



Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas

Qualidade de Resposta Social para Pessoas Idosas: Uma Análise Comparada de Centros de Dia no Concelho de Oeiras

Inês Maria Estibeiro Peneda Seoane

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Administração Pública

Orientadora:

Doutora Maria Asensio Menchero, Investigadora Integrada,
ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa

Coorientador:

Doutor Jorge Manuel Ferreira, Professor Auxiliar
ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa

Junho, 2018



Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas

Qualidade de Resposta Social para Pessoas Idosas: Uma Análise Comparada de Centros de Dia no Concelho de Oeiras

Inês Maria Estibeiro Peneda Seoane

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Administração Pública

Orientadora:
Doutora Maria Asensio Menchero, Investigadora Integrada,
ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa

Coorientador:
Doutor Jorge Manuel Ferreira, Professor Auxiliar
ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa

Junho, 2018

Agradecimentos

Em primeiro lugar gostaria de referir que senti necessidade de escrever a minha dissertação sobre este tema dada toda a carga emocional a si inerente por experiência pessoal e profissional vivida com idosos, suscitando o meu interesse e desejo de enriquecimento nesta temática.

Assim, quero agradecer aos meus pais por me terem proporcionado a capacidade de realizar os meus estudos, e, em particular, este mestrado. À minha irmã “Isa” por me inspirar a lutar pelos meus objetivos e ser cada vez melhor, não duvidando de mim própria. Ao meu namorado Pedro por me dar força para continuar, todos os dias. A todos os meus amigos e amigas pelos sorrisos diários que causam em mim e pelo apoio dado, mesmo que indireto. Quero ainda agradecer ao ISCTE-IUL pela experiência académica notável, bem como aos orientadores pelas ideias certas, em tempo útil.

Não posso deixar de mostrar a minha gratidão aos dois Centros de Dia, S. Vicente de Paulo e S. José de Carnaxide, pela autorização na colaboração com o estudo, e disponibilidade constante durante a realização das entrevistas. Quero deixar o meu obrigada às pessoas inspiradoras que conheci: às diretoras técnicas, às equipas motivadas e, sobretudo aos utentes idosos, pela sua transparência e pelo pouco e muito que me contaram.

Finalmente quero agradecer aos meus avós, aos quais dedico inteiramente esta dissertação, pelo apoio demonstrado ao longo de toda a minha existência e por toda a inspiração nesta etapa, de autorrealização. Adoro-vos!

Resumo

Na presente dissertação é desenvolvido um estudo comparado entre respostas sociais prestadas por duas Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) - Centros de Dia - situadas no concelho de Oeiras, no ano de 2018. Para tal, recorre-se a uma revisão das perspetivas teóricas da literatura sobre o impacto da resposta social prestada, com especial enfoque no critério da Qualidade, conduzida pelos Centros de Dia, relacionando perspetivas epistemológicas com aquelas dos organismos não lucrativos, em termos conceituais e metodológicos.

A avaliação da satisfação dos utentes é um fator crescentemente exigido atualmente na prossecução de políticas sociais, dado o maior nível de participação e informação por parte do Cidadão e exigência dos seus direitos como tal. Assim, a mesma é caracterizada, com base na aplicação de uma matriz de análise categorial, inspirada na revisão bibliográfica, utilizando-se uma metodologia qualitativa indutiva, entendendo a forma de prestação de apoio com qualidade aos utentes idosos, por ambos os Centros de Dia.

Os resultados deste estudo conduziram à conclusão de que ambas as unidades em estudo não se encontram, ainda, devidamente qualificadas no sentido de medir os seus processos-chave e avaliar o nível de satisfação do seu público-alvo de forma frequente, dadas as suas características cada vez mais peculiares. Os profissionais sentem-se motivados no desempenho da sua função quotidiana, no entanto, têm a noção do seu grau de formação teórico insuficiente para lidar com uma Sociedade crescentemente envelhecida. Os utentes apercebem-se das lacunas existentes revelando um leque reduzido de possibilidades de escolha de respostas sociais.

Palavras-Chave: Centro de Dia, Estado Social, Idosos, IPSS, Qualidade de Serviço

Abstract

The present dissertation develops a comparative study of social responses provided by two social solidarity private institutions - Day Centers - located in Oeiras municipality, in 2018. It was made a theoretical perspective literature review on the social response impact, with special focus on the Quality criteria, conducted by Day Centers, linking epistemological perspectives with those of non-profit organizations in conceptual and methodological terms.

The evaluation of customer satisfaction is a currently required factor in the pursuit of social policies, given the greater level of participation and information of each Citizen and demand of their rights as such. Thus, it is characterized, based on the application of a categorical analysis matrix, inspired by the bibliographic review, using a qualitative inductive methodology, in order to understand the way of providing support, with Quality, to the elderly users by both the Day Centers.

The results of this study led to the conclusion that both Day Centers under study are not yet adequately qualified to measure their key processes and often assess the level of satisfaction of their target audience, given their increasingly peculiar characteristics. Professionals feel inspired and motivated on performing their daily function, however, they are aware of their insufficient theoretical training degree to deal with an increasingly aging society. Users are aware of the existing gaps but show a reduced range of choice.

Keywords: Day Center, Welfare State, Elderly, Third Sector, Quality of Service

Qualidade de Resposta Social para Pessoas Idosas: Uma Análise Comparada de Centros de Dia no Concelho de Oeiras

Índice	
Agradecimentos	i
Resumo	ii
Abstract	iii
Índice	v
Índice de Quadros	vii
Índice de Figuras	vii
Glossário de siglas	viii
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO 1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	5
1.1. Evolução da Gestão Pública em Portugal	5
1.2. Crise do Estado-Providência e da Sociedade-Providência	7
1.3. O Estado e o Terceiro Setor em Portugal	12
1.3.1. Fragilidade Atual do Terceiro Setor	17
1.4. Redes de Solidariedade.....	18
1.5. O Envelhecimento e a Dependência	20
1.6. Políticas Sociais de Velhice em Portugal	22
CAPÍTULO 2 – QUALIDADE DE SERVIÇO E SATISFAÇÃO	29
2.1. Conceito.....	29
2.2. Qualidade de Resposta ao Envelhecimento nas IPSS.....	33
2.3. Qualidade de Vida e Satisfação	35
2.4. Certificação de Qualidade das Respostas Sociais.....	38
2.5. Modelo Organizacional do Centro de Dia com qualidade.....	39
2.6. Cidadania, Ética e Participação na prestação de serviço às Pessoas Idosas	42
2.7. Que Gestão de Respostas Sociais para o Futuro?.....	45
CAPÍTULO 3 – METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO	49
3.1. Hipóteses de Investigação	49
3.2. Instrumentos de recolha e tratamento de dados.....	50
CAPÍTULO 4 – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS	53
4.1. A Realidade do Envelhecimento no Concelho de Oeiras	53
4.2. Apresentação dos Estudos de Caso	56
4.3. Resultados Categoria I - Caracterização Pessoal e Profissional da Amostra	59

4.3.1. Equipas Técnicas.....	59
4.3.2. Utentes.....	59
4.3.3. Diretores Técnicos.....	61
4.4. Resultados Categoria II - Perceção em relação à Resposta Social de Centro de Dia.....	62
4.4.1. Equipas Técnicas.....	62
4.4.2. Utentes.....	63
4.4.3 Diretores Técnicos.....	65
4.5. Verificação de Conformidade com as Hipóteses de Investigação.....	67
CONCLUSÃO	69
BIBLIOGRAFIA.....	73
FONTES.....	75
ANEXOS	77

Índice de Quadros

Quadro 1.1. Lei de Bases da Segurança Social	16
Quadro 2.1. Diferentes abordagens de qualidade	32
Quadro 2.2. Modelo lógico do Centro de Dia	41
Quadro 3.1. Resumo do concelho de Oeiras	53
Quadro 3.2. Evolução do Índice de Envelhecimento no Município de Oeiras.....	53
Quadro 4.1. Equipamentos de Centro de Dia no concelho de Oeiras	55
Quadro 4.2. Estado civil dos utentes entrevistados	60
Quadro 4.3. Duração da utilização dos serviços de Centro de Dia.	60

Índice de Figuras

Figura 2.1. Evolução do conceito de qualidade.....	31
Figura 4.1. Idades dos utentes entrevistados em C_p e C_j	60
Figura 4.2. Género dos utentes entrevistados	60

Glossário de siglas

AVD – Atividades de Vida Diária

CAF – Common Assessment Framework

CEE – Comunidade Económica Europeia

CMO – Câmara Municipal de Oeiras

CNAPTI - Comissão Nacional para a Política da Terceira Idade

CRP – Constituição da República Portuguesa

DGAS – Direção-Geral de Ação Social

DGSS – Direção-Geral da Segurança Social

EFQM - European Foundation for Quality Management

EQUASS – European Quality Assurance in Social Services

ERPI – Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas

EUA – Estados Unidos da América

GM – Guerra Mundial

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social

ISFL – Instituições Sem Fins Lucrativos

ISS - Instituto da Segurança Social

QUAR – Quadro de Avaliação e Responsabilização

MAQRS - Modelos de Avaliação da Qualidade das Respostas Sociais

NGP – Nova Gestão Pública ou NPM – *New Public Management*

NSP – Novo Serviço Público ou NPS – *New Public Service*

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organizações Não Governamentais

ONU – Organização das Nações Unidas

PAII – Programa de Apoio Integrado a Idosos

PDI – Plano de Desenvolvimento Individual

PIB – Produto Interno Bruto

PROCOOP – Programa de Celebração/ Alargamento de Acordos de Cooperação para o Desenvolvimento de Respostas Sociais

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SAD- Serviço de Apoio Domiciliário

SCI – Sistema de Controlo Interno

SCML – Santa Casa de Misericórdia de Lisboa

SCMO – Santa Casa de Misericórdia de Oeiras

Séc. – Século

UE – UE

UMP – União das Misericórdias Portuguesas

INTRODUÇÃO

O tema da presente dissertação, “Qualidade de Resposta Social para Pessoas Idosas: Uma Análise Comparada de Centros de Dia no Concelho de Oeiras”, foi resultado de uma constatação relativamente à tendência de Envelhecimento demográfico no mesmo, bem como a nível nacional, e da consequente vulnerabilidade do público-alvo face à ainda existente escassez de respostas sociais multidisciplinares dignas. Trata-se de uma investigação com uma temática cada vez mais pertinente requerente de desenvolvimento: a medição da qualidade de serviço prestado às pessoas idosas pelos Centro de Dia.

Nas democracias modernas é cada vez mais unânime a exigência de uma monitorização e medição contínua da satisfação do Cidadão, crescentemente interessado no sucesso do serviço globalmente prestado e não apenas em transações específicas, avaliando e compreendendo as suas perceções em função das suas necessidades. Esta questão suscitou o meu interesse dada a sua extrema importância no quotidiano das populações, sobretudo as mais vulneráveis, mobilizando capacidades significativas.

O Centro de Dia, em detrimento de outros equipamentos, é considerado um espaço adequado à convivência dos idosos, mobilizando uma aprendizagem de novas competências e socialização, fulcrais nos dias de hoje. Apresenta custos mais baixos relativamente aos restantes equipamentos, sendo capaz de originar resultados proporcionadores de um Envelhecimento ativo. Também é um equipamento social com alguma percentagem de utentes, embora cada vez menor, possuidores de uma preservação identitária, poucas desestruturas, refúgio no imaginário e relativa autonomia na realização das tarefas diárias.

A vulnerabilidade na Terceira Idade tem vindo a aumentar exponencialmente dada a crítica tendência de Envelhecimento demográfico nacional. O aumento da esperança média de vida e consequente horizonte de uma vida mais longa, associado à crescente profissionalização do sexo feminino (principal prestador de cuidados a idosos), bem como a não coabitação intergerações, dado o afastamento de laços afetivos familiares, são alguns precedentes do aumento do número de casos de isolamento, exclusão social e consequente possibilidade de solidão. Assim, revela-se fulcral a existência de respostas sociais dignas de apoio à Velhice, bem como a medição constante do seu impacto no combate à marginalização e aumento do bem-estar e qualidade de vida das pessoas idosas.

De facto, para além da comum avaliação burocrática, a avaliação contextualizada de resultados provenientes de experiências de satisfação das pessoas idosas perante a qualidade e eficiência do impacto das respostas sociais apresenta-se como uma prática que deveria ser regular na prossecução de políticas públicas, nos dias de hoje. Assim, perante a atual insuficiente oferta de proteção social pelo Estado e Mercado, surge com pertinência, neste estudo, uma abordagem às instituições sociais não lucrativas de iniciativas de Cidadãos, redes de entreajuda ou coletividades locais, temporalmente situada no ano de 2018.

A pergunta de partida à qual se pretende responder com a presente investigação é: O modelo de administração das instituições sociais de Centro de Dia influencia a qualidade da resposta dirigida às pessoas idosas no concelho de Oeiras? Que efeitos produzem as instituições sociais Centro de Dia na qualidade de resposta dirigida às pessoas idosas (eficácia de procedimentos e satisfação perante os serviços prestados)?

Apresenta-se, como objetivo principal, analisar e avaliar a qualidade de serviço prestado pelas IPSS de apoio às pessoas idosas, com foco na resposta social dirigida aos utentes de dois Centros de Dia do concelho de Oeiras: o Centro de Dia São Vicente de Paulo, pertencente à SCMO, situado na União de Freguesias de Oeiras, S. Julião da Barra, Paço de Arcos e Caxias, e o Centro de Dia São José, pertencente ao Centro Social Paroquial S. Romão, na União de Freguesias de Carnaxide e Queijas. Pretende-se, assim, entender de que forma é que a estrutura organizacional das IPSS, em particular, Centros de Dia, influencia o cumprimento dos requisitos de avaliação de qualidade, o seu impacto no serviço prestado às pessoas idosas e conseqüente nível de satisfação.

Como objetivos específicos desta dissertação apresentam-se os seguintes: analisar os procedimentos de qualidade desenvolvidos nas unidades de estudo; avaliar a eficácia das respostas dadas em Centro de Dia à pessoa idosa; identificar mecanismos de melhoria da administração do Centro de Dia para pessoas idosas, estimando necessidades não satisfeitas pelas entidades competentes, e contribuir para o aperfeiçoamento de modos de atuação e práticas profissionalizantes condicionantes do bem-estar dos utentes. O objeto de estudo desta dissertação é o papel das IPSS, com foco na qualidade desenvolvida pelos equipamentos sociais Centros de Dia, em resposta à realidade social do Envelhecimento, no ano de 2018.

