita por nenhum nutricionista, sendo elaborada pela Diretora Técnica e pelas cozinheiras, tendo sempre em consideração a variedade e as necessidades médicas e os gostos/hábitos dos idosos. No centro de dia, o horário das refeições estabelecido é: pequeno almoço é servido entre as 09h30 e as 10h00; lanche a meio da manhã é servido às 10h30; almoço entre as 12h30 e as 13h00; lanche às 15h45 e por fim o jantar é levado com os utentes para seu domicílio, no transporte ao final do dia. Durante as refeições, as AAD ficam responsáveis pela administração dos fármacos prescritos pelo médico assistente ou de família.

Os banhos e os cuidados de higiene pessoal são realizados de acordo com o mapa semanal e o plano de cuidados individual. Estes cuidados ocorrem de manhã e à tarde consoante as necessidades do utente, de acordo com a sua capacidade e autonomia. Complementa os serviços de estética e de manicure e uma vez por mês a Instituição assegura os serviços de uma cabeleireira que corta o cabelo aos utentes. Os utentes manifestam que gostam muito destas atividades, visto que noutra tempo seria impensável, verificando-se muito importante este tempo que se dedica aos idosos. Um outro serviço prestado é o transporte tanto da deslocação de casa para a Instituição e vice-versa e do mesmo modo é assegurado para atividades promovidas por outros organismos da comunidade. Em relação às atividades ao exterior, todos os idosos são convidados a participar à exceção daqueles que por razões pessoais ou outras não querem ir. Os hábitos e as rotinas da Instituição tentam adaptar-se, sempre que possível, de acordo com os seus recursos, às necessidades dos seus utentes.

4.2. Serviço de Apoio Domiciliário

O SAD é um apoio social que consiste na prestação de serviços individualizados e personalizados no domicílio a idosos ou a indivíduos e famílias que designamos por utentes, quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar temporária ou permanentemente a satisfação das necessidades básicas da vida diária. O SAD tem capacidade para 40 utilizadores, todavia para dar apoio e assistência a 27 utentes, a AADA conta com uma equipa de trabalho composta por: dois ajudantes de ação direta, um auxiliar de serviços gerais, uma cozinheira e uma administrativa que acumula funções de animadora sociocultural. O compromisso da AADA é contribuir para uma melhoria das condições de vida do utente promovendo a autonomia e retardar a institucionalização o máximo de tempo possível.

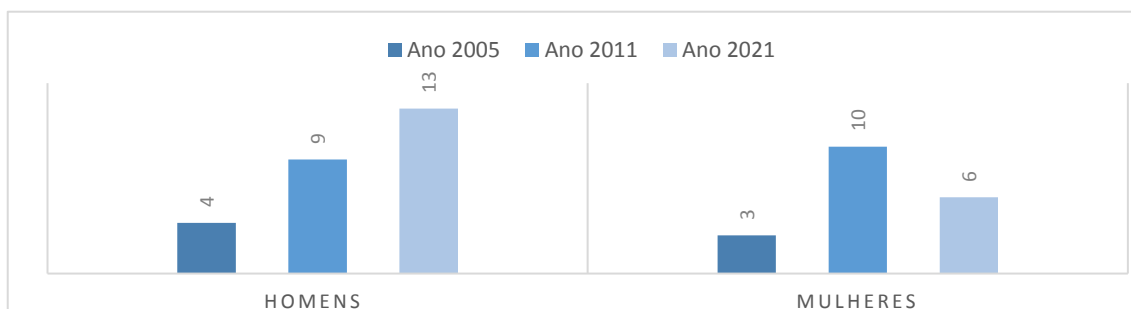


Gráfico nº 6 – Distribuição de utentes por sexo a frequentar a Resposta Social de Serviço de Apoio Domiciliário, Fonte: Elaboração Própria

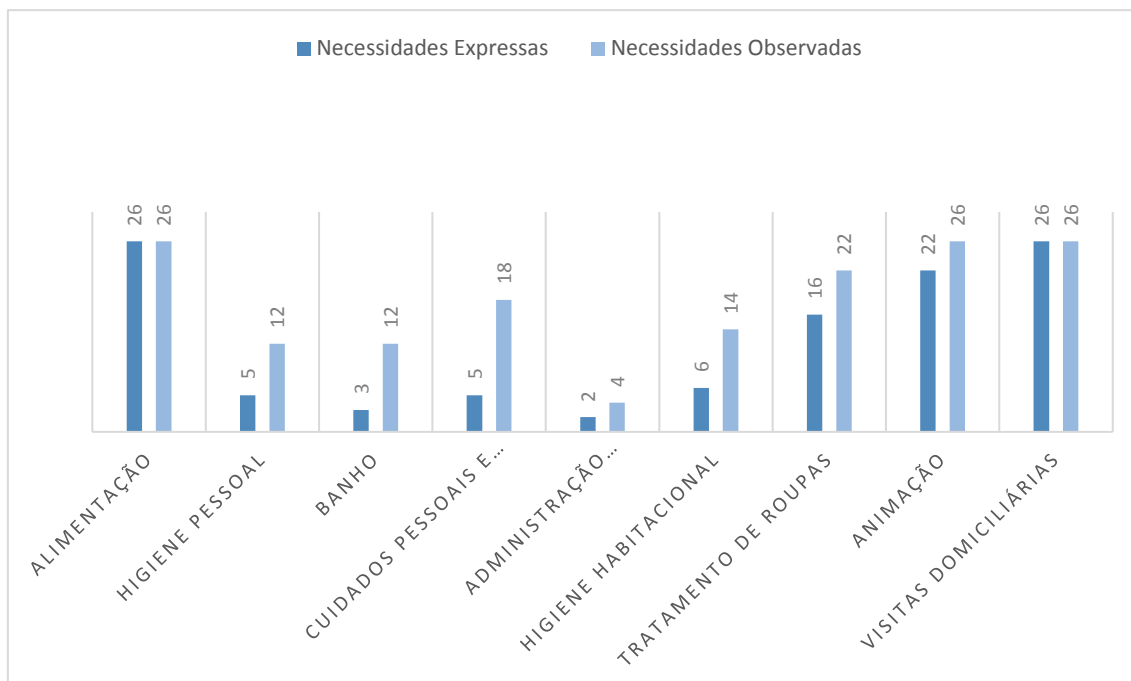


Gráfico 7– Distribuição de utentes por sexo a frequentar a Resposta Social de Serviço de Apoio Domiciliário.

Na AADA, em termos de atividades efetivamente realizadas, verificou-se que todos os utentes pretendem os seguintes serviços: fornecimento das refeições, que consiste no transporte e distribuição das refeições, assim como nas atividades de animação e as visitas domiciliárias; o tratamento de roupas (recolha e entrega da roupa afeta ao utente); cuidados de higiene pessoal e conforto (banhos, barbas, manicure e pédicure); higiene habitacional (arrumação e pequenas limpezas ao domicílio) e, por último, alguns solicitam apoio para adquirir bens no exterior e na preparação e administração dos medicamentos.

O SAD funciona todos os dias das 08h30 às 17h30. Os serviços prestados são realizados em domicílio do utente e asseguram a prestação dos seguintes serviços: alimentação; higiene pessoal e de conforto; higiene habitacional; tratamento de roupas e atividades de animação.

4.3. Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

A ERPI está instalada no edifício onde são também desenvolvidas as respostas sociais de CD e de SAD, aproveitando-se os recursos comuns, com capacidade para 10 residentes de ambos os sexos. A ERPI proporciona serviços permanentes e adequados à

problemática biopsicossocial dos idosos, assegurando a satisfação das necessidades básicas e instrumentais da vida diária. Contribui para a estimulação de um processo de envelhecimento ativo e promove estratégias de reforço de autoestima, de valorização e de autonomia pessoal e social dos residentes, assegurando as condições de estabilidade necessárias para o reforço da sua capacidade autónoma para a organização das atividades da vida diária.

Na AADA todo o interessado para a frequência da resposta ERPI, deverá preencher uma ficha de pré-inscrição que constitui parte integrante do processo do Utente e após a realização da entrevista com a Diretora Técnica é analisado o possível “internamento” após explorar as hipóteses de frequentar o CD ou de SAD, de acordo com as necessidades do utente. Em Portugal, a Portaria n.º 67/2012, de 21 de março clarifica as condições de organização, funcionamento e instalação a que devem obedecer as ERPI, sujeitas a fiscalização e supervisão em termos da qualidade dos serviços prestados através de vistorias regulares por parte do ISS. As ERPI devem proporcionar essencialmente um conjunto de atividades e serviços, tais como: alimentação adequada às necessidades dos residentes; prestar cuidados de higiene pessoal; tratamento de roupa; higiene dos espaços; atividades de animação sociocultural, lúdico-recreativas e ocupacionais fundamentais para o fomento de um clima de relacionamento saudável entre os residentes e para a estimulação e manutenção das suas capacidades físicas e psíquicas; apoio no desempenho das AVD’s; cuidados de enfermagem e acesso a cuidados de saúde e por último, administração de fármacos, quando prescritos (artigo n.º 8.º da Portaria n.º 67/2012, de 21 de Março).

Respostas Sociais com Acordos de Cooperação	Ano 2021					
	Capacidade Instalada Nº Utentes	Nº de utentes com frequência da Resposta Social	Nº de utentes com acordo de participação financeira	Valor unitário do Acordo por utente	Acordos de Cooperação (Euros)	Nº de Colaboradores Remunerados
Centro Dia	30	9	24	€125,57	€1130,13	3
SAD	40	25	15 (7 dias)	€412,86	€6192,90	5
		2	2 (5 dias)	€294,90	€589,80	
ERPI	10	10	0	0	0	7

Figura nº 8: Respostas Sociais com acordo de cooperação - Fonte: Elaboração Própria

4.4. Programa Operacional de Apoio às Pessoas Mais Carenciadas

A AADA celebra desde 2017 um protocolo de colaboração com o ISS I.P., para a execução do POAPMC, no âmbito do Aviso n.º POAPMC-F2-2017-01, como entidade mediadora. Este programa é uma medida estratégica de combate à pobreza e à exclusão social, através da distribuição de bens alimentares suprimindo 50% das suas necessidades nutricionais, assim como no desenvolvimento de ações de acompanhamento que capacitem os agregados familiares na seleção de géneros alimentares, na otimização dos recursos familiares e na prevenção do desperdício alimentar. A AADA assume a função de entidade mediadora que recebe mensalmente os produtos da entidade coordenadora (Centro de Recuperação e Integração de Abrantes) para depois serem entregues aos destinatários finais.

A AADA realiza mensalmente na plataforma do SEAC, o plano de distribuição dos produtos às pessoas que se encontrem em situação de carência económica adiante designadas por destinatários. Estes indivíduos devem fazer o pedido ao Técnico do ISS, que avalia a capacitação do rendimento do agregado familiar, para aferir se comprova ou não a elegibilidade para ser beneficiário. O valor da capacitação tem de ser inferior ao valor da pensão social, atualizado anualmente, por referência ao Indexante dos Apoios Sociais.

4.5. Contratos Locais de Desenvolvimento Social 4G (CLDS 4G) – SER Sardoal

A AADA, na qualidade de ECLP convidada e selecionada pelo CLAS de Sardoal, coordena e operacionaliza o CLDS 4G Sardoal SER-SARDOAL (Sustentável, Envolvente e Renovador), em estreita articulação com o núcleo Executivo de Rede Social de Sardoal. O programa tem como objetivo promover a inclusão social de grupos populacionais que revelam maiores níveis de fragilidade social num determinado território, mobilizando para o efeito, ações integradas de diversos agentes e recursos localmente disponíveis, constituindo-se como um instrumento de combate à exclusão social. No Sardoal já é conhecido pelo apoio de proximidade que dá a muitos municípios e que continuará a capacitar a comunidade local em diferentes áreas de intervenção, recorrendo a parcerias de âmbito local entre a Rede Social existente e os vários

instrumentos disponíveis (como os serviços de ação social, instituições e emprego). As ações a desenvolver pelo CLDS 4G Sardoal SER integram os seguintes eixos: Eixo 1 - Emprego, formação e qualificação; Eixo 2 - Intervenção familiar e parental, preventiva da pobreza infantil e o Eixo 3 - Promoção do envelhecimento ativo e apoio à população idosa. Todas as operações desenvolvidas nos eixos mencionados anteriormente têm a duração de 36 meses. É financiado por fundos estruturais em conformidade com a legislação nacional e europeia aplicável, designadamente pelo Fundo Social Europeu (FSE). A comparticipação pública da despesa total elegível é repartida pelo Fundo Social Europeu (85%) e pela Contribuição Pública Nacional (15%).

5. Stakeholders Internos e Externos

O Meio Envolvente Transaccional é constituído por todos os stakeholders (internos e externos) que interagem entre si. A compreensão dos mesmos ajuda-nos a perceber o âmbito de atuação da Instituição e a viabilidade dessa intenção, tendo em conta as forças existentes no terreno (Porter, 1979; Porter, 2008; Teixeira, 2013), e as dificuldades na satisfação das necessidades sociais perante as respostas sociais da Instituição. Deste modo, as instituições poderão apostar para além da diversificação dos serviços, desenvolver outras atividades que para além de satisfazer os utilizadores possam obter receitas próprias para a subsistência da Instituição (Azevedo, C. 2010,381).