Iniciou-se a investigação com uma análise documental extensa nas matérias principais em questão: Administração Pública (área do mestrado em causa), Serviço Social na Velhice e Gestão do Terceiro Setor. Foram realizadas, paralelamente à elaboração do primeiro capítulo teórico, duas entrevistas exploratórias: a primeira a uma docente do ISCTE, diretora do Departamento de Desenvolvimento e Coesão Social da Câmara Municipal de Oeiras e a segunda a uma assistente social da SCML, ex-aluna do ISCTE, atual diretora técnica do Centro de Apoio Familiar. Procedeu-se, também a um levantamento de informação teórica respetiva à Segurança Social, a fim de obter um conhecimento mais vasto em causa.

Dadas as dificuldades de compreensão e abstração existentes perante a vulnerabilidade deste público-alvo, optou-se pelo seguimento de uma metodologia de caráter qualitativo de recolha de dados, em detrimento de quantitativo. Foram, assim, realizadas entrevistas semiestruturadas a ambas as amostras de equipas técnicas dos Centros de Dia em causa, bem como a uma amostra selecionada de pessoas idosas em ambas as unidades de estudo. Por fim, procedeu-se à elaboração de entrevistas a ambos os Diretores dos Centros de Dia, construindo-se uma grelha de conteúdo qualitativa (matriz de análise), operacionalizadora dos conceitos técnicos, tratando os dados recolhidos.

Esta investigação está estruturada em quatro capítulos. Nos capítulos um e dois (enquadramento teórico) aborda-se a evolução e crise do Estado e Sociedade-Providência em Portugal, bem como o desenvolvimento de qualidade nas respostas sociais formais e informais perante o fenómeno do Envelhecimento, e sua projeção para um futuro cada vez mais próximo. No capítulo três, introduzem-se as técnicas de recolha e análise dos dados. Segue-se, no capítulo quatro, uma análise de resultados de acordo com a metodologia utilizada, respondendo às questões e hipóteses de investigação previamente concebidas. Por fim, é elaborada uma conclusão, terminando com a bibliografia do estudo.

Qualidade de Resposta Social para Pessoas Idosas: Uma Análise Comparada de Centros de Dia no Concelho de Oeiras

CAPÍTULO 1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. Evolução da Gestão Pública em Portugal

A Gestão Pública corresponde a uma área da Ciência da Administração Pública que procura equilibrar “preocupações políticas, económicas, sociais, éticas e de justiça, numa perspetiva integrada para o prosseguimento do interesse público, em ambientes complexos e altamente diversificados” (Oliver, 1984, citado por Silvestre, 2010: prefácio). Investiga problemas de organização pública, entendida como uma entidade social organizada, altamente influenciada pelo poder político (Bilhim, 2000, citado por Silvestre, 2010: 12). A relevância que assume nos dias de hoje é notável, dado o fenómeno de globalização e as iniciativas de reforma da Administração nos países ocidentais, com destaque para os anglo-saxónicos¹.

No início do séc. XX, nos países ocidentais europeus, floresceu uma ideologia de Estado liberal de acordo com os princípios da Economia Clássica, consistente numa intervenção estatal mínima na vida económica e social, garantindo apenas as regras de mercado, com base no pensamento liberal associado ao princípio *laissez-faire* (Mozzicafreddo, 1992, citado por Carvalho, 2008: 50). Afirmava-se o Princípio de Monopólio da Administração Pública, dando-se uma clara separação entre as esferas pública e privada, não se promovendo qualquer abordagem alternativa ao capitalismo.

Porém, com a queda da bolsa de Nova Iorque (1929) e conseqüente grave recessão de eficácia, económica e ideológica, culminante na II GM, deu-se uma constatação da insuficiência dos mecanismos de mercado na garantia de desenvolvimento das sociedades, ganhando importância as ideias norte-americanas de Keynes com o *New Deal* (impulso da atividade económica pelo Estado, intervencionista, redistribuidor e positivo). Cresce, assim, na Europa, como resultado de solidariedade pós-guerra, um ambiente propício à expansão da Cidadania, confiança pública, transparência e diálogo democrático (Carvalho, 2008: 2) - os conhecidos *Trinta Anos Gloriosos* (Quintão, 2011: 9) - ambiente esse que, após a Revolução Industrial e fim dos regimes totalitários da Europa Continental, expande-se rapidamente. O Estado-mínimo transcende-se, assim, para um Estado-Providência com um papel ativo e intervencionista na proteção social contra danos do capitalismo, compensando desequilíbrios sociais gerados pela ação do mercado e redistribuindo, de forma igualitária, o mínimo social de padrões de vida e proteção social, impulsionando a produção de bens e a prestação de serviços públicos²,

¹As origens do estudo da Gestão Pública e da Ciência da Administração remontam ao Confucionismo, dominante na Europa e EUA (Hood, 1995, citado por Silvestre, 2010: 14) e Cameralismo (*idem*, 1998), influenciador das escolas de Ciência Política no séc. XVII e XVIII, apoiantes de um Estado interventor no desenvolvimento económico e ordem social.

²Segundo Silvestre (2010: 29) o Serviço Público consiste em todas as ações organizacionais desenvolvidas que visam a satisfação de necessidades coletivas, individualmente sentidas, através do fornecimento de bens e/ ou serviços distribuídos: gratuitamente, a preço inferior ao custo de produção ou a preço superior ao custo de produção, mas inferior ao praticado no mercado.

essenciais à existência humana, alocando recursos aos mais carenciados e equalizando diferenças entre os indivíduos (Melo Conti, 2010: 164).

A gestão social começa, assim, a ganhar forma no início da década de 50 com o tão conhecido “Estado de Bem-Estar Social” ou *Welfare State*³ (Melo Conti, 2010: 163), apoiante do direito dos indivíduos a um conjunto de bens e serviços⁴, fornecidos garantidamente pelo Estado, de forma direta ou indireta, desde o seu nascimento até à morte. De acordo com Carmo, 2014, *citado por* Matos, 2014: 4, dá-se uma mudança de paradigma, visível sobretudo após o fim do Estado Novo, em que o Estado Social passa a surgir enquanto instituição social, com uma nova visão e metas de implementação de um capitalismo de bem-estar, conciliador de eficácia, eficiência e solidariedade entre gerações, reduzindo desigualdades e salvaguardando situações mais vulneráveis⁵. A Segurança Social passou a ser /uma competência do Estado, em termos de organização, coordenação e subsidiação, deixando de se focar, apenas, em segmentos populacionais específicos. Deu-se uma tendência de instrumentalização das políticas públicas na implementação e regulação de serviços sociais, surgindo, no entanto, um isomorfismo institucional das organizações do Terceiro Setor⁶, afastando-se dos seus princípios originais e aproximando-as quer do setor público, quer do privado.

³Surgido na intitulada “*Era Dourada*” (Matos, 2014: 4), correspondia a um modelo de Sociedade marcado pela preponderância do Estado na condução da política e economia, tornando-se provedor de bens sociais, gerando externalidades positivas para a Sociedade (Melo Conti, 2010: 164). Apresentava, como fins, a segurança, a justiça e o bem-estar (Carmo, 2012, *citado por* Carvalho, 2013: 86), possuindo como objetivos a redução da incerteza e a promoção de regulação e orientação socioeconómica. Segundo Esping-Andersen (1990), *citado por* Matos, 2014: 6, existiam três modelos de Estado-Providência: o Escandinavo ou Social-democrata, com elevado investimento social (provisão universal pelo Estado, com serviços públicos profissionalizados e pressão para a assunção de responsabilidades públicas), o Anglo-saxónico ou Liberal, dependente das regras de mercado (onde o Terceiro Setor complementaria a insuficiente provisão de serviços sociais) e o Continental ou Corporativista, mais conservador, informal e com medidas passivas, representando o Terceiro Setor um papel fulcral de parceria na provisão de bem-estar.

⁴Os serviços distinguem-se dos bens dadas as suas principais características de intangibilidade, perecibilidade, inseparabilidade e heterogeneidade relativas (Schneider, 2004: 7).

⁵Período autoritário de natureza corporativa e assistencialista de 41 anos ininterruptos, desde a aprovação da Constituição de 1933, até ao seu derrube, aquando da transição Democrática, a 25 de Abril de 1974.

⁶Entendem-se Organizações do Terceiro Setor por agentes não-económicos, voluntários (sem fins-lucrativos) e não estatais (sem vínculo com o 1º ou 2º setor), produtoras de bens e serviços de interesse geral, procurando atuar coletiva e formalmente para o bem-estar de uma comunidade ou Sociedade (bem como os seus membros), que lhes deu origem, pressupondo a democratização e emancipação dos sujeitos sociais mediante o exercício de Cidadania (Tenório, 1999, *citado por* Melo Conti, 2010: 163). Correspondem a iniciativas privadas (pessoas coletivas institucionalmente separadas do Estado) de utilidade pública, de acordo com a DGSS, não distribuidoras de lucro, sendo também autogovernadas (gestão autónoma) e voluntárias (baseadas em valores de harmonia, altruísmo, solidariedade, filantropia e atenção) (Carvalho, 2010: 111). Nelas estão incluídas organizações geralmente aceites, nacional e internacionalmente: IPSS, Pessoas Coletivas de

O modelo de Administração Pública associado a esta conceção de Estado era o modelo europeu burocrático, baseado nas ideias de Max Weber (1978). Os seus princípios seriam a precisão, velocidade, clareza, regularidade, fiabilidade e eficiência através de uma hierarquia de poderes e divisão do trabalho. Segundo Denhardt, 2000, *citado por* Silvestre, 2010: 15, a Burocracia seria independente do propósito de cada organização, possibilitando o controlo dos recursos humanos e o cumprimento dos objetivos, indo também de encontro às ambições políticas. Para Rocha, 2001, *citado por* Carapeto, 2005: 28, seria essencial à Gestão Pública, constituindo um dos instrumentos de garantia de equidade de tratamento e limitação das assimetrias introduzidas pelo Mercado. As suas características fundamentais consistiriam no carácter legal e legítimo das normas e regulamentos, o carácter formal das comunicações, a racionalidade e divisão do trabalho, a impessoalidade nas relações, a hierarquia de autoridade, a standardização de rotinas e procedimentos, a competência técnica e meritocracia, a especialização da administração, a profissionalização dos participantes e a completa previsibilidade do seu funcionamento (Chiavenato, 2004: 262).

No entanto, a mesma demonstrou revelar algumas limitações e disfuncionalidades relacionadas com o excesso de procedimentos (intituladas de “*red tape*” pelo mundo anglo-saxónico), simbolizando, hoje em dia, a ineficácia, na Administração Pública Portuguesa.

1.2. Crise do Estado-Providência e da Sociedade-Providência

Para Rocha (2001: 69) nunca chegou a existir um verdadeiro Estado de Bem-Estar em Portugal, dando-se um extensivo controlo sobre o país, iludido numa imagem de legalidade e legitimidade. O crescimento da Administração Pública do Estado-Providência, responsável pelo bem-estar social, originou graves fenómenos de ineficiência do uso dos recursos públicos (Carvalho, 2008: 2). De facto, segundo Pimentel (2001: 30), as dificuldades de implementação de medidas de proteção social por parte do Governo Português motivaram-se, sobretudo, no ritmo acelerado de crescimento das despesas públicas ligadas às políticas sociais (aumento do défice público suscitado pelo aumento da esperança média de vida⁷, *baby boom* pós-II GM e consequentes gastos crescentes em educação e saúde), simultaneamente com um surgimento de preocupações de bem-estar social durante um período político e socialmente conturbado, gerando uma extrema invisibilidade dos processos sociais e impessoalidade das solidariedades formais.

O projeto de Estado e Sociedade consignado na Constituição de 1976 estava já em crise, dado que, à medida que se consolidava o Estado Social, a natureza das *políticas distributivas* ia-se alterando para *políticas produtivas de cariz capitalista* (Vaz, 2003: 195), dando-se uma clara incongruência na

Utilidade Pública Administrativa e Pessoas Coletivas de Mera Utilidade Pública (segundo Freitas do Amaral). São exemplo as cooperativas, mutualidades, associações e fundações.

⁷Segundo Nunes, 2014: 9, este foi consequência do aperfeiçoamento dos requisitos higiénicos básicos, nutrição, sistema educativo, situação económica e dos cuidados de saúde, prolongando, assim, a vida dos Cidadãos. Para Capucha, 2014: 117, “(...) o fenómeno do envelhecimento no topo não se deve a nenhuma mutação genética, mas sim a mudanças económicas, sociais e políticas profundas”.

definição, execução e avaliação dessas mesmas políticas. Segundo Mozzicafreddo, (1992: 60), o desenvolvimento do Estado-Providência em Portugal⁸ estruturou-se, em termos institucionais, num modelo *universalista*, no entanto a sua evolução tendeu para uma abordagem mais *instrumental e seletiva*, sendo *descontínuo, desintegrado e fragmentado* em resultados, causando um Estado de insuficiências sociais da população (Mozzicafreddo, 1992: 76). Para Hespanha, (2000: 330), este seria caracterizado por uma elevada autonomia em relação à Sociedade Civil, representando minimamente os seus interesses, maioritariamente de uma forma burocrática⁹. Rodrigues (2010: 1) acusava-o pela sua ineficiência, lentidão e incapacidade de reação às necessidades do Cidadão e às mutuações do meio onde se inseria, prejudicando ainda o desenvolvimento económico e possuindo apenas o propósito de aumento do seu bem-estar e poder.

Assim, este “Estado-Providência” esforçou-se por implementar uma grande variedade de serviços públicos, contudo, sem concordância com a qualidade devida e prometida, dando-se uma clara discordância entre o quadro legal - compromissos formais e constitucionais - e as práticas sociais - atuação real (Pimentel, 2001: 31), nunca chegando a atingir a maturidade. Surgem, por conseguinte, pretensões de uma intervenção menor ou nula do Estado nas tarefas de Estado Social, contrariando as políticas Keynesianas, para se dedicar apenas a atividades de gestão, controlo e incentivo (Carapeto, 2005: 20).

A década de 80 e 90 foi marcada, assim, por um discurso de crise e vulnerabilidade económica do Estado de Bem-Estar, e sobretudo, da legitimidade do conceito de solidariedade estatal, com um colapso de benefícios e medidas de proteção sociais, enfatizando uma lógica de mercado e provisão dos direitos sociais mínimos para cada indivíduo. O Estado de Bem-Estar falha dada a não compreensão da sua residência numa filosofia de ética moral e solidária (declínio acentuado do bem-estar coletivo), assentando em pilares errados¹⁰. Assim, exigiu-se a conceção de novas formas de prestação do Serviço público, culminando num falhanço total do *Welfare State*.