A estratégia da Instituição deve independentemente da intensidade destas forças, posicionar-se de forma a defender-se delas ou influenciar positivamente a seu favor, ajustando as suas capacidades. Para tal, é crucial fazer esta análise e compreender cada um dos modelos de força, de modo a compreender os pontos fracos e fortes da Instituição, assim como as ameaças e oportunidades que o mercado apresenta (Porter, 1979; Porter 2008 e Teixeira, 2013).

5.1. Stakeholders Internos

Para uma Instituição, a relação com as partes interessadas pode ser um fator chave de inovação, que permite identificar oportunidades, criar produtos, serviços e novos modos de atuar em função dos desejos, das necessidades, dos problemas daqueles que com elas se relacionam. Stakeholders ou partes interessadas são “todos aqueles, pessoas ou instituições que afetam e/ou podem ser afetados pelas atividades, produtos ou serviços de uma organização e o desempenho a ela associada...” (Roque, 2010, 209).

Na AADA, a Direção reconhece o potencial capital humano e considera os colaboradores como ativos valiosos. Segundo Martins (in Azevedo et al, 2010), a “missão da comunicação é criar valor para os stakeholders (partes interessadas) ajudando a construir uma opinião informada e fidedigna e a estabelecer um clima de confiança propício ao diálogo e à participação, criando múltiplos benefícios a todos os envolventes”. A AADA recruta internamente e externamente os colaboradores numa forma planeada e documentada pela Direção. Estes são maioritariamente da freguesia e por vezes têm relações de amizade e/ou familiares com os utentes e/ou com os dirigentes, que acabam por se comprometer e alinhar com a missão. Uma comunicação aberta, honesta com todos os stakeholders é crucial para o desenvolvimento da Instituição, bem como o reforço da participação por parte da comunidade.

Na AADA usa-se o conceito de pessoas e não de recursos humanos pois a Instituição depende do trabalho humano e da dedicação dos trabalhadores para a sua missão. As pessoas são um recurso valioso e devem estar alinhadas com a missão, a visão e os valores da Instituição, de modo a estes terem sentido para cada um deles individualmente e para todos em conjunto. Uma das boas práticas desenvolvidas na organização é permitir ao colaborador usufruir o seu dia de aniversário junto dos seus familiares.

Atualmente conta com 15 colaboradores que trabalham a tempo inteiro, dos quais 10 colaboradores estão com vínculo contratual sem termo, três colaboradores com contrato a termo certo e, por último dois colaboradores com contrato de emprego de inserção a terminar no ano 2022. Todos os colaboradores são mulheres com idades compreendidas entre os 21 e 65 anos. No acolhimento, a diretora técnica define as funções da atividade para o novo colaborador (o que faz, quando faz, como faz e porque faz) acreditando que são recursos que podem acrescentar mais valor à Instituição. Aprender com os stakeholders, permite melhorar e/ou inovar os serviços que a Instituição oferece alinhando com os objetivos da organização.

Nesta análise interna, podemos observar sobretudo os recursos, os custos e as competências centrais ou competências chave. O trabalho consiste num projeto aplicado sobre a organização e operacionalização de atividades diferenciadas para as respostas sociais desenvolvidas na AADA. O estudo conta com um enquadramento teórico sobre a Instituição, a caracterização da mesma as atividades desenvolvidas nas respostas sociais. Com o agravamento dos problemas sociais e a emergência das novas dinâmicas, implicam novas atividades de acordo com as necessidades sociais, levando à eficiência das

Respostas Sociais desenvolvidas e impacto social. Considerando e defendendo que as atividades diferenciadas estão ligadas com as boas práticas e dada a abrangência das respostas sociais desenvolvidas pela AADA, verificamos que carecem de recursos humanos especializados em áreas diferenciadas, e podem acarretar mais encargos para a Instituição.

5.1.1. Quem são as partes interessadas na AADA?

Atualmente, a Instituição não tem definido um grupo de trabalho que identifique as partes interessadas com seriação, clareza e rigor. Contudo, temos pessoas voluntárias pertencente aos Órgãos Sociais com muito potencial que respondem a diversos critérios nas áreas da responsabilidade, dependência, influência e proximidade que permite à Instituição um envolvimento fulcral para a concessão de bens e serviços, no sentido de melhorar e revelar oportunidades às barreiras como que se defrontam perante as suas necessidades sociais. Para a identificação de oportunidades, poderíamos articular o problema e a necessidade ouvindo por exemplo, os colaboradores como parte interessada, definindo que a oportunidade não é uma solução, mas um passo que pode ser dado, no bom sentido alinhado com a missão da Instituição. Todo o processo de envolvimento “deve garantir formas adequadas de dar um feedback às diferentes partes interessadas” (Roque, 2010).

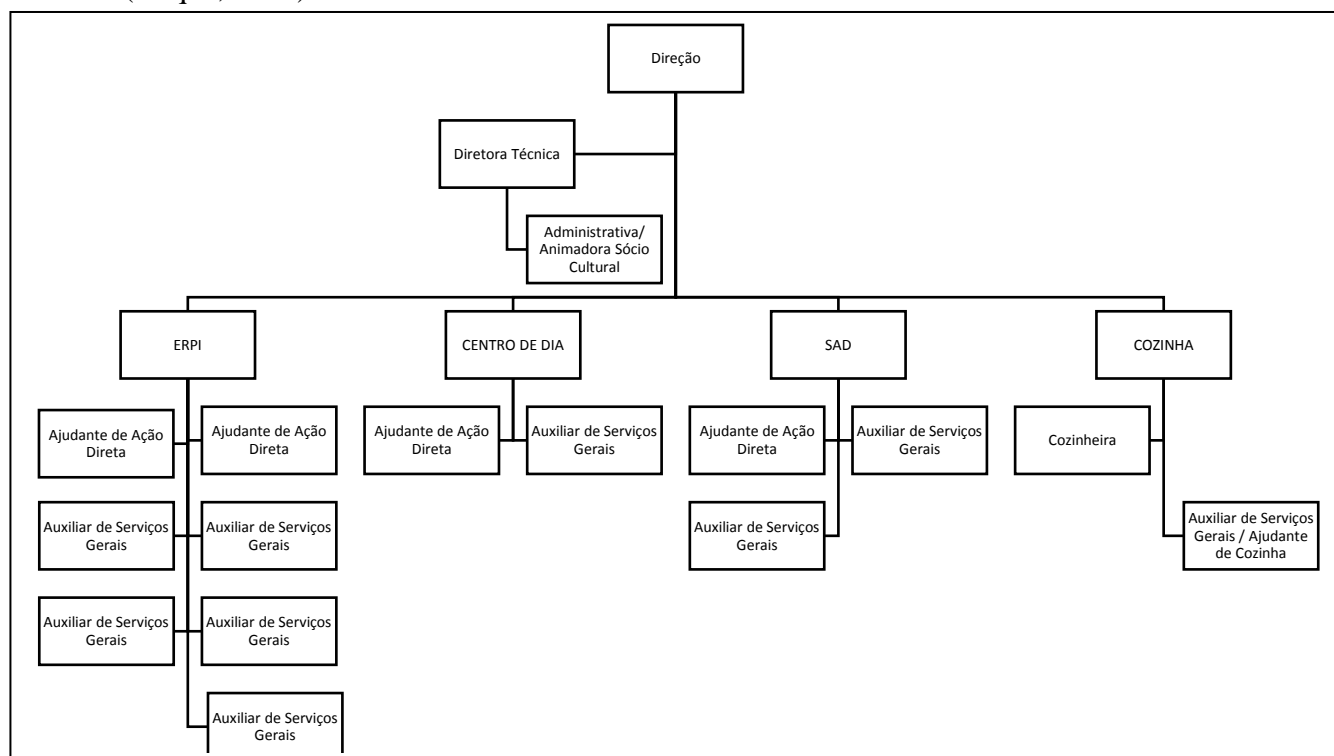


Figura nº 9: Organograma da AADA - Fonte: Elaboração Própria

5.2. Stakeholders Externos

A AADA estabelece uma forte relação com as outras organizações, nomeadamente a Santa Casa da Misericórdia de Sardoal que atualmente é a única do Concelho de Sardoal. Segundo o Presidente da Direção, a Instituição é reconhecida por outras Entidades da Economia Social, tais como: a CNIS (Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade) e a TESE (Organização Não Governamental para o Desenvolvimento focada na criação do Impacto Social).

A AADA trabalha de forma integrada e sustentada para assegurar a continuidade dos serviços e impacto da sua intervenção social, com o apoio das entidades públicas e privadas, nomeadamente: Segurança Social; IEFP; Banco Alimentar; TESE; F3M; Montepio Geral; Município de Sardoal; Tagus; Nersant; Agrupamento de Escolas de Sardoal e Centro de Saúde de Sardoal. As relações estabelecidas pela AADA na comunidade são relações de lealdade e estratégicas, pois são cruciais para o desenvolvimento das atividades da Instituição.



Figura nº 10 – Stakeholders Externos da AADA: Elaboração Própria

5.2.1. Instituto da Segurança Social, I.P.

O ISS é um instituto público de regime especial, nos termos da lei, integrado na administração indireta do Estado, dotado de autonomia administrativa e financeira e de património próprio. As IPSS têm um papel muito importante na sociedade pois tentam completar algumas lacunas do Estado no que respeita às respostas sociais adequadas às necessidades da população. Quando estas lacunas são preenchidas ocorre um ponto de equilíbrio social que permite o bem-estar de todos. Desta forma, à semelhança doutras instituições, a AADA mantém uma relação de dependência com o Estado, em termos dos subsídios recebidos através dos acordos de cooperação que visam formalizar a cooperação do Estado, através do Centro Regional de Segurança Social de Santarém.

Apesar do Estado assumir a proteção a todas as pessoas perante os riscos sociais, não foram criados os serviços e os equipamentos exclusivamente públicos. O ISS é reconhecido como o principal parceiro da AADA, que coopera com a celebração e/ou alargamento dos acordos de cooperação nas respostas sociais de CD e de SAD, numa perspetiva de otimização de recursos, sobretudo financeiros. No ano 2017, foi criado o PROCOOP aprovado pela Portaria n.º 100/2017, de 7 de março. Por fim é importante realçar que o Estado comparticipa financeiramente a maioria das despesas, mas as restantes são pagas pelos familiares dos utentes e por quotas dos associados da Instituição.

5.2.2. Município de Sardoal

No Município de Sardoal, a AADA faz-se representar como parceira no plano estratégico de Intervenção local e Social, tais como: Núcleo Executivo da Rede Social; Concelho Local de Ação Social e Proteção Civil. O Núcleo Executivo é um órgão operativo do Conselho Local de Ação Social (CLAS) com intervenção social no concelho de Sardoal onde se integram mais seis entidades efetivas, com reuniões três a quatro vezes por ano. As Entidades que compõem o Núcleo Executivo são Representantes nomeados por: Agrupamento de Escolas de Sardoal, Centro Distrital de Segurança Social, Santa Casa da Misericórdia de Sardoal, Agrupamento dos Centros de Saúde do Médio Tejo, Representante das Juntas de Freguesia do Concelho de Sardoal e Município de Sardoal. Nas reuniões, procura-se um trabalho de articulação interinstitucional e do aproveitamento dos recursos locais, dar resposta às situações em presença. Através dos

parceiros há partilha de informação relevante e procura-se dar respostas com maior celeridade possível, com vista à resolução dos problemas.

5.2.3. Associações da Freguesia

O Associativismo assume cada vez mais um papel estratégico, quer como polo de desenvolvimento local, promovendo algumas atividades, quer como espaço para fomentar hábitos de cidadania ativa. Algumas das associações que existem em Alcaravela são a única forma de acesso ao convívio, através do café e dos jogos de cartas que realizam diariamente, constituindo uma poderosa realidade social e cultural. No entanto, é sentido que há cada vez maiores dificuldades para levar as pessoas a participar na vida associativa. As Associações pertencem à realidade social quotidiana, na medida em que se movimentam com ela e são simultaneamente locais de iniciativa, catalisadores de energia e dinâmica que criam as formas de sociabilidade. É premente como tudo na vida, vencer a resistência à mudança é necessário interiorizar a partilha, a aprendizagem para a dinamização das associações.

5.2.4. Entidades Bancárias

A AADA tem uma relação de confiança com algumas Entidades Bancárias, tais como: a Caixa Geral de Depósitos, o Novo Banco e o Montepio Geral. A Entidade Montepio estabeleceu protocolo de compromisso com a AADA em financiamentos para o investimento da nova resposta Social de Estrutura Residencial para Pessoas Idosas, estabelece um contacto permanente com a Instituição e apoia na promoção de boas práticas do dia a dia da Instituição.

5.2.5. Novos Substitutos

A existência e/ou possibilidade de ter novas atividades para satisfazer as necessidades dos utentes nas respostas sociais reduz a capacidade de outros utilizadores procurarem novos serviços noutra Instituição. Na AADA, os serviços substitutos que ameaçam a Instituição são essencialmente serviços diferenciados realizados por

cuidadores informais que são prestados na mesma área geográfica, principalmente no apoio permanente da pessoa idosa.

5.2.6. Grupo de clientes – Utilizadores

A AADA deverá prestar atenção às necessidades dos utentes nas respostas sociais, ou seja, quanto maior for a diversidade dos serviços, mais controlo podemos obter por parte dos clientes. Os utentes pagam uma mensalidade de acordo com o seu rendimento per capita, o que faz com que o preço praticado na AADA e a outra Instituição de Solidariedade Social não seja significativa, e para tal não exista tendência para negociar.