⁸Para Matos, 2014: 18, existem duas conceções extremantes do Estado-Providência: a *assistencialista* quando o Estado *de amparo*, (Barata, 2014) apresenta-se como um conjunto de instituições sociais cuja gestão foi idealizada para impedir a queda da Sociedade abaixo de níveis de vida decentes e minimamente aceitáveis, preenchendo lacunas do Estado no campo assistencial, face a emergências de pobreza e doença, presentes nos grupos mais vulneráveis da sociedade; a *programática* (Matos, 2014: 19), na qual o Estado defende a maximização da igualdade de oportunidades, materializando instituições que garantam o melhor serviço possível para o maior número possível, através de uma universalização de direito ao acesso de bens sociais.

⁹(The State) “*has become overly bureaucratic, remote from the needs of many of the people it is meant to address, and (...) has become the servant of powerfully entrenched producer interests rather than the users of these services*” (Hambleton & Hoggett, 1993, citado por Percy-Smith, 1996: 25).

¹⁰Não foi implementado de acordo com o Modelo Social Europeu (Santos, C.C, 2016: 47), baseado num Estado de Direito e no clássico paternalismo entre o Estado e os assistidos. São introduzidos elementos do modelo liberal, visando a separação entre o Estado e a sociedade.

Em termos administrativos, até 1974 vigora em Portugal uma Administração fria, distante, caracterizada pela arrogância, despotismo, afastamento e desfasamento genérico em relação às necessidades sociais dos indivíduos (Araújo, 2002 *citado por* Silvestre, 2010: 100), existindo um poder público sem recursos, ao invés de um Serviço Público propriamente dito. Segundo Caiden, 1969, *apud* Araújo, (2002: 57), “*conceptualmente a reforma é necessária quando a mudança administrativa não é suficiente para lidar com as exigências do ambiente*” e acompanhar a evolução externa das pressões sociais. O intervalo entre o desenvolvimento de mecanismos de compreensão das solicitações sociais e a produção de respostas adequadas e dignas prende-se com a incapacidade de satisfação de um número crescente de solicitações, não antecipando o futuro com a adoção de métodos públicos mais eficazes.

Após a adesão à CEE, em 1986, dá-se, assim, uma imperatividade na agenda da reforma política das Administrações Públicas ocidentais anglo-saxónicas, existindo um desejo de alteração do *status-quo*: estruturas centralizadas, hierárquicas, uniformes e controladas, bem como normas legais e regulamentos formais, de raízes no modelo napoleónico, característicos da Administração Pública portuguesa e restantes administrações do Sul, solicitado cada vez mais pela Sociedade Democrática. Adotam-se, assim, ideias do setor privado, trazidas do Reino Unido (1979), com enfoque na privatização, mercado aberto e competitividade, surgindo a corrente da NGP¹¹. Esta reforma é influenciada por quatro grandes forças: socioeconómica (toda a conjuntura económica e condições sociais, bem como mudanças sociodemográficas), o sistema político (o surgimento de novas ideias de gestão provenientes da Globalização e a pressão crescente dos Cidadãos¹²), a decisão das elites e o próprio sistema administrativo.

Através de uma introdução de mecanismos de mercado, considerados superiores às práticas do setor público (visto como menos célere e produtivo, caro e ineficiente), melhorar-se-ia a *performance* das organizações públicas, com maior eficiência e eficácia (alcance dos resultados), responsabilizando o Cidadão. Reformando o setor público, desmontando-o do seu pilar burocrático weberiano típico, aproximar-se-ia a Administração Pública dos Cidadãos, tendo em conta o desempenho e o controlo dos *outputs* ao invés das estruturas típicas verticais hierarquizadas e controladas, mantendo sempre um contínuo compromisso com a qualidade (Pollitt, 2002, *apud* Silvestre, 2010: 102). Assim, poder-se-ia

¹¹A NGP priorizou a pressão pela eficiência no setor público, tendo sido largamente influenciada pela Teoria Neoliberal (Drewry, 2000; Ferlie, Ashburner, Fitzgerald, Pettigrew, 1996, *citado por* Silvestre), Teoria da Escolha Pública (Araújo, 1998; Hood, 1994, Lane, 2005, Rocha, 2001), Novo Institucionalismo Económico e Teoria dos Custos de Transação (Hood, 1991: 81), Teoria dos Direitos de Propriedade, Teoria do Principal-Agente e Teoria da Abordagem Gestionária.

¹²Segundo Pollitt, 1995: 6, correspondem a uma concentração de direitos e deveres numa pessoa, como indivíduo, dentro de um Estado constitucional e sobre uma hierarquia de leis e regulações. Distingue-se de *clientes*, por estes dizerem respeito a uma concentração e hierarquia de necessidades e satisfação das mesmas, numa situação de procura e oferta de bens e serviços, sujeita à disponibilidade e vontade de pagamento.

criar uma cooperação sinérgica entre os dois setores, público e privado, introduzindo técnicas e ferramentas que evitassem a duplicação de funções, correspondendo às preferências dos Cidadãos através de serviços mais integrados, eficientes e flexíveis, de gestão profissional, alcançando desta forma a visibilidade da excelência, a descentralização (*downsizing*) e fragmentação e a gestão da qualidade de serviço (conhecimento e satisfação das necessidades dos concidadãos). No fundo, a NGP trouxe consigo uma alteração de paradigma e espírito, para uma melhoria de desempenho, orientando e reorganizando a Administração Pública em estruturas redimensionadas, tornando-a mais transparente, pró-ativa e idónea, abrindo a sua missão à Sociedade (Rodrigues, 2010: 2) e acentuando a gestão de valor público: promoção de capacidades de escolha reais e autónomas, com reflexos positivos para a qualidade e adequação dos serviços prestados (Moreira, 2008: 105).

No início do séc. XXI eleva-se um decréscimo do grau de confiança dos Cidadãos na classe política, bem como na legitimidade governamental, dadas as práticas não-éticas e de corrupção características da evolução da NGP, diminuindo-se assim o caráter público do próprio setor público (Carvalho, 2010: 53). Mais recentemente, no início da década de 90, perante as imperfeições do modelo anterior, surge o “Novo Serviço Público” (cuja origem proveio dos EUA) e, mais recentemente, a “Reinvenção do Governo”, tradição democrática mais humanista e moderada da Administração Pública (Denhardt, Denhardt, 2000, *apud* Silvestre, 2010: 75), baseada numa questão de Cidadania, Diálogo e Comunidade¹³. Os seus propósitos seriam servir o Cidadão em vez de comandar o cliente, tendo o interesse público como assunto e não como consequência, através de um pensamento estratégico e ação democrática, partilha de responsabilidades, prestação de contas, valorização do serviço público (a pessoa) acima do empreendedorismo (produtividade), facilitando a interligação com os Cidadãos.

Não foi só o Estado-Providência que entrou em crise. No que diz respeito à proteção social perante a Terceira Idade, objeto de estudo e foco desta investigação, pode-se constatar que até à II Guerra Mundial, os cuidados assistenciais aos idosos eram prestados pela família e, aquando da sua ausência, o auxílio provinha sobretudo de instituições religiosas. O problema com que nos debatemos hoje em dia é ainda mais grave quando assistimos, de forma dramática, a uma também crise violenta e sem retorno da Sociedade-Providência. Os valores, aspirações, objetivos e impulsos estão a transformar-se rapidamente: o altruísmo, os modos de solidariedade, a reciprocidade e o investimento emocional (Pimentel, 2001: 32) estão a dar lugar à autonomia e ao desejo de privacidade atual, inerente a qualquer jovem. O caráter da Sociedade Civil está diminuído, numa lógica individualista, desintegradora, egoísta (distende e fragmenta os laços entre irmãos, comunitários ou em pequenas

¹³Emerge um novo paradigma organizacional, pós-burocrático, a intitulada “*Sociedade de 3ª Vaga*” (Toffler, A. & Toffler, H., 1999 *citado por* Carapeto, 2005: 25), importando a flexibilidade, medição da qualidade, capacidade de manobra e envolvimento dos utentes e códigos éticos de conduta, ao invés da empresarialização e competências manageriais (Greve, C. & Jespersen P.K., 1999 *citado por* Carapeto, 2005: 26).

redes, dada a mobilidade social para a cidade e o trabalho industrial), acelerada, tecnologizada e sem cumplicidade (valoriza-se, por vezes até mais, o prestígio face a estranhos).

Deu-se uma repentina fragmentação da unidade tradicional, uma desadaptação dos conhecimentos e saberes bastante rápida (crise de fundamentos), que exclui e marginaliza os indivíduos mais tradicionais e estigmatizados, sem poder ou glória, aumentando a sua passividade, geradora de dependência. As interações com elementos familiares mais velhos mudaram radicalmente, num sentido de enfraquecimento, descentralização e demissão de responsabilidades. As famílias nucleares ou monoparentais, os agregados familiares reduzidos, a instabilidade e o fosso crescente, no fundo, a tensão e fratura entre as gerações traduzem-se numa aparente falta de convívio das famílias clássicas portuguesas e ocidentais: escasseiam os espaços de entreajuda, convivência e diálogo, genericamente, no mundo contemporâneo, para o diálogo dos idosos com as restantes gerações, confinando-se a si próprios (Santos & Encarnação, 1998: 138). Para além disto, muitas das vezes, o cuidador informal não possui as características necessárias (o apoio informativo, emocional, instrumental e institucional suficiente) para lidar com a pessoa necessitada, sofrendo perturbações na vida familiar, dado o stress, *burnout*, sobrecarga física, emocional ou, até mesmo, desamparo e perda de papéis sentido (Diogo, 2016: 18).

Segundo Pimentel, (2001: 19), fatores como o elevado Envelhecimento demográfico, consequente dos avanços nos sistemas públicos de proteção social, a mobilidade geográfica e social dos núcleos mais jovens, a alteração da condição feminina (integração no mundo laboral crescente) e as progressivas alterações no seio da estrutura familiar, vieram reduzir abruptamente o interesse de reunião da família, de partilha de ideias e contato social, gerando exclusões, descontinuidade familiar e desigualdades. As habitações estão concebidas segundo uma abordagem solitária e segregada, com relativa exiguidade de espaço, de uma *assistência semi-pública* (Santos & Encarnação, 1998: 26), dificultando a coexistência, coabitação e interação entre as várias gerações, características da tradicional antiguidade. Assiste-se a uma “*despersonalização das relações entre os seres humanos*”, a uma “*erosão das sociabilidades públicas*” (Pimentel, 2001: 49) cada vez mais focadas em atingir um individualismo nuclear (“perverso”, segundo Albuquerque, 1998: 27) proveniente de uma ascensão socioprofissional, envolvendo-se em atividades desprovidas de afetos.

Vivemos numa época de novos riscos sociais (Matos, 2014: 21) sem resposta perante questões existenciais, devido às grandes alterações nas estruturas familiares, mudanças demográficas e privatização crescente de respostas sociais para o Terceiro Setor. Na rede de suporte informal às pessoas dependentes idosas, dá-se uma prestação de cuidados numa base de solidariedade voluntária ou sentimento pessoal (vínculo familiar ou de amizade) enquanto que a modalidade mais formal de prestação de cuidados baseia-se num contrato estabelecido com o utente, de forma profissional e qualificada, sob recompensa de exercício das suas funções (Social, C., 2010: 10). Não pode haver uma lógica de total exclusividade de serviços públicos ou das redes informais, devendo-se tentar articular as duas opções anteriores, através de um compromisso adequado, específico e diferencial de

resposta às necessidades da Sociedade atual (Diogo, 2016: 19), um sistema de *pluralismo assistencial* (*welfarepluralism*) com partilha de responsabilidades (Hespanha, 2000: 14).

Segundo a *Teoria das Tarefas Específicas* ou *Teoria das Funções Partilhadas* de Litwat (1985) dá-se uma complementaridade e interdependência entre as duas redes de suporte anteriores, se se favorecer, assim, a permanência do dependente no domicílio. O *Modelo de Substituição de Shanas* (1984) considera que a família apoia o idoso numa ótica de hierarquia e “ordem de série”: em primeiro lugar o cônjuge, se disponível, em segundo os filhos e, só a seguir se recorrerá a pessoas exteriores à família na prestação de cuidados. Por sua vez, a *Teoria* ou *Modelo Hierárquico Compensatório de Cantor* (1992) afirma que um idoso, só recorre, em última instância, a cuidados formais quando a sua rede informal é bastante fraca ou, até mesmo, inexistente, por falta de tempo ou incapacidade de resposta perante as suas acrescidas necessidades (Social, 2010: 11)¹⁴. No entanto, estas teorias, demasiado rigorosas na conceção de uma simples resposta de apoio ao idoso, coexistem em vários aspetos, tendo sido encontradas situações de suplemento do apoio informal por parte do formal (idosos beneficiários de suporte familiar que ainda recebem algum tipo de ajuda especializada, por exemplo, através do SAD) e complemento do formal pelo informal, para suprimir necessidades pontuais e incapacidades ocasionais da rede formal¹⁵.

Revela-se assim, fulcral, em Portugal, a existência ou reforço da política de apoio à família, que promova e reforce a solidariedade e o interesse pelas gerações mais velhas e dependentes, agindo de forma complementar à ação dos serviços sociais. Há um claro desafio de criação de regras dirigentes da conduta das famílias e seus membros, sendo capazes de interagir, participar, decidir e se adaptar a novos papéis e funções, mudando e crescendo conjuntamente (Martins, 2006: 131), para uma busca de novos laços de familiaridade e vizinhança. Vive-se ainda, em Portugal, um período de modelo misto de solidariedade na Velhice e na dependência (Social, 2010: 31). No entanto, caminha-se para uma rede informal em mutação progressiva, dados os conflitos entre gerações crescentes na Sociedade atual. Como tal, é urgente reforçar a capacidade dos serviços de apoio social de caráter formal (públicos ou privados), em termos físicos, técnicos e humanos, de forma a conseguir responder às dificuldades dos Cidadãos idosos.

1.3. O Estado e o Terceiro Setor em Portugal

Fazendo o contraponto à crise da Sociedade vivida recentemente no nosso país, Portugal, à semelhança da restante Europa Ocidental, tem assistido, comparativamente com as últimas décadas, a uma mobilização crescente geral da Sociedade Civil para dar resposta às necessidades básicas de toda a população (aproximando os serviços à mesma), como complemento do atual quadro de assistência

¹⁴Por cuidados formais, segundo Philip Abrams, entendem-se cuidados remunerados processados numa estrutura burocrática, realizados por indivíduos específicos, de acordo com exigências profissionais. Por sua vez, cuidados informais são cuidados não sujeitos a remuneração, baseados numa relação interpessoal mais próxima.

¹⁵Estudo de caso realizado em seis freguesias do concelho de Sintra (Social, 2010: 11).

social pública, surgindo, assim, um reconhecimento, porém ainda bastante débil e escasso, da necessidade de renovação do carácter plural do Terceiro Setor¹⁶, ocupante do espaço entre o Estado (lógica redistributiva) e o Mercado (lógica lucrativa), tornando-se cada vez mais central nos processos de governação da sociedade, dando lugar à participação da esfera doméstica (lógica de reciprocidade) na protecção social (Quintão, 2011: 4).