5.2.7. Grupos de clientes – Financiadores

O poder dos financiadores da AADA é maior quanto maior for a fatia dos seus contributos ao total dos recursos da Instituição. Neste contexto, a AADA depende financeiramente do Estado (comparticipações financeiras) e das mensalidades dos utentes pelos serviços prestados. Caso deixe de existir financiamento por parte do Estado, a Instituição é incapaz de continuar a sua atividade, pelo que o poder negocial por parte dos financiadores é elevado.

5.2.8. Poder Negocial dos Fornecedores

Os fornecedores da AADA podem exercer o seu poder, aumentando os preços ou reduzindo a quantidade de produtos fornecidos ou prestação de serviços externos. O poder é determinado pela concentração existente nos fornecedores (empresa), ou seja, quanto menor for o número de fornecedores relativamente a um determinado produto, maior é o seu poder. No entanto, este pode ser determinado pela disponibilidade do produto substituto que havendo alternativas será menor o poder dos fornecedores da organização.

5.3. Análise SWOT da Instituição

Uma organização, para ter um bom planeamento estratégico, deve ter um entendimento muito claro do seu posicionamento e fazer a análise dos seus pontos fortes e fracos. Embora reconhecer os seus pontos fortes permita verificar se a estratégia atual

reflete as melhores práticas, identificar os pontos fracos pode levar a desenvolver estratégias de gestão e melhorar o desempenho (Courtney, 2013).

A análise SWOT é conhecida como a análise do ambiente interno (pontos fortes e fracos) e a do ambiente externo (ameaças e oportunidades) numa organização. Através da análise SWOT, procedeu-se a uma análise da Instituição, a qual nos dá uma orientação sobre os pontos fortes e fracos, ameaças e oportunidades. Esta análise da situação atual é confrontada com a situação do passado verificando qual a evolução para a previsão futura.

Os pontos fortes (Forças) encontrados foram:

- Relações com os parceiros;
- Os serviços prestados aos idosos e às suas famílias com: higiene pessoal, alimentação, higiene habitacional e tratamento de roupas, todos os dias da semana incluindo feriados;
- Equipamentos adequados e adaptados às necessidades dos utentes;
- Coesão de grupo e trabalho de equipa por parte dos colaboradores;
- Possui uma carrinha de transporte especial para utentes com cadeira de rodas que contribui para a participação daqueles que são mais dependentes.

Os pontos fracos (Fraquezas) encontrados foram:

- Pouca formação contínua aos trabalhadores;
- Inexistência de Avaliação de desempenho;
- Poucos recursos Tecnológicos;
- Falta de espaço específico para atividades lúdico-recreativa;
- Frota automóvel fraca (elevados custos de manutenção);
- Colaboradores com alguma resistência à mudança;
- Famílias poucos participativas nas atividades,
- Fraco apoio das famílias aos seus idosos;
- Localização isolada da Instituição.

As oportunidades encontradas foram:

- Existência de políticas comunitárias e nacionais para o combate da exclusão social, numa lógica de intervenção aos mais vulneráveis;
- Portugal 2030, como instrumento financeiro de suporte e de enquadramento à concretização concertada de projetos;

- Facilidade em estabelecer parcerias com outras entidades;
- O envelhecimento da população permite investir nas respostas sociais a desenvolver de acordo com as suas necessidades sociais;
- Existência de novas tecnologias que permite o aperfeiçoamento de novos planos de trabalho.

As ameaças encontradas foram:

- Falta de apoio permanente aos idosos de acordo com as suas possibilidades financeiras, necessidades principais e expectativas;
- Pouca oferta na resposta de apoio permanente aos idosos e por conseguinte a sua saída como utente da Instituição;
- Dependência Financeira do Estado;
- Baixos recursos económicos dos idosos face ao custo da resposta social ERPI;
- Conjuntura socioeconómica e social atual devido ao Covid 19.

CONCLUSÕES

O Envelhecimento populacional é um processo demográfico que está a alcançar uma profunda visibilidade na sociedade portuguesa, sendo que existem tantas pessoas com 65 e mais anos e em simultâneo outras pessoas com 80 e mais anos como hoje em dia. Sabemos que este acontecimento ocorre porque a Humanidade se desenvolveu, há melhores condições de vida, mais condições de saúde, entre outros fatores que influenciam no envelhecimento da população. Contudo, isto é um dos grandes desafios e a sociedade está a ser incapaz de adaptar as suas estruturas sociais aos acontecimentos. O modo de envelhecer tem as suas características e varia de pessoa para pessoa, ou seja, das suas vivências, dos seus hábitos, dos seus costumes, fatores económicos, entre outros. As respostas sociais desenvolvidas para os idosos têm de se adaptar às necessidades e às expectativas dos utentes/clientes. Denota-se, no geral, a necessidade de apoio por parte dos cuidadores informais e dos cuidadores formais que trabalham nas IPSS, que deveriam ter mais formação e as Direções deveriam contratar mais pessoal especializado. Infelizmente, há pouca variedade de serviços prestados pelas IPSS, não conseguindo suprir todas as necessidades dos idosos, quer seja na instituição ou em domicílio. As necessidades sociais aumentam à medida que a idade avança, devido às suas comorbilidades e ao aumento da vulnerabilidade da população idosa. O contributo deste trabalho prende-se com a identificação das necessidades e a forma da satisfação das mesmas através dum plano individual de cuidados, permitindo uma aproximação e comunicação individualizada ao utente com o colaborador e/ou equipa afeta à prestação de serviços, que assenta num cuidado à pessoa idosa, com qualidade de vida.

Referências Bibliográficas

- Azevedo C., Franco C. R., Meneses W. J. (2010). Gestão de Organizações Sem Fins Lucrativos – O Desafio da Inovação Social. Porto, Imoedições - Edições Periódicas e Multimédia, Lda.
- Brandão, A. (2013). Políticas sociais de envelhecimento ativo para o concelho de fronteira. [Dissertação de Mestrado]. Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Castanho, T. (2022) Diário de Notícias, Opiniões.
Consultado em 14 de Maio de 2022, em
<https://www.dn.pt/opiniao/desafios-de-um-pais-a-envelhecer-14512482.pdf>
- Carvalho, M. I. (2012). Envelhecimento e cuidados domiciliários em instituições de solidariedade social. Lisboa: Coisas de ler.
- Carvalho, M. I. (2012). Serviço Social no Envelhecimento. Lisboa: FCA-Editora de Informática, Lda.
- Carta Social (2020). Rede de Serviços e Equipamentos – Relatório 2020. Consultado em 14 de Maio de 2022, em <http://www.cartasocial.pt/pdf/csosocial2020.pdf>.
- Correia, F. A., Pereira E., Costa D. (2016). De que necessitam as pessoas idosas para viver com dignidade em Portugal? *Análise Social*, 219, li (2.º). Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.
- Courtney, R. (2013). *Strategic management in the third sector*. London: Palgrave Macmillan.
- Diário da República Eletrónico (2005a). Constituição da República Portuguesa. Portugal: DRE. Consultado em 13 de Maio de 2022, em
<https://files.dre.pt/1s/2005/08/155a00/46424686.pdf>

Diário da República Eletrónico (2005b). Constituição da República Portuguesa. Portugal:

DRE. Consultado em 13 de Maio de 2022, em <https://files.dre.pt/1s/2005/08/155a00/46424686.pdf>

Diário da República Eletrónico (2005c). Constituição da República Portuguesa. Portugal:

DRE. Consultado em 13 de Maio de 2022, em <https://files.dre.pt/1s/2005/08/155a00/46424686.pdf>

Fernandes, A. (1997). *Velhice e Sociedade*. Lisboa: Celta Editora.