O Terceiro Setor emerge no contexto de crítica e crise do Estado-Providência aquando da passagem do fordismo para um pós-fordismo, enfatizando a inovação, flexibilidade, proximidade, autogovernança (Silva, 2013: 161), sendo um instrumento de vigilância sobre as instituições públicas e formação de capital social, ou seja, laços individuais, redes e normas de reciprocidade e confiança, vistos como recursos para a democracia. O Estado, de “bem-estar misto” ou “pós-social” reconhece, assim, a Segurança Social e a solidariedade como direitos sociais, apoiando e fiscalizando as instituições idóneas que com ele cooperem na prossecução de objetivos de solidariedade¹⁷ (Joaquim, 2015: 5), não como um simples parceiro, mas como garante do respeito dos princípios gerais do desenvolvimento social, gerando um autêntico quadro de partilha de responsabilidades (economia mista), perante as quais não se pode alhear, mesmo quando deixa o encargo para os particulares satisfazerem, numa abordagem de contratualização, *contracting-out* (um “*quasi-market*” segundo Lucas, 2010: 1).

Segundo o Consenso de Washington (1989) a Administração Pública reinventada veio suscitar a necessidade do Terceiro Setor, complemento da falência do 1º setor e do egocentrismo do 2º setor¹⁸.

¹⁶O termo de Economia Social assume significados diferentes de país para país, (Quintão, 2011: 4). Corresponde à resposta dos grupos sociais mais vulneráveis às novas condições de vida provenientes do capitalismo através de organizações de entreajuda, concedendo uma importância primordial aos aspetos sociais (Oliveira, 2015: 21). O Terceiro Setor, por seu lado, refere-se a uma investigação emergente desde o séc. XIX, no mundo anglo-saxónico, dedicada ao estudo de formas de elevada heterogeneidade de organização da Sociedade democrática, como associações, cooperativas, mutualidades e fundações (Lei Basilar de 2 de julho de 1867, citado por Quintão, 2011: 8).

¹⁷O Despacho Normativo n.º 75, publicado no Diário da República em 1992, bem como o Decreto-Lei n.º 217, de 16 de junho de 1993, definiram a comparticipação financeira do Estado para as IPSS e a regulamentação da tutela (acompanhamento da Segurança Social numa ótica de distribuição vertical, unilateral), permitindo, assim a celebração de Acordos de Cooperação (e de Gestão, embora mais raros) entre a entidade estatal e as instituições prosectoras de fins de solidariedade social, oficialmente credenciadas por tal. Segundo Hespanha, 2000: 182, trata-se de uma privatização da rede pública de ação social, reconhecendo que o regime público de gestão é muito pesado.

¹⁸A ideia de Solidariedade, originária da França divide-se em vertical: compete tanto ao Estado como aos indivíduos, no exercício de um direito, cabendo ao primeiro o financiamento das prestações sociais, constitucionalmente exigidas, no caso dos segundos não a conseguirem garantir; E horizontal: exige dos Cidadãos o dever e a iniciativa social de participarem diretamente na satisfação do interesse público, dado o retorno gradual das tarefas de competência do Estado (ex-paternalista) à Sociedade Civil, numa ótica de cooperação e colaboração e não de substituição.

Os poderes públicos reconheceram, permitiram e autorizaram, de forma sedimentada, a congregação, por organismos particulares (entidades de solidariedade social) de natureza associativa ou fundacional, em três graus de intervenção – união, instituição e federação - a fim de execução de tarefas administrativas ou de interesse público, assumidas como próprias. Segundo Santos & Encarnação, 1998: 301, qualquer tentativa de redução da solidariedade à caridade e benemerência constitui uma apropriação privada inadequada de um problema público.

Recuando brevemente a 1933, período de ditadura salazarista, deu-se uma forte repressão das organizações da sociedade, bem como das liberdades individuais, de expressão e associação, minimizando-se as relações com o exterior e apostando-se no setor agrícola. De acordo com Hespanha, 2000, *citado por* Quintão, (2011: 10), o Estado apoiava a proteção social em, essencialmente, duas grandes componentes: assistencial (ações caritativas da Igreja Católica) e Previdência Social (regimes contributivos do trabalho). Nos anos 60, deu-se uma reforma da última componente, propondo-se um sistema integrado de proteção: o de saúde, a assistência (ação social) e a previdência (alargamento do sistema contributivo e corporativo existente). Viu-se reforçado o papel da Igreja Católica, atribuindo-se unidades hospitalares às Misericórdias (apoio aos mais carenciados associados ao clero), estimulando-se as Instituições Particulares de Assistência (mais tarde, instituições privadas de solidariedade social e, atualmente, IPSS de direito canónico, Quintão, 2011: 14)¹⁹. Com a implementação de um regime democrático na década 70 do séc. XX, conferiu-se um reconhecimento oficial das IPSS²⁰, cujo funcionamento passou a estar sujeito a uma regulamentação e articulação estatal.

¹⁹Traduziu-se numa nova filosofia jurídica e política, ou seja, uma nova era de equipamentos e estruturas assentes na responsabilização das entidades privadas sem fins lucrativos. Em 1976 é criada a UMP, logo reconhecida pelo Estado como parceira social para assumir funções, seguindo-se, em 1980, a União das IPSS (associações de solidariedade social, associações de voluntários de ação social, associações mutualistas ou de socorros mútuos, fundações de solidariedade social ou irmandades da misericórdia). De facto, até 1979, os cuidados à terceira geração eram desenvolvidos pelas instituições de cariz religioso como as misericórdias, centros sociais paroquiais - segundo Hespanha, (2000: 125), estes correspondem a institutos de utilidade local de assistência ou beneficência fundados, dirigidos e sustentados por associações religiosas - fundações, instituições “património dos pobres”, etc., tratadas de igual modo (estatuto social uniforme dos organismos face ao Estado).

²⁰ O Estatuto de IPSS dá cobertura às formas jurídicas mais diversas, desde as associativas (estão incluídas as mutualidades e misericórdias) até às fundacionais (cáritas diocesanas). Segundo Lucas, 2010: 2, as suas principais características são: a criação por iniciativa coletiva, a finalidade de apoio à comunidade, a orientação, no longo-prazo, para a pluralidade das partes interessadas, a gestão democrática (não baseada na propriedade do capital), a prestação continuada de bens ou serviços individualizados, a capacidade empregadora, o elevado grau de autonomia, a assunção de um risco económico real e a distribuição limitada de resultados. Também se nota a prossecução de fins de solidariedade social, a ausência de fins lucrativos e a prossecução, mediante prestação de serviços e concessão de bens dos objetivos expressos na Constituição. As IPSS prosseguem, mediante uma concessão de bens e prestação de serviços, os seguintes objetivos: apoio a

Segundo o 1º Estatuto das IPSS de 1979 (Decreto-Lei 519-G2/79, *citado por* Hespanha, 2000: 196), inspirado nos países sócio democratas, o modelo de relação entre as instituições particulares e o Estado baseia-se numa liberdade de associação, responsabilidade social, cooperação (permanência, estabilidade e responsabilização mútua), integração no sistema de Segurança Social e reconhecimento do seu carácter privado, garantindo, assim o cumprimento da lei e defendendo os interesses dos beneficiários e das instituições que se mostrem idóneas no prosseguimento adequado das suas atividades (Art.º 6). Ao Estado é atribuída, inicialmente, a função de regulamentador, fiscalizador e interventivo (numa ótica de coresponsabilização solidária). Outro mecanismo de relação social com o Estado prende-se com a subvenção a uma gestão do quotidiano institucional através da emissão regular e extraordinária de valores e isenções tributárias (materializado pelos acordos de cooperação²¹), de forma a garantir um bom funcionamento dos serviços, uma boa estrutura qualitativa e quantitativamente adequada de recursos humanos, e uma acessibilidade dos utentes aos equipamentos, através do dinamismo da estrutura de acolhimento (Santos & Encarnação, 1998: 188). Por fim, deve haver uma “contratação” consistente, através do aluguer de uma produção de serviços periféricos pelo Estado por terceiros, através de uma relação burocrática e documentalista (Santos & Encarnação, 1998: 193).

Em 1984 é aprovada a Lei de Bases da Segurança Social²², declarando-se os Princípios de Universalidade, Unidade, Igualdade, Eficácia, Descentralização, Garantia Judiciária, Solidariedade e

crianças e jovens, à família, à integração social e comunitária, à proteção dos Cidadãos na Velhice e invalidez (ou falta de subsistência/ capacidade para o trabalho), à promoção e proteção na saúde, à educação e formação dos Cidadãos e à resolução dos seus problemas habitacionais. Focam-se, assim, em criar condições para que cada pessoa atinja a plenitude como ser humano e ser social (Oliveira, 2015: 33).

²¹ Para que estes acordos sejam estabelecidos é preciso que as instituições estejam devidamente registadas nos serviços de Segurança Social, os seus equipamentos licenciados, as necessidades reais da comunidade sejam aferidas com base nas prioridades de ação social e as instalações da organização estejam devidamente equipadas e dimensionadas para a prossecução dos fins propostos. Neles o Estado compromete-se a remunerar os serviços prestados pelas instituições, através de uma calculabilidade linear. Atualmente a mensalidade de cada utente é ponderada com base no nível de dependência de cada um, de forma a instaurar equilíbrio e evitar que utentes com reformas mais elevadas, não consumidores de elevados recursos à instituição, pela sua independência, sejam os mais sacrificados. Em Centro de Dia correspondente a um acordo típico, o valor é de 110,71€ por utente, de acordo com o Protocolo para o Biénio 2017-18 (Guia prático de Apoios Sociais a Pessoas Idosas), tendo aumentado este valor em cerca de 2,1% face ao verificado em 2016. Este valor é obtido através do cálculo de multiplicação do número de utentes a abranger pelo custo máximo por utente, definido para cada tipo de estabelecimento, tal como definido na Portaria 138/ 88 de 1 de março (Santos & Encarnação, 1998: 191).

²²De acordo com o Art.º 63, n.º 3 da CRP, “*O sistema de segurança social protege os Cidadãos na doença, velhice, invalidez, viuvez e orfandade, bem como no desemprego e em todas as outras situações de falta ou diminuição de meios de subsistência ou de capacidade para o trabalho*” (Joaquim, 2015: 5). Segundo o n.º 5 do mesmo artigo, o: “*Estado apoia e fiscaliza, nos termos da lei, a atividade e funcionamento das instituições*

Participação, (Matos, 2014: 12), alargando-se posteriormente, com o Princípio da Equidade Social, Diferenciação positiva, Subsidiariedade (filosofia pública de caridade dignificada ou generosidade estatal), Coesão entre Gerações, Inserção social, Primado da Responsabilidade Pública, Complementaridade, etc. No quadro abaixo está assente a evolução das bases do sistema de Segurança Social em Portugal, notando-se que apenas no ano de 2000 o exercício de ação social se rege pelo Princípio da Subsidiariedade.

Quadro 1.1. Lei de Bases da Segurança Social

1ª Lei de Bases da Segurança Social Lei n.º 28/84, de 14 de agosto	2ª Lei de Bases da Segurança Social Lei n.º 17/2000, de 8 de agosto	3ª Lei de Bases da Segurança Social Lei n.º 32/2002, de 20 de Dezembro	4ª Lei de Bases da Segurança Social Lei n.º 4/2007, 16 de janeiro
<ul style="list-style-type: none">• O regime de Segurança Social estava estruturado em:• Regime geral ou contributivo;• Regime não contributivo;• Regime da Ação Social.	<ul style="list-style-type: none">• O sistema de Solidariedade e Segurança Social continha os subsistemas de:• Proteção familiar;• Proteção social de Cidadania;• Subsistema Previdencial.	<ul style="list-style-type: none">• O sistema público de Segurança Social engloba os seguintes subsistemas:• Previdencial;• Solidariedade;• Proteção familiar;• O sistema de ação social;• O sistema complementar.	<ul style="list-style-type: none">• O sistema de proteção social e Cidadania integra os subsistemas de:• Ação social;• Solidariedade;• Proteção familiar.• O sistema previdencial;• O sistema complementar.

Fonte: Adaptado de Marquilhas, (2013: 8)

Segundo Carvalho, 2010: 12, deram-se três períodos históricos de transformações no Terceiro Setor em Portugal: o período pós-revolucionário, com a construção de um sistema democrático e mobilização da Sociedade para uma resposta a necessidades básicas, através da criação de associações políticas, sindicais e patronais, etc.; o período antecedente à adesão portuguesa à CEE (anos 70, 80), com a proliferação da crise económica e fortes constrangimentos em termos de desenvolvimento espontâneo de organizações de Terceiro Setor, e o período mais estável de entrada de Portugal na UE, em 1986, aproximando-se aos padrões europeus, voltando a aumentar o número de organizações²³.

A Lei de Bases da Economia Social (Lei n.º 30/ 2013, de 8 de maio *citado por* Joaquim, 2015: 45), tem em conta o relacionamento do Estado com as entidades no estímulo e apoio à sua criação e atividade, assegurando o Princípio da Cooperação e mecanismos de supervisão a fim de deixar transparecer a sua relação estável. Segundo Joaquim, 2015: 26, deve-se entender que o Terceiro Setor

particulares de solidariedade social e de outras de reconhecido interesse público sem caráter lucrativo, com vista à prossecução de objetivos de solidariedade social..." (Joaquim, 2015: 6).

²³Neste último período dá-se a criação do subsídio de assistência à terceira pessoa, aumentando o rendimento de pessoas dependentes de terceiros, protegendo, assim, os idosos incapazes. Obedecia a dois critérios: grau de dependência e presença de um terceiro responsabilizado por prestar cuidados, pelo menos seis horas por dia (Decreto-Lei n.º 29, de 23 de janeiro de 1989).

é um meio para atingir um fim, que corresponde à satisfação das necessidades e provisão de respostas adequadas aos beneficiários finais, e não um fim em si mesmo. Apresenta, segundo Hespanha, uma forma versátil de atuação, ajustando-se rapidamente à condição dos seus destinatários, em detrimento do primado problemático de proteção social pelas instituições públicas.