Fernandes, H. (2007). *Solidão em idosos do meio rural do concelho de Bragança*. [Dissertação de Mestrado]. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.

Gavino, H. (2014). *O papel das Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) na economia social: O caso do concelho de Peniche*. [Dissertação de Mestrado]. Santarém: Escola Superior de Gestão e Tecnologia.

Gonçalves P., M., & Mateos, R. (2006). A família e as pessoas com demência: vivências e necessidades dos cuidadores. In Firmino H., Cortez P. L., Leuschner A., & Barreto J. (Eds): *Psicogeriatría*. Coimbra: Psiquiatria Clínica.

Guerra, I., Pinto, T. C., Martins, M., Almeida, S., & Gonçalves, A. (2010). *À tona de água. Retratos de um Portugal em Mudança*. Lisboa: Tinta-da-China.

Guillermard, A.-M. (2003). *L'âge de Emploi. Les Sociétés à l'épreuve du Vieillissement*. Paris: Armand Colin.

Instituto da Segurança Social (ISS), (2010). *Manual de processos-chave, serviço de apoio domiciliário, modelos de avaliação da qualidade das respostas sociais*. (2ª edição). Lisboa: ISS, Sociedade de Edições e Impressão, Lda.

- Jacob L., Santos E., Pocinho R., Fernandes H. (2013). Envelhecimento e Economia social: perspetivas atuais. Viseu: Psicosoma - Livraria, Editora, Formação e Empresas, Lda.
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50 (4), 370–396. <https://doi.org/10.1037/h0054346>.
- Mendes A. M. S. C. (2016) Importância Económica e Social das IPSS em Portugal (Estudo elaborado para a CNIS). Porto: Orgal.
- Nações Unidas – ONU Portugal, Envelhecimento (Julho 15, 2019). Consultado em 13 de Maio de 2022, em <https://files.dre.pt/1s/2005/08/155a00/46424686.pdf>
- Oliveira, S. P. R. (2016) SNS e IPSS: Os (novos) acordos de gestão e cooperação. Minho: Escola de Direito.
- Parente, M. A., Júnior, A. A., Jaeger, A. Schuh, A. F. S., & Holderbaum, C. S. (2006). Qualidade de vida dos idosos. In.: Trentini, C. M., Xavier, F. M., Fleck, M. (orgs). *Cognição e envelhecimento*. São Paulo: Artmed Editora, p.18–29.
- Pereirinha, J.A. (2008). Política social. Fundamentos da Atuação das Políticas Públicas. Lisboa: Universidade Aberta.
- Pimentel, L. (2008). Entre o dever e os afetos: Os dilemas de cuidar de pessoas idosas em contexto familiar. VI Congresso Português de Sociologia *Mundos Sociais: Saberes e Práticas*, p. 1-15. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.
- Porter, M. E. (1979). How competitiv forces shapes strategy. *Harvard Business Review*, March-April, p. 137–145.
- Porter, M. E. (2008). The five competitive forces that shape strategy. *Harvard Business Review*, January, p. 23–41.

- Roque, A. (2010). Partes interessadas e as OSFL. Inspire. In: Azevedo, C., Franco, R., Meneses, J., Gestão de organizações sem fins lucrativos: O desafio da inovação social. Porto: p. 209-227.
- Rosa, C. J. (2009) Necessidade e Necessidades, Reboque, A. (2010). Revisitando o seu uso em enfermagem. Pensar Enfermagem. Vol. 13 N.º 1, 1º Semestre de 2009 Lisboa: Repositório comum, ESEL.
- Sardinha, M. L. (2005). Contributo para a caracterização do papel do Centro Paroquial de Bem-Estar Social de Ervidel na Qualidade de vida da população. Um estudo de caso [Dissertação de Mestrado]. Évora: Universidade de Évora.
- Silva, M. (1985), Emprego e Necessidades Básicas em Portugal, Lisboa, Instituto de Pesquisa Social Damião de Góis.
- Sousa, S. (2012). As Instituições Particulares de Solidariedade Social num Contexto de Crise Económica. IPI Consulting Network Portugal, Lisboa.
- Teixeira, M. A. V. (2016). Centro de Dia – Cuidar de idosos em período diurno: Perfil e satisfação dos utilizadores [Tese de Doutoramento]. Aveiro: Departamento de Ciências Médicas.
- Teixeira, S. (2013). Gestão das organizações (3ª ed.). Lisboa: Escolar Editora.
- Consultado em 13 de Maio de 2022 em <https://unric.org/pt/envelhecimento>.
- Vicari, S. (2008). Entre as exigências sociais e o assistencialismo: a dinâmica do projeto NAF-Rodoviário. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.

ANEXOS

Associação de Assistência e Domiciliária de Alcaravela	Plano Individual de Cuidados	Revisão	
		Data	
		Página	1 de 6

Nome:		Resposta Social:
Morada:		Contacto:
Data da Entrevista Inicial:		
Data de Avaliação após o acolhimento:		Processo nº:

Descrição das necessidades				Observações	Avaliação Pós-Acolhimento (data/descrição/rúbrica)
Alimentação	Dieta			Grau de Dependência	
	Normal		Obesidade - Dieta Geral restrita em açúcares simples, gordura saturada e poucos hidratos de carbono		
	Hipoproteica (Dieta restrita em proteínas)		Diabetes - Dieta restrita em açúcares simples, poucos hidratos de carbono		
	Hiperenergética (Dieta hipercalórica)		Dieta restrita em sal (sem sal adicionado)		
	Consistência			Restrições Alimentares	
	Normal		Triturada		
	Alimentos cortados aos pedaços		Líquida para sonda		
	Reforço				
	Manhã		Noite		
	Necessita de acompanhamento na refeição		Especifique: _____ _____		

Associação de Assistência e Domiciliária de Alcaravela	Plano Individual de Cuidados	Revisão	
		Data	
		Página	2 de 6