Assiste-se, atualmente, a uma nova geração de políticas públicas, com um maior grau de descentralização, numa lógica de partilha de responsabilidade pública com parceiros, com a respetiva contrapartida financeira, possuindo, as IPSS uma obrigação de reporte e exigência de prestação de contas individual, estando sujeitas a inspeções e fiscalizações por parte do Estado que as patrocina e financia (Pacto de Cooperação para a Solidariedade Social). A avaliação do seu desempenho exige a elaboração e envio de um plano e relatório de atividades, discriminando os objetivos atingidos, os programas realizados e os recursos utilizados, bem como um relatório anual de autoavaliação, acompanhado de um balanço social, onde se encontra uma análise dos resultados alcançados, desvios verificados de acordo com o QUAR, causas de programas não executados ou com resultados insuficientes, avaliação do SCI, comparação com o desempenho de serviços idênticos, etc. De facto, estas instituições em Portugal são dependentes da ação e tutela estatal, integrativa, inspetiva e substitutiva (permitindo, o Estado, formas de potenciação da autonomia privada), subordinando a sua atividade a diretivas legislativas planificadoras, materializadas na satisfação das exigências estatais, numa ótica de otimização de respostas sociais e rentabilização dos recursos financeiros (Decreto Normativo 75/ 92 *citado por* Hespanha, 2000: 18) não possuindo total autonomia e estabilidade apesar da identidade jurídica própria, estando sempre vinculadas à configuração social e subsistindo através de uma relação indissociável com o Estado, pela dependência perante o financiamento público das transferências da Segurança Social (cerca de 70% do seu orçamento) e sujeição aos seus amplos poderes e ordens concretas, obtendo, mediante a garantia do exercício de filantropia, um conjunto de isenções e deduções fiscais.

No entanto, impõe-se a questão: será a institucionalização da Sociedade-Providência capaz de lidar com a magnitude de problemas sociais dado o recuo do Estado-Providência, também ele incapaz nas suas intervenções (Hespanha, 2000: 14)?

1.3.1. Fragilidade Atual do Terceiro Setor

“Nada mudará a Sociedade se os mecanismos de poder que funcionam fora, abaixo e ao lado dos aparelhos do Estado a um nível muito mais elementar, quotidiano, não forem modificados” (Foucault *citado por* Santos & Encarnação, 1998: 228). O nosso sistema de assistência social é limitado em matéria de qualificação e resposta aos mais recentes desafios e participação de todos os parceiros sociais envolvidos (Joaquim, 2015: 64). As instituições da Sociedade Civil portuguesa apresentam uma debilidade organizativa - insuficiência de recursos humanos e materiais, segundo Picolo (2012: 21) - uma cultura de Cidadania por vezes ausente e uma postura ambígua relativamente ao suporte dos encargos e riscos de transferência de funções assumidas previamente pelo Estado (Hespanha, 2000:

330). Muitas das vezes os interesses privados são cunhados por uma lógica individualista, conflituosa e anti solidarista, que se alimenta de um modelo individualista de construção da Cidadania: ilegitimidade do coletivo, desencantamento com as instituições tradicionais e relação instrumental do Estado (Santos & Encarnação, 1998: 161), sobressaindo acima das necessidades, estando as últimas sujeitas a exclusões variadas.

Ao que parece vive-se ainda o resto de uma época de austeridade, sofrida, maioritariamente pelos países do sul da Europa, com proteção social mínima e graves desigualdades existentes. O Estado só atua na esfera privada perante uma clara insuficiência de atuação do mercado e das famílias, dado o histórico de austeridade do país, criador de relações verticalizadas e hierárquicas face à instância superior. O Estado regulador presta uma ajuda (descomprometida) sob a forma de benefícios financeiros de parte substancial das despesas (subvenções, regalias, benefícios fiscais, privilégios e prerrogativas públicas), ao invés de um investimento adequado e próprio às necessidades do público-alvo, o que se deve sobretudo, segundo Hespanha, (2000: 106), a três fatores explicativos: uma sistemática subavaliação das necessidades reais das pessoas (por falta de informação básica e atualizada), uma insuficiente capacidade de resposta pela instituições locais (dada a extrema falta de pessoal e meios adequados) e uma incompatibilidade de oferta dos serviços com as carências e condições de acesso da população local, sobretudo com mobilidade reduzida (Carrilho, 2015: 125). Apesar dos procedimentos de melhoria de qualidade nas respostas sociais, os equipamentos de apoio à Terceira Idade ainda carecem de orientações normativas do seu funcionamento, não favorecendo a participação do idoso na gestão e definição do plano de cuidados pessoais (mínima proximidade com os utentes), constituindo uma “*extensão da burocracia do Estado*”, totalmente dependente da Administração Pública, caindo numa vulnerabilidade perigosa se não houver uma abertura à comunidade suficiente e uma maior autonomia de iniciativa da Sociedade (Hespanha, 2000: 18).

1.4. Redes de Solidariedade

No contexto atual, aceita-se a existência de quatro grandes setores de produção de bem-estar: o setor público dos serviços do Estado, o setor lucrativo oferecido pelas organizações de mercado, o setor formalizado das organizações voluntárias privadas e, não menos importante, o setor informal da família e comunidade (Hespanha, 2000: 311).

O direito à família pertence à rede primária da pessoa humana, garantindo os seus vínculos afetivos, o reconhecimento das suas origens e o desenvolvimento pessoal (Carvalho, 2013: 41). A família constitui-se um elemento fundamental na construção de identidade, (segundo Guedes, 2012: 19, corresponde ao produto de sucessivas socializações em permanente reestruturação ao longo da vida) na criação de alianças afetivas, parentesco e convivência entre os indivíduos, numa dinâmica de comunicação e troca de proteção, originando um sentimento de bem-estar bio-psico-social e de vida preenchida.

Portugal desde sempre apresentou uma sociedade-Providência forte, compensadora do défice de atuação e cobertura do Estado, e amenizadora, da austeridade e severidade das políticas a nível

local. Segundo Santos, 1993 *citado por* Pimentel, (2001: 31) a mesma é definida como um conjunto de redes de relações de interconhecimento, entreajuda e reconhecimento mútuo, baseadas em laços de parentesco e vizinhança, numa lógica de reciprocidade e solidariedade informal. Um estudo levado a cabo pela *European Commission*, em 1997, *citado por* Martins, (2006: 133), revela que 75.4% dos idosos em Portugal viveriam em seus domicílios, sendo cuidados pelos seus familiares, que garantiam a solidariedade necessárias aos seus ascendentes. Segundo o INE (1999), 97.5% da população idosa portuguesa vivia em famílias clássicas e apenas 2.5% em famílias institucionais. A velhice surgia apenas como uma preocupação da previdência e assistência.

Assim, como forma complementar à intervenção formal da Economia Social ou Terceiro Setor, a própria Sociedade portuguesa desenvolveu e assumiu laços de solidariedade familiar e comunitária (vizinhos e amigos), como redes de *network* vitais à proteção social, precaução, carinho, estabilidade e bem-estar da população idosa, apoiada indevidamente pelo Estado. As pessoas, descreditadas e deslegitimadas em relação ao mesmo, passaram a contar com familiares, amigos e parentesco próximo, numa ótica de amizade e companheirismo em situações de dificuldade e adversidade. Dá-se, assim uma substituição (ou complementaridade) das solidariedades formais pelas informais, nas quais a família representa um papel fulcral e privilegiado, quando as primeiras (redes sociais de apoio) não possuem uma resposta pronta e digna.

Segundo Carvalho, 2013: 105, um estudo da OCDE realizado em 2011 revelou que 80% dos cuidados informais são prestados pelas famílias, sendo estas assim consideradas vitais à manutenção e reforço do conceito de “solidariedade entre gerações”. No entanto, o Eurobarómetro de 2012 evidenciava uma grande percentagem de descontentamento em Portugal perante o apoio dos serviços sociais existentes às famílias prestadoras de cuidados aos idosos.

De acordo com Hespanha, 1993, *apud* Pimentel (2001: 33), a família adota, na maioria das vezes, uma obrigação de tomar conta dos pais idosos, como forma de gratificação do seu sacrifício ao longo da vida. No entanto, este ato, provido de compaixão, pode ter afinal, e apenas, como causa principal um receio de censura por parte de vizinhos ou até o desejo de mostrar o exemplo perante os filhos²⁴. Mas, até que ponto se deve responsabilizar estas famílias de ministrar os cuidados?

²⁴Segundo Lesemann & Martin, 1993, *citado por* Pimentel, (2001: 39), é mais fácil uma mobilização familiar em torno de ajuda profissional a um indivíduo jovem, apoiando a sua autonomia, do que no cuidado de uma pessoa idosa. De facto, segundo Kvist, 2013, *citado por* Santos, (2016: 49), há um maior investimento e retorno social, de acordo com o Modelo Social Europeu Tradicional, nos primeiros anos de vida do cidadão, durante os quais as políticas públicas se focam mais na aquisição de capacidades sociais e proteção familiar, diminuindo à medida que a idade aumenta.

1.5. O Envelhecimento e a Dependência

Existem várias teorias explicativas do Envelhecimento²⁵. Segundo Levet-Gautrat (Pimentel, 2001: 52), o seu conceito é multidimensional e dinâmico, sendo utilizado em vários sentidos, adotados diferentemente consoante a evolução da Sociedade humana. Corresponde a um processo de mudança progressiva de estrutura biológica, psicológica e social que se desenvolve ao longo da vida (Ministério da Saúde, 2004, *citado por* Sequeira, 2010: 3). A abordagem anglo-saxónica do Envelhecimento (Carvalho, 2013: 3) divide o mesmo em cinco idades:

- Idade cronológica: período histórico que o indivíduo viveu, desde o momento em que nasce até ao momento presente, não sendo um fator suficiente para o definir;
- Idade jurídica: estabelecimento de normas de conduta e dos direitos e deveres do indivíduo perante a sociedade;
- Idade física e biológica: ritmo a que cada indivíduo envelhece, segundo o seu organismo;
- Idade psicoafectiva: tem em conta as competências comportamentais, a personalidade e as emoções da pessoa, não estando diretamente limitado pela idade cronológica.
- Idade social: condições socioeconómicas do indivíduo, bem como os papéis sociais que adota relativamente às regras de conduta da sociedade.

O autor define uma pessoa idosa como alguém que sabe que o tempo que lhe resta para viver é inferior ao que já viveu, ou ao que resta viver às pessoas que a rodeiam. Para Carrilho, 2015: 122, a diversidade do Envelhecimento é variável consoante fatores genéticos, externos ou ambientais, caracterizadores dos padrões comportamentais do idoso, bem como a sua história de vida. Neugarten, uma das primeiras investigadoras a estudar a temática do Envelhecimento, *citada por* Diogo, (2016: 14) estabeleceu duas categorias de Velhice²⁶: os “*juvems-idosos*”, detentores de idades entre os 55 e 75 anos, e os “*idosos-idosos*” com 75 ou mais anos (a chamada “Quarta Geração”), sendo esta subdivisão alterável consoante o autor. No século XVII os dicionários passaram a incluir, pela primeira vez, a definição de velho, constituindo-se, progressivamente, ao longo do século seguinte uma imagem positiva da velhice, simpática e associada à sabedoria, como potencial humano decisivo, respeito e legitimação de autoridade (Faria, 2012: 71). De acordo com Bourdieu, 1984 *citado por* Capucha, (2014: 114), ao criar-se uma categoria de “juventude”, período entre a puberdade e a idade adulta, produz-se um mecanismo complexo de exclusão das principais esferas de poder, acionado pelos mais velhos em relação aos mais novos.

²⁵Têm-se como exemplos as Teorias Ecológica, Gerodinâmica, Termodinâmica, dos Sistemas e do Desenvolvimento (Sequeira, 2010: 11).

²⁶Não existe um consenso quanto ao uso das palavras “velho” e “idoso” (Sequeira, 2013: 7). Por Velhice define-se, aproximadamente, o momento a partir do qual uma pessoa se reforma, ou seja, por volta dos 65 anos de idade, na maioria dos países desenvolvidos (Carvalho, 2013: 84). No entanto, segundo Aldin Grand *citado por* Romão, (2008: 26), a *Quarta Idade* é que corresponde verdadeiramente à Velhice, surgindo sobretudo a necessidade de ajuda.

A Sociedade contemporânea (pós-Industrialização do séc. XIX) privilegiou infelizmente, apenas os indivíduos ativos, excluindo rapidamente o idoso do trabalho, da função de aquisição, manutenção e transmissão de conhecimento, aumentando assim os casos de dependência, patologias e isolamento (Martins, 2006: 126). Não é aceitável que, hoje em dia, com a passagem da Sociedade tradicional para a Sociedade industrial, estes idosos percam o seu estatuto de “anciões”, deixando de ser uma mais-valia em termos de experiência de vida adquirida (um repositório de utilidade social, saberes e valores), comparando-se a uma categoria pré-construída (Bourdieu, 1989, *citado por* Santos & Encarnação, 1998: 15), encarando o seu final de percurso como um vazio de perspectivas, conservador e sem vitalidade/ dinamismo, em vez de adotarem um Envelhecimento saudável, bem-sucedido, produtivo e ativo, (Carvalho, 2013: 8), no fundo, uma velhice positiva (Capucha, 2014: 115). “*O envelhecimento é um ganho da civilização*” (Carvalho, 2013: 35), sendo sinónimo de desenvolvimento e não de estagnação. O seu aumento para níveis desmedidos e generalizados, que legitima o “*problema social de velhice*” (Martins, 2006: 127), foi suscitado pela evolução na medicina e tecnologia, dando-se, também, um extremo investimento na melhoria dos serviços, prestações sociais e infraestruturas no sentido de proporcionar uma melhor qualidade de vida às pessoas.

Dão-se vários obstáculos à compreensão da Velhice como fenómeno social como o naturalismo, individualismo e etnocentrismo. Tristemente a posição do idoso enfraqueceu bastante nos dias de hoje, perdendo o seu poder perante a família (que faliu na sua função protetora, dando o seu lugar às instituições) e restante comunidade, considerando-se os reformados²⁷ os “inertes sociais”, um grupo homogeneizado, fatalista, sem autonomia, com a condição de objeto social, “demitido” pela Sociedade através de estereótipos de vulnerabilidade, inatividade, desproteção, dependência²⁸, exclusão e enfermidade social (Carvalho, 2013: 19), consumidores de recursos à sustentação das políticas sociais, sendo a sua eliminação socialmente tolerada (Capucha, 2014: 115). Assim, perante todo este novo contexto, torna-se visível uma problemática de expressão pública, pela qual se deve assumir as responsabilidades (Vaz, 2003: 184-6).

Os idosos constituem verdadeiros clientes das organizações e serviços de apoio social e de saúde, tendo de ser encarados como parceiros de uma ação coletiva social e consciente (Branco, 2008: 90). Vivemos numa Sociedade altamente envelhecida, que não garante a renovação das gerações

²⁷Segundo Nunes, 2014: 79, o processo de reforma apresenta cinco fases: o período de “lua-de-mel”, caracterizando-se por uma fase de euforia, o período de descanso e relaxamento, o período de desencantamento (expectativas baixam devido à ocorrência de morte ou doença em familiares ou amigos próximos), e o período de reorientação, fortalecimento da autoestima da vida.