Descrição das necessidades		Observações								Avaliação Pós-Acolhimento (data/descrição/rúbrica)	
Controlo dos Esfíncteres	<i>Continente</i>		<i>Grau de Dependência</i> <i>*Índice de Barthel</i>								
	<i>Incontinente</i>		<i>Intestinal</i>								
			<i>Vesical</i>								
	<i>Fralda</i>		<i>Tamanho</i>								
	<i>Cueca Fralda</i>		<i>Tamanho</i>								
	<i>Pensos</i>		<i>Tamanho</i>								
	<i>Outro: _____</i>		<i>Tamanho</i>								
	<i>Algaliado</i>										
	<i>Dia</i>	Fralda <input type="checkbox"/>	CF <input type="checkbox"/>	Penso <input type="checkbox"/>							
<i>Noite</i>	Fralda <input type="checkbox"/>	CF <input type="checkbox"/>	Penso <input type="checkbox"/>								
CUIDADOS PESSOAIS E DE IMAGEM		<i>Segunda</i>	<i>Terça</i>	<i>Quarta</i>	<i>Quinta</i>	<i>Sexta</i>	<i>Sábado</i>	<i>Domingo</i>			
	<i>H. íntima</i>	<i>Manhã</i>	<i>Manhã</i>	<i>Manhã</i>	<i>Manhã</i>	<i>Manhã</i>	<i>Manhã</i>	<i>Manhã</i>	<i>Manhã</i>		
		<i>Tarde</i>	<i>Tarde</i>	<i>Tarde</i>	<i>Tarde</i>	<i>Tarde</i>	<i>Tarde</i>	<i>Tarde</i>	<i>Tarde</i>		
	<i>H. Oral</i>										
	<i>Banho</i>										
	<i>Manicura</i>										
	<i>Pédicure</i>										
	<i>Barba</i>										
	<i>Cabelo</i>										
	<i>Ajudar a vestir</i>										

Associação de Assistência e Domiciliária de Alcaravela	Plano Individual de Cuidados	Revisão	
		Data	
		Página	3 de 6

Descrição das necessidades				Observações	Avaliação Pós-Acolhimento (data/descrição/rúbrica)
Apoios Técnicos	<i>Não Usa Nada</i> <input type="checkbox"/>			<i>Grau de Dependência</i> <i>*Índice de Barthel</i>	
	<i>Óculos</i>		<i>Aparelho Auditivo</i>		
	<i>Bengala</i>		<i>Prótese Dentária</i>		
	<i>Andarilho</i>		<i>Colchão Anti escaras</i>		
	<i>Cadeira de Rodas</i>		<i>Cinto de segurança abdominal</i>		
	<i>Almofada Antiescaras redonda</i>		<i>Almofada Antiescaras quadrada</i>		
	<i>Cinto de segurança pélvico</i>		<i>Colete Pélvico</i>		
	<i>Luvas de imobilização</i>		<i>Outro:</i> _____ _____		
Cuidados Específicos:					
Antecedentes Pessoais					
Situações de Risco					
Pessoa/ Responsável por administrar a medicação					
Instituição:					
Utente/Responsável:					

Associação de Assistência e Domiciliária de Alcaravela	Plano Individual de Cuidados	Revisão	
		Data	
		Página	4 de 6

Descrição das necessidades		Avaliação Pós-Acolhimento (data/descrição/rúbrica)	
<i>Higiene Habitacional</i>	<p><i>Sim</i></p> <p>Quarto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arejar o quarto • Mudar a roupa e fazer a cama • Contar e condicionar a roupa para envio à lavandaria • Guardar/arrumar os pertences do utente nos espaços definidos • Limpar o pó dos móveis • Varrer/aspirar o chão • Lavar o chão 	<p><i>Não</i></p> <p>Sala</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arejar a sala • Guardar/arrumar os pertences do utente nos espaços definidos • Higienizar o sofá • Limpar o pó dos móveis • Varrer/aspirar o chão • Lavar o chão 	
	<p>Casa de Banho</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arejar a casa de banho • Lavar e higienizar as loiças sanitárias • Limpar os espelhos • Mudar e repor novas toalhas • Contar e condicionar a roupa suja para o envio à lavandaria • Recolher, separar e deitar fora o lixo • Varrer/aspirar o chão • Lavar o chão 	<p>Cozinha</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arejar a Cozinha • Lavar e higienizar as bancadas da cozinha • Lavar a loiça que está suja • Guardar/arrumar os pertences do utente nos espaços definidos • Recolher, separar e deitar fora o lixo • Varrer/aspirar o chão • Lavar o chão 	
	<p>Roupa do Utente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pijama/ Camisas de dormir • Meias • Camisola Interior • Camisolas • Calças ou calções • Blusas • Saias • Batas • Cuecas • Ceroulas 	<p>Roupa de Casa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lençóis da cama • Fronhas • Toalhas de bidé • Toalhões de Banho • Toalhas de rosto • Panos da Loiça • Toalha de cozinha 	

Associação de Assistência e Domiciliária de Alcaravela	Plano Individual de Cuidados	Revisão	
		Data	
		Página	5 de 6

Descrição das necessidades		Avaliação Pós-Acolhimento (data/descrição/rúbrica)
ATIVIDADES DE ANIMAÇÃO E SOCIALIZAÇÃO	Tipos de Atividades	Quais os interesses e exemplificar com algumas atividades
	Lúdico - Recreativa	
	Culturais	
	Sociais	
	Intelectuais	
	Espirituais e/ou religiosas	
	Quotidianas	
	Desportivas	
	Outras	

<i>INDICE DE BARTHEL</i>	
<i>Atividade</i>	<i>Pontuação</i>
ALIMENTAÇÃO 0 = Incapacitado 5 = Precisa de ajuda para cortar os alimentos, ou outra dieta 10 = Independente	
BANHO 0 = Dependente 5 = Independente	
ATIVIDADES ROTINEIRAS 0 = Precisa de ajuda com a higiene pessoal 5 = Independente rosto/cabelo/dentes/barbear	
VESTIR-SE 0 = Dependente 5 = Precisa de ajuda mas consegue fazer uma parte sozinho 10 = Independente (incluindo botões, fechos, laços, etc.)	
INTESTINO 0 = Incontinente (necessidade de enemas) 5 = Acidente ocasional 10 = Continente	
SISTEMA URINÁRIO 0 = Incontinente, ou cateterizado e incapaz de manejo 5 = Acidente ocasional 10 = Continente	
USO DO TOILET 0 = Dependente 5 = Precisa de alguma ajuda parcial 10 = Independente (pentear-se, limpar-se)	
TRANSFERÊNCIA (DA CAMA PARA A CADEIRA E VICE VERSA) 0 = Incapacitado, sem equilíbrio para ficar sentado 5 = Muita ajuda (uma ajuda ou duas pessoas, física), pode sentar 10 = Pouca ajuda (verbal ou física) 15 = Independente	
MOBILIDADE (EM SUPERFÍCIES PLANAS) 0 = Imóvel ou <50 metros 5 = Cadeira de rodas independente, incluindo esquinas, > 50 metros 10 = Caminha com ajuda de uma pessoa (verbal ou física) > 50 metros 15 = Independente (mas pode precisar de alguma ajuda; como exemplo, bengala) > 50 metros	
ESCADAS 0 = Incapacitado 5 = Precisa de ajuda (verbal, física, ou ser carregado) 10 = Independente	