²⁸Entende-se como “*um estado em que se encontram as pessoas que, por razões ligadas à falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, têm necessidade de uma assistência e/ ou ajudas importantes a fim de realizar os atos correntes da vida ou Atividades de Vida Diária*”, básicas, intermédias e avançadas. Desdobra-se em quatro conceitos definidos com base nas fragilidades físicas e psíquicas do idoso: autónomo, parcialmente dependente, dependente ou grande dependente (Social, 2010: 8-15).

subsequentes, pondo em risco o sistema de Segurança Social do país. Com o aumento do número de pessoas idosas, aumentam conseqüentemente os casos de solidão e dependência, na maioria a partir dos 65 anos de idade, por perdas físicas, psíquicas e intelectuais, prejudiciais à capacidade de participação e decisão pessoais, bem como à realização de atividades quotidianas. Por conseguinte, os relacionamentos sociais vão diminuindo, com a morte dos amigos e cônjuges, sendo que as redes de suporte informal surgem como determinantes fulcrais para a sobrevivências destes idosos dependentes.

1.6. Políticas Sociais de Velhice em Portugal

Antes de começar a abordar a temática das Políticas de Velhice propriamente ditas, convém clarificar o conceito de Política Social. Assim, de acordo com Carmo, 2012 *apud* Carvalho, (2013: 85), denomina-se Política Social²⁹ um sistema de políticas públicas, abrangentes da intervenção dos setores público, privado e de economia social, (diferentes entidades, com experiência notável, parceiras privilegiadas ligadas à área social, como as IPSS³⁰, as ONG, etc.), procurando concretizar as funções económicas e sociais do Estado, operacionalizando e dependendo dos seus princípios, com vista à promoção de coesão social e condução coletiva para melhores patamares de qualidade de vida.

Segundo Titmuss (1974), existem vários modelos de Política Social. O primeiro, o *Modelo de Welfare Residual*, defende que existem dois canais naturais de bem-estar, o mercado e a família que, aquando do seu não funcionamento, devem ser implementadas políticas sociais. O segundo modelo assume que as instituições de bem-estar desempenham um papel complementar à economia, e, por fim, o terceiro defende a sua integração na sociedade, promovendo serviços universais. Assim, as Políticas Sociais de Velhice constituem um conjunto de intervenções públicas, ou ações coletivas estruturantes de relações entre a Velhice e a sociedade, baseando-se num princípio de independência, participação, assistência, cuidados, autorrealização e dignidade (Carvalho, 2013: 86-7). São políticas públicas cujas prioridades são formuladas pelo Estado, mas nascem na Sociedade Civil.

²⁹Podem assumir um caráter regulatório (manutenção da ordem do sistema político), distributivo (ações com impacto público tendo em conta as dimensões consideradas essenciais à Sociedade de bem-estar) ou redistributivo, focando-se em medidas específicas de proteção social. Intitulam-se, por sua vez, políticas de intervenção social todos os processos mediadores de cariz protetor, transformados em ações de intervenção conduzidas por entidades políticas e civis, que visam criar uma resposta de bem-estar aos problemas sociais socialmente reconhecidos (Carvalho, 2013: 24).

³⁰O Artigo 1º do Decreto-Lei n.º 119, de 25 de fevereiro de 1983, aprova o novo estatuto das IPSS, revisto do Estatuto de 1979, concedendo-lhes uma fase de maior autonomia, alargando o domínio da sua atividade e incluindo novas áreas de prestação de bens e serviços (transferindo competências do Estado, na área de produção do bem-estar social, para as organizações da Sociedade-Civil). Através do Princípio da Especialidade de Objetivos (de essência de solidariedade social), constitucionalmente previstos, é legitimada juridicamente a existência das IPSS, conferindo-se-lhes essa qualificação. Também o Decreto-Lei n.º 138/ 80, de 10 de maio (Art.º 40, alínea a) veio permitir que pessoas coletivas sem fins lucrativos fossem abrangidas pelo sistema das IPSS, desde que prosseguissem objetivos de segurança social, sem intuito lucrativo.

Em Portugal, os direitos sociais foram apenas reconhecidos na Carta Constitucional de 1826, pelo que constitui um dos últimos países ocidentais europeus a empreender esforços públicos no desenvolvimento de políticas sociais (em contraciclo relativamente aos países congéneres europeus, Daniel, (2016: 236), dada a presente pobreza geral acentuada da época, ao predomínio da agricultura como forma de subsistência e industrialização e urbanização tardias. Em termos de Envelhecimento enquanto problemática, pode dizer-se que, até ao final da década de 60, os problemas referentes aos idosos não foram objeto de uma política social específica. Antigamente as respostas do sistema público eram apenas de carácter casuístico, suprimindo graves situações de privação social e económica, sendo que as prioridades dos serviços de apoio em Portugal seriam a infância, juventude e população ativa (Romão, 2008: 45).

Nos anos 60, a formulação da Política Social de Velhice Europeia apresentou como objetivo simbólico a “*melhoria das condições de vida dos idosos*” no sentido de evitar a sua hospitalização, criando alojamentos especiais, assegurando a especialização dos serviços através de uma nova especialidade, a geriatria (Lenoir, 1988, *citado por Santos & Encarnação, 1998: 137*). Em 1965, foi elaborada, na UE, a Declaração dos Direitos das Pessoas Idosas tendo-se reunido, pela primeira vez em 1982, todos os Estados-membros da ONU na Primeira Assembleia Mundial das Nações Unidas, em Viena, instituindo-se o Plano de Ação Internacional para a Terceira Idade³¹. Em 1967, defendeu-se, em Portugal, a criação de uma Política Nacional da Velhice, pois, de facto, era apenas concedida aos funcionários do Estado uma pensão de reforma de acordo com a duração do serviço prestado e, em relação ao setor privado, apenas alguns setores de indústria e comércio beneficiariam de reformas particulares (Vaz, 2003: 193). Em 1969, discute-se pela primeira vez, em Assembleia (13 de fevereiro de 1969), o Envelhecimento demográfico do país, sendo encetadas, pelo Estado Português políticas destinadas à Velhice, com vista a suprir deficiências de uma política de reforma ineficaz, exígua e setorial, sem garantias de sustentabilidade dos sistemas de proteção vigentes. Surge, então, o reconhecimento de uma necessidade de intervenção pública.

As políticas de intervenção a nível de idosos são, assim, bastante recentes, remontando a 25 de Abril de 1974³². Surge uma grande variedade de serviços e equipamentos diversificados, na comunidade, remodelados na década de 70, prontos para atuar perante necessidades identificadas de

³¹Após a criação de uma política comunitária de idade da reforma, desenvolvida pelos Estados-membros da UE, sucederam-se alguns despachos e recomendações importantes na área da Velhice, como o Despacho de 14 de abril de 1986, de 16 de junho de 1986, 27 de maio de 1989, Resolução 89/457 da CEE, a Carta Comunitária dos Direitos Sociais Fundamentais dos Trabalhadores, etc. (Vaz, 2003: 191-2).

³²A reestruturação profunda das políticas de proteção social tornou-se, nesta data, uma questão de agenda política, introduzindo novas filosofias de intervenção assistencial, com novos papéis do Estado e novas conceções de Cidadania Social, dinamizando a Sociedade Civil mais carenciada. No entanto, esta reforma direcionada para os idosos revelou-se ausente de coerência, num formato “*stop and go*”, alterando-se de acordo com os Governos.

apoio social (tais como diversas carências), através de novos agentes tomadores de posições intermediárias entre as gerações (Pimentel, 2001: 65). Implementam-se assim, estruturas de apoio social (e não apenas médica) à população mais velha e frágil portuguesa, de responsabilidade das IPSS, como os Lares (anteriores asilos e hospícios, surgidos na década de 50/ 60), hoje intitulados de Estruturas Residenciais para Idosos³³, tendo aparecido posteriormente, os Centros de Dia³⁴ (surgidos em 1960, beneficiando de uma forte expansão entre 1981 e 1995) de acordo com o Decreto-Lei n.º 519 G2/ 79), e Centros de Convívio³⁵, com custos inferiores relativamente aos primeiros, representando uma poupança para o Estado. A partir de 1976 surge uma política de preocupação/ paradigma de manutenção do idoso em ambiente “caseiro”, contribuindo para o seu bem-estar psicológico, dada a carga pejorativa ainda atribuída aos lares³⁶, surgindo assim, a partir de 1980, o SAD³⁷, um acolhimento familiar para pessoas com elevada situação de dependência (Pimentel, 2001: 66). Por fim, em pleno

³³Os lares correspondem às primeiras respostas sociais existentes durante anos em Portugal, destinadas ao alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, para pessoas idosas, ou outras, em situação de maior risco de perda de independência e/ ou autonomia. No entanto, apenas em 2012 surge o Plano Nacional de Legalização de Lares de Idosos e Casas de Repouso.

³⁴A noção de *day time care* surgiu primeiramente nos anos 30 e 40 do século passado, na Rússia e Canadá (Teixeira, 2016: 25). Corresponde à existência de espaços destinados à prestação de um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção das pessoas idosas no seu meio sociofamiliar, através do fornecimento de refeições, serviços pessoais, ajuda domiciliária e atividades de tempos livres. Segundo Teixeira, (2016: 26), podem-se definir como uma resposta de serviço comunitário, não residencial, de funcionamento diurno, fora do domicílio, dirigida a grupos de adultos idosos, através de um plano de cuidados individualizado, proporcionando assistência continuada e a baixo custo. Desenvolvem uma intervenção multidisciplinar, urgente e articulada, face a incapacidades funcionais, sócio assistenciais e cognitivas dos idosos, incidindo, igualmente na motivação, incremento das capacidades e sua adaptação ambiental (Teixeira, 2016: 28).

³⁵Centros locais de apoio a atividades sócio recreativas e culturais, organizadas e dinamizadas com participação ativa das pessoas idosas de uma comunidade.

³⁶Segundo Guedes, 2012: 16-7, antigamente, nos asilos, quem não cumprisse as regras rígidas sofria castigos severos. Hoje em dia, não obstante as alterações introduzidas em termos de normas de conduta, proximidade, espaço, quantidade e qualidade dos serviços, ainda pouco foi feito em termos de enriquecimento do quotidiano destas populações, mantendo-se as listas de espera e a baixa eficácia dos mesmos.

³⁷De acordo com a Carta Social, trata-se de uma resposta social versátil de prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio, a indivíduos e famílias que, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das necessidades básicas, terapêuticas e sociais ou AVD. Apenas surgiu após 1995 (Romão, 2008: 47), como forma de manutenção da autonomia e recuperação integrada do idoso, durante o máximo tempo possível na comunidade, retardando a institucionalização em lar (Daniel, 2016: 257).

séc. XXI começam a aparecer os primeiros Centros de Noite³⁸, uma resposta social próxima e inovadora, embora ainda de uma forma diminuta.

Em 1971, década do despertar do interesse nas políticas de Velhice e orientação pelos princípios de prevenção da dependência e integração dos idosos na comunidade, é criado o *Serviço de Reabilitação e Proteção aos Diminuídos e Idosos*, inserido na Direção de Assistência Social, substituindo, assim o *Instituto de Assistência aos Inválidos* (Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de setembro citado por Vaz, 2003: 194). Na Constituição de 1976, artigo 63º (Direito à Proteção Social na Velhice) são consagradas as condições para universalizar o direito à reforma na Velhice, reconhecendo socialmente a “Terceira Idade” como uma fase da vida social autónoma (Cardoso, 2012: 613). A Velhice surge, assim, com novos contornos, definidos pela identificação de problemas³⁹.

Segundo Carvalho, 2013: 23, a *política institucionalizadora* foi desenvolvida com o intuito de investir na institucionalização do idoso de forma a resolver os conflitos familiares dada a sua situação de dependência física e/ ou cognitiva-comportamental e incapacidade de suportar os encargos com cuidados informais ao mesmo. Por sua vez, a *política residencial* seria uma resposta encontrada para cumprir a vontade do idoso, assegurando os seus cuidados através de uma instituição, mantendo sempre a sua dignidade enquanto Cidadão e ser humano, permitindo uma democratização das suas relações sociais e estimulando, ainda, a proximidade com a comunidade e a gestão das rotinas (continuando o mesmo “socialmente inscrito”).

Na década de 80, o Estado assume um papel preponderante em termos de proteção social, surgindo uma preocupação humanizada de aperfeiçoamento e expansão de redes de equipamentos sociais de apoio à população idosa. Assim, em 1988 é criada a CNAPTI (Faria, 2012: 74). A partir dos anos 90, dá-se um ainda maior reconhecimento da necessidade de desenvolvimento rigoroso, em ambos os setores, público e privado, de equipamentos de acolhimento aos idosos, no sentido de proteger a sua autonomia e qualidade de vida⁴⁰. O Princípio do Direito à Vida vem substituir o vetor da capacidade de produzir trabalho (Vaz, 2003: 194). Assim, o apoio de que os idosos necessitavam seria garantido quer pela solidariedade familiar quer pela caridade de particulares ou instituições religiosas dentro do Terceiro Setor ou Economia Social, financiado pelo Estado (reduzido, então a uma função fiscalizadora e financiadora) e custeado pelas gerações mais jovens.

³⁸Assegura a manutenção de pessoas no seu meio habitual de vida, com relativa autonomia durante o dia, mas que veem a sua situação agravada durante a noite, quando se deparam com a solidão ou insegurança (Daniel, 2016: 248).

³⁹O relatório francês *Laroque*, de 1962, citado por Cardoso, (2012: 614), constitui-se o modelo de política global de Velhice, promovendo a integração e participação da mesma nos quadros sociais, criando medidas legislativas de apoio aos mais idosos, excluindo a segregação de indivíduos sujeitos ao processo de Envelhecimento.

⁴⁰Entre 1996 e 2006 os equipamentos de suporte social aos idosos assumem uma função maioritariamente protetora e integradora, resultante de uma política de parceria entre o Estado e a Sociedade Civil (Pacto de Cooperação Estado-IPSS, de 1996), comprometidos num *welfare mix* (Carvalho, 2010: 83).

É lançada, em 1990, a *Legislação para o Serviço Nacional de Saúde e os Cuidados Comunitários* (Carvalho, 2013: 69) separando quem recebe os serviços de quem os presta, refletindo qualidade nos cuidados comunitários atualmente. Entre 1991 e 1993, surge o primeiro Programa de Apoio Comunitário às Pessoas Idosas (*idem*, 2013: 93). Em 1992, a “Carta Europeia dos Idosos”. Dois anos mais tarde, o PAII é fundado. Em 1997, o Programa *Idoso em Lar*. Em 1999, foi proclamado o *Ano Internacional das Pessoas Idosas* pela OMS e ONU.

No início do século XXI, entre 1990 e 2008, as soluções políticas do Estado português centraram-se em quatro eixos fundamentais de atuação envolvendo quantitativos de pensões, organização do final de vida ativa (pensão de velhice⁴¹), modo de vida (como grupo de Cidadãos ou utentes de serviços específicos, articulados entre si) e orgânica do sistema de Segurança Social (Cardoso, 2012: 624-5). Em 2005, cria-se o Complemento Solidário para Idosos, tendo como objetivo atenuar as suas carências monetárias, desenvolvendo-se também regimes de convergência da função pública com a Segurança Social. No mesmo ano celebra-se o Pacto de Cooperação entre o Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social e a Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade Social, fixando-se valores de comparticipação financeira da mesma na concretização dos cuidados (Carvalho, 2010: 86).

No artigo 72º da CRP referem-se medidas relativas à Terceira Idade, no entanto há uma certa sensação da ainda não existente ou insuficiente política nacional de Envelhecimento. De facto, segundo Carvalho (2010: 86), ao contrário da área da deficiência, por exemplo, a dos idosos é ainda claramente desprovida de normas jurídicas enunciativas do direito à qualidade das respostas sociais. É necessário recuperar a atenção negada no passado aos idosos.

Nos países do Sul e Leste Europeus há uma clara dificuldade de entendimento da ideologia que define as políticas sociais estatais e suas intenções, dada a sua complexa e excessiva amplitude (Santos, 2016: 41). Segundo Mauriel (2010), *citado* pelo autor anterior, as políticas públicas nestes países desde sempre apresentaram e transportaram uma carga de contradições inerentes ao processo histórico de “lutas sociais” e pactos ainda em curso entre o Estado e a Sociedade Civil⁴². Há um certo

⁴¹Após a II GM, em pleno desenvolvimento do Estado de Bem-Estar, foi implementado nos países europeus do Norte e centrais um sistema de Segurança Social, implementando-se o *Plano Beveridge*, contributivo, compensatório e universal, prestando serviços sociais nomeadamente a Cidadãos desprotegidos de Terceira Idade. Generalizou-se, assim, a noção de proteção de Velhice (pensionada), alterando-se, assim, as suas com a Sociedade industrial. Em 1992 as pensões de Velhice representavam 80% das despesas em proteção social na UE.

⁴²Os momentos decisivos da sua aplicação na Europa prenderam-se com a aplicação dos primeiros seguros sociais obrigatórios na Alemanha (Modelo de Bismarck do Séc. XIX) e com o fim das guerras, generalizando-se o Direito à Segurança Social, aperfeiçoando-se a proteção ininterrupta aos necessitados. Em termos de Velhice, esta começou a ser alvo de discurso através da criação de instituições específicas como as “caixas de reforma para a Velhice” e especialização do hospício em “asilos de velhos” (Lenoir, 1979, *citado por* Santos & Encarnação, 1998: 148).

“desleixo” do Serviço Social nos dias atuais, vitimizado por uma perspetiva economicista e formatada, com a presença de recursos bastante limitados e pouco qualificados. Enfrenta-se atualmente, uma crise de paradigma das políticas, focadas, anteriormente na promoção do bem-estar da população e, atualmente, apenas referentes à erradicação direta da pobreza e situações de risco (Bonfim, 2010, Aila-Leena *et al.*, 2011, Santos & Herrero, 2014, *citado por* Santos, 2016: 43). Com o alargamento da UE no séc. XXI, a situação económica, social e cultural portuguesa piorou de tal forma que fomos colocados numa situação periférica e altamente vulnerável relativamente ao Oeste Europeu, com um dramático subdesenvolvimento educacional, industrial, de serviços e de apoio estrutural, deixando o país cair na miséria, notável, sobretudo, na zona rural. Segundo Santos, (2016: 43), “o Estado Social em Portugal morreu antes sequer de ter nascido”.

É a partir desta situação de fragilidade estatal portuguesa que se vai recorrer (como constatado anteriormente) à participação e penetração complementar de novos atores sociais privados na arena pública de proteção social, numa ótica de desenvolvimento de parcerias, repartição de competências, aumento de igualdade e fortalecimento da governabilidade e não exclusividade por parte do Estado⁴³.

Surge, assim, o Terceiro Setor, face a um Estado “sem nome”, tardio e incompleto, com um acompanhamento distante, sem resposta às demandas da população, justificado e compensado por práticas de solidariedade, surgindo, assim, um novo modelo de transmissão da ideia de coresponsabilidade centrada no indivíduo. Altera-se o paradigma de Estado positivo ou “intervencionista” para apenas “regulador”, “promotor” e “financiador” - Princípio da Supletividade do Estado - Hespanha, (2000: 122), com uma Administração Pública moderadora entre distintos interesses de diferentes atores, através de uma transferência de tarefas de serviço coletivo para coletividades não-públicas (mobilização de organizações da Sociedade Civil para a para a prossecução de fins análogos aos seus) assumindo, estas últimas a tarefa a si confiada, imputada, inicialmente, à Administração, descentralizando e terceirizando a ação social e a gestão dos grandes serviços públicos, num conjunto de fluxo de redes de gestão indireta (a entidade atua através de entidades privadas vinculadas e funcionalizadas para a prossecução de determinados interesses públicos, concretizando as políticas públicas de ação social, mantendo a Administração Pública o domínio da titularidade) que se combinam com elementos estatais, não-estatais, nacionais e globais,

⁴³No nosso país os atos de assistência na proteção social e satisfação das necessidades dos mais desfavorecidos estiveram associados, quase exclusivamente, às Instituições Particulares de Assistência, durante o período do Estado Novo (Joaquim, 2015: 6), cabendo ao Estado uma função demitida, meramente supletiva, tutelar (mero controlo de legalidade, compatibilizando a utilidade social dos fins e atividades prosseguidos pelas mesmas com os do sistema de Segurança Social), de coordenação, orientação, cooperação, inspeção e fiscalização, complacente tornando-se capitalizador-dinamizador, (“menos Estado mas melhor Estado”), sendo que a proteção social na Velhice era minimalista, focada em situações de extrema vulnerabilidade, não universal e equânime (Daniel, 2016: 236). A comparticipação estatal na manutenção de serviços a cargo das instituições seria efetuada em último caso, se esses encargos não pudessem ser suportados através de recursos próprios das mesmas (Joaquim, 2015: 7).

influenciando-se reciprocamente numa ótica dinâmica de distribuição de poder (Santos, 1998, *citado por* Carapeto, 2005: 22), com vista a uma função comum: suprir as carências e insuficiências dos próprios serviços públicos.

CAPÍTULO 2 – QUALIDADE DE SERVIÇO E SATISFAÇÃO

Após um breve enquadramento teórico sobre a evolução do Estado em Portugal e as Políticas de Terceira Idade no país, segue-se um capítulo, também de cariz teórico, onde se afina o tema estudado, a Qualidade, explicando a sua origem e relacionando-a com as estruturas de apoio ao Envelhecimento.

2.1. Conceito

A avaliação da qualidade é uma atividade fundamental, subtil e dinâmica de garantia adequada do funcionamento de serviços e programas sociais, correspondendo a um indicador de fixação de objetivos e apreciação dos resultados, não podendo perder especificidade, nem ser neutra ou objetiva (Férrandez – Ballesteros, 2004, *citado por* Marques, 2006: 149)⁴⁴. A qualidade é parte de uma das preocupações intrínsecas de qualquer sistema de gestão, constituindo uma das suas preocupações centrais, quando se identificam desafios, se diagnosticam problemas, se fixam objetivos e se desenvolvem projetos de melhoria. Segundo Chiavenato (1999: 674) a qualidade é a arma mais competitiva de uma organização, concretizando-se como uma vantagem sustentada e duradoura, um ciclo progressivo, dividindo-se em qualidade interna (administração de processos, produtos ou serviços) e externa (perceção que o utente/ beneficiário/ cliente/ consumidor tem acerca do produto ou serviço que utiliza)⁴⁵. Os seus principais valores ou critérios de excelência prendem-se com o foco nos resultados, a inovação e criatividade, o compromisso e transparência, a responsabilidade pública e Cidadania, o desenvolvimento de parcerias, a visão a longo-prazo, a gestão baseada em factos, a melhoria contínua (busca constante pelo aperfeiçoamento), a participação, etc.

A cultura desenvolvida aquando do Estado de Bem-Estar trouxe inúmeras vantagens como a orientação para a satisfação, o aumento da eficiência e eficácia processual, a transparência e legitimação social, bem como uma melhoria contínua do funcionamento dos serviços (Intress, 2002 *citado por* Marques 2006: 150). Esta mensuração de qualidade dá ênfase à escuta das necessidades⁴⁶ dos utentes, divergentes em interesses, enfatizando uma abordagem por processos (*inputs* em *outputs*), gerando valor para o consumidor final.

⁴⁴Enquanto que no setor privado a avaliação da Qualidade seria mais forçosa, uma vez que é exigida perante a necessidade de lucro da empresa, no setor público, na maioria das vezes, o aumento da procura aumenta a pressão exercida nos servidores, não motivados o suficiente face a essa extra exigência por parte do utilizador, que, por seu lado, gera expetativas baixas quanto ao serviço prestado, pelas suas necessidades não satisfeitas e ausência de um padrão de comparações.

⁴⁵Segundo Pollitt & Bouckaert, 1995, *citado por* Silvestre, (2010: 194), existem três níveis de Qualidade conectados e interdependentes: a micro (relações dentro da organização, ou seja, entre os próprios colaboradores, harmonizando interesses) a meso (entre a organização e os utilizadores do serviço, ou seja, a oferta e a procura) e a macro (legitimidade entre a organização/ serviço e o ministério de tutela do setor da atividade da organização, bem como com a Sociedade Civil).

⁴⁶Por necessidade, entende-se um estado psicológico de insatisfação acompanhado do conhecimento da existência e da acessibilidade de um meio adequado para fazer cessar esse mesmo estado, desejando possuir esse meio (Martinez, 1973, *citado por* Silvestre 2010: 29).

“A qualidade significa diferentes coisas para diferentes pessoas, e usualmente diferentes coisas para as mesmas pessoas” (Bendell, Boutter & Kelly, 1994), sendo clara a subjetividade e confusão deste conceito na literatura. Para Pollitt & Bouckaert, se um conceito se refere a tudo, então o mesmo não significa nada, sendo fulcral restringir o seu significado (Silvestre, 2010: 211). Assim, um serviço é possuidor de qualidade se proporcionar um usufruto a outrem, indo ao encontro das necessidades e expectativas dos indivíduos (Deming, 1994) e possuindo conformidade com a Lei⁴⁷.

Os principais teóricos da qualidade foram Deming (famoso *Ciclo de Deming*), Juran, Feigenbaum e Crosby. O primeiro introduziu uma abordagem de qualidade através de vários pontos: criação de constância e/ou propósito para a melhoria dos produtos e serviços (investigação/ inspeção, melhoria contínua e manutenção); adoção de uma nova filosofia e diretrizes transformadoras; formação e edificação de uma liderança institucional, promoção da participação e eliminação de barreiras interdepartamentais, bem como padrões de trabalho desatualizados. Seria um termo relativo, variável consoante as necessidades e expectativas dos clientes (Picolo, 2012: 22). Para o segundo autor, marcante a longo-prazo, a qualidade não seria resultado de um acaso, devendo envolver três domínios que formam a Trilogia de Juran (Andrade *et al.*, 2004 citado por Silvestre 2010: 208): o planeamento, o controlo e a melhoria da qualidade. Este modelo visava uma edificação da consciência das necessidades e oportunidades de melhoria, estabelecendo objetivos capazes de incrementar o desempenho, expor progressos, informar sobre os resultados alcançados e institucionalizá-los na organização⁴⁸. Feigenbaum, pai do conceito de *Controlo Total de Qualidade*⁴⁹ e *Círculos de qualidade*, possuía uma preocupação com a filosofia de gestão e orientação organizacional para o cliente, um compromisso com a excelência, visando uma melhoria contínua. Para Crosby, qualidade seria a “*teoria de fazer bem à primeira*”, com zero defeitos ou erros (Andrade *et al.*, 2004 citado por Silvestre 2010: 209): requisito para o uso (Pollitt, 1995: 10)⁵⁰.

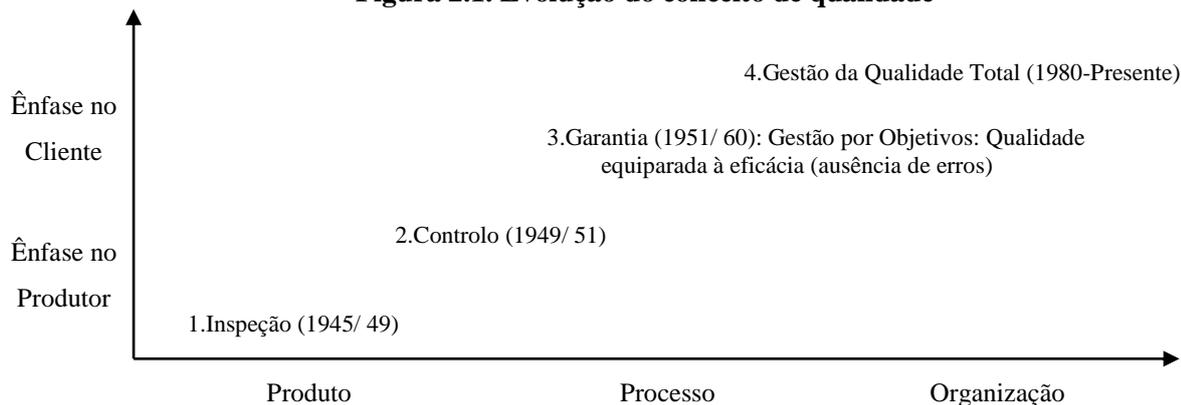
⁴⁷Para Fernandes, (2000: 109), considera-se estar perante um bom serviço quando este excede as expectativas do cliente, isto é, quando consegue satisfazer as necessidades tangíveis ou intangíveis de uma forma mais completa do que o cliente esperaria, através da fixação de objetivos claros, partilhados, desafiantes, mensuráveis, flexíveis e responsáveis.

⁴⁸Segundo Kasperet *al.*, 1999 & Oliver 1997, citado por Schneider, (2004: 10), existem três formas de abordar a Qualidade: filosófica, referindo-se à excelência inata e ao alcance de superioridade; técnica, conformidade com os standards técnicos em termos de presença de defeitos e número de defeitos e, por fim, baseada no utilizador e nas suas perceções individuais.