Pontuação (0 a 100): _____

Resultado	<20	20-35	40-55	>60	100
Grau de dependência	Total	Grave	Moderado	Leve	Independente

PLANO INDIVIDUAL DO UTENTE										
FOTO DO UTENTE	NOME DO UTENTE:			Duração: 12 meses			Associação de Assistência e Docência de Açaravella (AADA)			
	Nome a ser tratado:			Data de Nascimento:						
	Resposta Social: Centro de Dia			Idade:						
Diagnóstico	Descrição das necessidades			Atividades a desenvolver			Indicadores		Intervenientes	
NUTRIÇÃO	Diabetes Mellitus TIPO II e HTA			Fomentar o cumprimento da dieta prescrito diariamente; Sensibilizar o utente para a importância do cumprimento da Dieta e das consequências nocivas se a mesma não for respeitada;			Registos das atividades, pelas AAD nos planos mensais	Registos quando a dieta não é respeitada	AAD, ASG e COZINHEIRAS	
	Peq. Almoço	autónomo		*Toma o Pequeno almoço e o Jantar em casa;						
	Meio da Manhã	autónomo		Reforço Hídrico e Fruta a meio da manhã;						
	Almoço e Jantar	autónomo		Não pode comer açúcar;						
	Lanche	autónomo		Dar preferência pão integral, mais legumes e menos hidratos de carbono. Come a comida com muito pouco sal.						
ADMINISTRAÇÃO TERAPÉUTICA	Garantir a toma de 100% da medicação de acordo com o plano terapêutico			Distribuir e administrar a medicação e garantir que o utente tome o medicamento sob a supervisão			Registos da administração de medicação e as ocorrências na folha mensal do Utente		AAD e DIRETORA TÉCNICA	
CONSULTAS, ANÁLISES e IMCD'S	Monitorizar as consultas			As consultas são sempre assistidas preferencialmente pelos familiares, mas quando estes não podem, excepcionalmente as AAD's acompanham o utente. Antecedentes pessoais: Adenocarcinoma da Próstata e lesão peniana excisada; Portador de Pacemaker; Carcinoma epidermóide no rosto.			Nº de consultas, análises e IMCD's que estão no processo individual do utente	P.A. (Máx. 100-120mm e Min.60-80 mm e pul. 50-80 bpm); Temperatura - Acima dos 37,5º C SPO2 (90-100%) IMC (20-25 Kg/cm)	AAD e DIRETORA TÉCNICA	
	Monitorizar as análises cónicas regulares e os MCD's (Meios Complementares de Diagnóstico			Pedido e registo anual de análises, 1 a 2x por ano e os meios complementares de diagnóstico, sempre que for necessário.						
	Monitorizar os sinais vitais (Pressão arterial, Saturação (O2), Temperatura, Peso e IMC (Índice de massa Corporal)			Registo e avaliação dos sinais vitais 1x por semana - <u>Terça - feira</u> Vigilância e Controlo do peso e IMC 1x por trimestre						
CONTROLO DOS EFECTOS	Continente			Supervisão e controlo nos banhos para vigilância da higiene cuidada			Registo de banho e/ou higiene parcial na folha mensal dos registos		AAD	
CUIDADOS PESSOAIS E DE IMAGEM	Promover um bom cuidado da higiene do banho e da higiene parcial			Higiene cuidada e hidratação correta da pele (1 a 2x por semana) - Banhos (Sábados e Domingos)			Registos diários das atividades executadas sem ajuda da colaboradora	Observação Registo de banhos e/ou higiene parcial Registo de ocorrências Registos das atividades de manicure, pedicure e cortes de cabelo	AAD e Cabeleireira	
	Diminuir risco de desenvolvimento das úlceras de pressão			Vigilância frequente das feridas e imediato feedback para tratar (no banho e/ou higiene íntima)						
	Fazer a barba 2 a 3 vezes por semana			Realizar os cuidados de manicure, pedicure e o corte de cabelo (1x por mês e/ou sempre que for necessário)						
				Minimizar risco de dependência e estimular a execução das atividades da vida diária. Promover a participação ativa nos cuidados de imagem						
Diagnóstico	Descrição das necessidades			Atividades a desenvolver			Indicadores		Intervenientes	
APOIOS TÉCNICOS	Bengala			Próprio			Registos de ocorrências nas feridas	Registos da higiene oral com e sem ajuda; Registo das caminhadas e outras atividades	AAD, ASG e ANIMADORA	
	Prótese Dentária			Próprio						
	Almofada para prevenção das úlceras de Pressão			Próprio						
HIGIENE HABITACIONAL	RESPONSABILIDADE da FAMÍLIA									
TRATAMENTO DE ROUPAS	Manter a roupa cuidada e limpa			As roupas devem estar devidamente identificadas com o nº 27 ;			Registos da roupa na folha mensal das AAD's	Nº de registos das ocorrências (roupa suja, ou sujou-se por situação de emergência)	AAD e ASG	
	Monitorizar as análises cónicas regulares e os MCD's (Meios Complementares de Diagnóstico			Semanalmente e/ou quando for necessário o vestuário do utente deve estar limpo e arrumado na lavandaria.						
ATIVIDADES DE ANIMAÇÃO E SOCIALIZAÇÃO	Relações Familiares e sociais			Tem duas filhas, no entanto só uma das filhas mantém o contacto com a Instituição e visita o pai regularmente. Preocupa-se muito com o estado de saúde do seu pai.			Registos das visitas e outros contactos no caderno de ocorrências	Registos das atividades na folha mensal do utente	Animadora, AAD e ASG	
	Lúdico - Recreativa			Gosta de ver televisão						
	Culturais									
	Sociais									
	Intelectuais									
	Espirituais e/ou Religiosas			Gosta de rezar						
	Quotidianas			Gosta de conviver e às vezes conversar. Quando pode ainda vai ver a sua horta.						
Desportivas			Gosta de caminhar e fazer exercício físico, mas tem alguma dificuldade na subida de escadas e/ou caminhos.							
ÍNDICE DE BARTHEL	Alimentação	Banho	Aividades Rotineiras	Vestir-se	Intestino	Sistema Urinário	Uso da Casa de Banho	Transferências (Cama/ Cadeira e vice versa)	Mobilidade (em superfícies Planas)	Escadas
	Tem dieta para diabéticos tipo II, mas é autónomo	Independente	Independente	Precisa de ajuda mas consegue fazer uma parte sozinho	Continente	Continente	Independente	Independente	Independente	Precisa de alguma ajuda
Observações:										
Visto por: _____ Data: _____										