⁴⁹Conhecido como *Total Quality Management* (TQM), surgiu nos EUA, tendo sido transferido para a Administração Pública nos anos 80, aplicado à indústria de manufatura japonesa e exportado para o restante Ocidente.

⁵⁰Acreditava que 80% dos problemas de uma organização seriam causados pela má gestão e não pelos trabalhadores (Picolo, 2012: 22), devendo existir um envolvimento de todos e uma clara necessidade de prevenção, ao invés da correção.

Figura 2.1. Evolução do conceito de qualidade



Fonte: Silvestre, (2010: 215)

Quando se tratam de serviços em vez de bens, a relação não é assim tão linear, uma vez que não há standards iguais, tendo de existir uma coprodução entre o utente, utilizador e o provedor dos serviços de forma a produzir resultados (Pollitt, 1995: 12). A primeira tentativa de abordagem de qualidade na Administração Pública Portuguesa⁵¹ deu-se com o Decreto-Lei n.º 165/ 83, de 27 de abril, criando-se o Instituto Português de Qualidade, em 1986 (Decreto-Lei n.º 183/ 86, de 12 de julho). Foram definidos os princípios gerais de atuação da Administração Pública na sua relação com os Cidadãos, instituindo o Sistema de Qualidade em Serviços Públicos⁵². O Modelo Europeu de Qualidade, criado em 1980 pela Fundação Europeia para a Gestão da Qualidade, teve como conceitos fundamentais a orientação para os resultados, o enfoque no cliente, a liderança, a gestão por processos e factos, o envolvimento e desenvolvimento das pessoas, a aprendizagem contínua e a responsabilidade pública (Andrade *et al.*, 2004, *apud* Silvestre, 2010: 31). No entanto, este foi adaptado às administrações europeias através do *CAF*, uniformizando a estrutura de qualidade europeia, nomeadamente em termos de prestação de serviço de forma igualitária, avaliação do desempenho e cooperação entre os agentes públicos afetos, compatibilizando modelos organizacionais e permitindo o *benchmarking*.

Em 1988, é criado o Índice Europeu de Satisfação do Consumidor, traduzindo-se nas suas perceções do serviço obtido. A partir de 1991 surge o “*Citizen’s Charter*”⁵³, terceira variante da NGP,

⁵¹Segundo Loffler, 2001 *citado por* Fernandes, (2000: 24), dão-se três fases de evolução do conceito de qualidade na Administração Pública portuguesa: no sentido de respeito pelas normas e procedimentos, da eficácia e da satisfação de clientes.

⁵²Decreto-Lei n.º 135/ 99, de 22 de abril e Decreto-Lei n.º 166- A/ 99, de 13 de maio (Sousa, 2007 *citado por* Silvestre, 2010: 202).

⁵³Uma vez que a noção de cliente não se adequa aos serviços públicos, reduzindo o indivíduo a um mero destinatário passivo de uma oferta em função das suas preferências, com um papel secundário, surge assim

introduzido assim no setor privado, as ferramentas certas para uma atuação dos Cidadãos no modo de prestação de serviço, ao qual teriam direito (Walsh, 1995), numa administração de satisfação e promoção simultânea de eficiência e lucro (Bendell, Boulter, Kelly, 1994). Os fatores críticos deste modelo de gestão de qualidade total, aplicado ao setor público, têm em conta uma visão estratégica, a obtenção de feedback do cliente, comunicação, verificação, comprometimento gestor, alinhamento do desempenho com as práticas do modelo, delineamento e mensuração de objetivos e alvos, precisão nas decisões com base nas necessidades, qualidade na estrutura e suporte, entre outros, segundo Bendell, Baster e Kelly, 1994⁵⁴.

Quadro 2.1. Diferentes abordagens de qualidade

ABORDAGEM	DEFINIÇÃO	EXEMPLO
TRANSCENDENTE	“(…) não é espírito nem matéria, mas uma terceira entidade independente das duas... mesmo que não possa ser definida, sabe-se o que é”	Excelência inata Beleza intemporal Apelo universal
PRODUTO	“soma dos atributos sem preço, contidos em cada unidade de atributos com preço”	Durabilidade Atributos extra-definidos Aspeto desejado
UTILIZADOR	“aptidão para o uso”; “capacidade de satisfazer as necessidades”	Satisfazer os clientes Cumprir expectativas Ir ao encontro das necessidades
PRODUÇÃO	“ser conforme nos requisitos”	Confiança Adesão a especificações Variação dentro de limites tolerados
VALOR	“o melhor para certas condições...”	Desempenho a um preço aceitável Excelência proporcionada
SISTEMA	“sistema de significados para a produção económica de bens e serviços que satisfazem as exigências dos clientes”	Utilização de procedimentos de qualidade dos processos aceitáveis Abordagem Integrada
CULTURAL	“a cultura da organização é definida por e é suportada pela constante obtenção da satisfação do cliente através de um sistema integrado de ferramentas, técnicas e treino”	Filosofia de Gestão Estilo de Vida Estado de Mente

Fonte: Cameron, K. & Whetten, D., 1996, *citado por* Silvestre, (2010: 212)

Os determinantes da qualidade de serviço são a fidelidade (consistência de resultados, estabilidade dos procedimentos, redução da incerteza, não oscilação no tipo de atendimento ao utente),

noção de Cidadão, agregando a ideia de direitos e deveres e ampliando o espectro da Administração Pública, dirigindo-se a toda a Sociedade (Carvalho, 2008: 76).

⁵⁴Em Portugal, esta versão da qualidade foi apenas introduzida na Administração Pública Portuguesa em 1993. Tratava-se de uma disciplina de Mercado, com vista à avaliação dos serviços prestados pelos seus utilizadores, que possuiriam disponibilização de consulta de informação e abertura suficiente para tal, legitimando assim, a ação governamental (Dreyfus, 1999: 199).

a capacidade de resposta (solicitações dos clientes disponibilizadas a tempo e horas, dentro do razoável), a competência (posse dos conhecimentos requeridos pela função), o acesso (facilidade de utilização e contacto), a cortesia (delicadeza, simpatia, agradabilidade, respeito), a comunicação (linguagem do utente), a credibilidade (honestidade e confiança), a segurança (ausência de riscos e dúvidas), a compreensão e o conhecimento da diversidade, e fatores tangíveis (comunicadores da identidade e imagem da organização). Segundo Cunha, (2002: 34), atualmente vivemos um *Efeito Manhattan*, ou seja, as expectativas dos clientes variam individualmente, prezando distintos determinantes da qualidade de serviço em detrimento de outros, buscando a perfeição constante.

A necessidade de modernizar/ reformar a Administração é ditada por várias razões, sendo de destacar a insatisfação dos Cidadãos e utentes com o seu desempenho, as dificuldades financeiras do Estado, limitantes da extensão da sua Administração Pública, a redução dos custos e a crescente interação com entidades supranacionais, no âmbito da globalização, sobretudo europeia (Moreira, 2008: 187). Segundo Gaster, 1995 *citado por* Carapeto, (2005: 46), seria difícil transformar a qualidade numa política coerente, uma vez que, aplicada ao setor público, teria de ter em conta uma série de valores distintos do setor privado, a começar com os constrangimentos legais, financeiros e políticos do país. Segundo Fazel, 2000, *citado por* Carapeto, (2005: 48), as iniciativas de qualidade em Portugal apresentariam, como obstáculos principais a falta de planeamento estratégico dirigido à mudança, a ausência de liderança, motivação ou formação e, sobretudo, a carência de uma consciência de necessidade de melhoria face a uma cultura organizacional obsoleta, sem *empowerment*, recursos, valores, ou orientação para o cliente.

2.2. Qualidade de Resposta ao Envelhecimento nas IPSS

Para Zimmerman, 2010, *citado por* Ramos, (2017: 17), as instituições da Terceira Idade são ainda um “mal necessário”. O interesse na questão de qualidade dos equipamentos sociais, avaliações e intervenções de combate ao Envelhecimento surgiu, apenas, no final da década de 90 do século XX. Não se pode negar a quantidade de respostas sociais organizadas que se desenvolveram nos últimos anos em Portugal, no entanto, dado o ritmo cada vez mais acelerado do Envelhecimento da população portuguesa, estas respostas não têm sido capazes de acompanhá-lo nem o satisfazer, revelando-se parciais para problemas globais.

Os novos utentes idosos, mais qualificados, apresentam, atualmente, uma baixa voz em termos de participação ativa no desenho e implementação de medidas de intervenção. A sua opinião não é auscultada regularmente, não havendo sequer uma noção da sua perceção sobre a qualidade do serviço a si prestado (Barnes & Bennet, 1998, *citado por* Carvalho, 2013: 61). Alguns estudos já elaborados revelam-se metodologicamente viciados em termos de aplicação de questionários, parecendo que a satisfação geral é elevada, quando, *in loco* não ocorre. É um público-alvo com extrema vulnerabilidade, que “*deixa-se estar*” submisso, conformando-se com o pouco que se lhe oferece, obedecendo aos imperativos do funcionamento institucional e perdendo a sua história singular (articulação harmoniosa), o que representa, claramente um entrave à investigação nesta área. Assim, as

instituições devem avaliar o impacto do serviço prestado através da elaboração regular de estatísticas inclusivas da adequação entre os problemas que as mesmas devem responder e a forma de resposta prestada, o grau de eficácia/ sucesso na resposta e a sugestão de medidas corretivas face a desempenhos fracos, difundindo, desta forma uma monitorização de boas práticas (Sousa, 2012: 25).

Segundo Capucha, 2014, *citado por* Carvalho, (2010: 87), a noção geral de qualidade deve ter em conta a *qualidade subjetiva*, ou seja, o modo como os indivíduos percecionam os serviços e de que forma melhoraram a sua vida, bem como a *qualidade objetiva* que diz respeito ao modo como os serviços estão estruturados e respondem à satisfação dos clientes. A perceção de qualidade pelo utente é assim, bastante variável e evolutiva, dada a sua relação com os mecanismos da condição humana (Hesbeen, 2001, *citado por* Diogo, 2016: 24). Importa medir, avaliar e melhorar o desempenho e flexibilidade das respostas sociais portuguesas a nível de implementação de uma gestão dotada de confiança para com os utentes, em termos técnicos e humanos. É fulcral as instituições reverem processos e procedimentos, implementarem normas e (re)transmitirem a cultura de qualidade, ampliando a comunicação entre a organização e os seus utentes e monitorizando a prestação de serviço, para bem dos mesmos (Oliveira, 2015: 62). O Cidadão, neste caso, idoso, destinatário direto dos serviços prestados, revela-se um elemento fundamental na avaliação dos serviços em termos de benefícios e resultados (*outcomes*) obtidos. Deve ser ouvido, deixando-se explícito, junto do mesmo, os reflexos organizacionais de expressão das suas opiniões, quebrando o silêncio. Devem-se diagnosticar brechas de qualidade, medi-las e atuar sobre as discrepâncias detetadas.

Apesar da intervenção das IPSS junto às pessoas idosas possuir uma perspetiva mais alargada, existindo já uma preocupação não limitada à tradicional orientação básica para o utente sénior, não está ainda adequadamente enfatizada com as medidas práticas. A matriz de gestão pública de velhice é complexa e ainda marcada pela precariedade (Cardoso, 2012: 625), exigindo-se sérios desafios à sustentabilidade e responsabilidade social das instituições do Terceiro Setor, bem como à sincronização de prementes diagnósticos sociais, adotando novos paradigmas de avaliação, intervenção e melhoria nos cuidados assistenciais. A questão do acompanhamento dos utentes como indivíduos concretos e do *trabalho com o Outro* coloca em marcha as “políticas sociais à medida”, reestruturando o Estado Social e aprofundando dinâmicas para uma *abordagem compreensiva*, permanente e envolvente dos intervenientes para com os utentes. Exige-se uma reestruturação e alteração dos pressupostos da intervenção clássica das políticas sociais, de forma a personalizar e aproximar a situação e o tratamento aos utentes como seres singulares e ativos (Estado Social ativo), com direito à utilidade social e não apenas à (sobre) vivência.

Segundo Picolo, (2012: 19), Portugal evidencia uma longa tradição no Terceiro Setor na prestação de cuidados e serviços à população idosa, através de uma diversidade de instituições de cariz

religioso. Para Veloso, 2008, existem quatro períodos de análise da qualidade da Política da Terceira Idade em Portugal⁵⁵:

- 1976 – 1985: período de mudança na gestão da *Velhice*, apostando na emergência de Centros de Dia e outros serviços para a Terceira Idade, numa ótica de redução das despesas públicas estatais, não implicando custos nas unidades de internamento. Dá-se uma implementação de uma unidade residencial por concelho, remodelando-se, também, os asilos. Os idosos passam a ser vistos como indivíduos autónomos e integrados, defendendo-se a sua manutenção em espaços o mais aproximados possível com a sua residência, enfatizando o convívio e o combate ao isolamento “idoso ativo em vez de dependente e indigente” (Teixeira, 2016: 44).
- 1985 – 1995: dá-se uma transferência de serviços públicos para o setor privado, surgindo novos parceiros sociais protagonizados pelas Instituições sem fins lucrativos, responsáveis pela política de manutenção do idoso em casa. Portugal adere à CEE, o que influencia as políticas sociais desenvolvidas. Dá-se uma melhoria da qualidade das instalações e do funcionamento dos equipamentos e serviços.
- 1995 – 2002: visa colmatar as diferentes necessidades através de um mercado dirigido para esta população de largos consumidores, defendendo um estilo de vida sempre ativo, com recurso a novas formas de intervenção atempadas.
- 2002 – 2008: dá-se um foco na conceção de condições de autonomia aos idosos, prevenindo situações de dependência e institucionalização, pobreza e exclusão social, incitando a permanência no domicílio com a maior duração.

2.3. Qualidade de Vida e Satisfação

O conceito de Envelhecimento ativo tem em conta o fim de um recolhimento a um destino de declínio, para uma ativação com qualidade de vida⁵⁶, um despertar para práticas saudáveis de Terceira Idade e uma aprendizagem contínua. É, assim, um processo de otimização das oportunidades para a saúde, segurança e participação das pessoas. No entanto, impõe-se, inevitavelmente a seguinte questão: como viver mais tempo com qualidade? Uma das respostas passa por uma adaptação bem-sucedida através de uma rede de suporte ao idoso alargada, proporcionadora de um aumento de bem-estar e redução da

⁵⁵Carvalho, (2013: 92) - períodos analisados até 2008, data do livro).

⁵⁶Segundo Diogo, (2016: 28), este termo é definido pela perceção possuída pelo indivíduo sobre a sua posição de vida, no contexto de cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expetativas, padrões e preocupações. Para Jesus, 2007, citado por Nunes, (2014: 20), é determinante de felicidade, como é o caso da satisfação com a vida em geral e com o estado de saúde. Segundo a Direção Geral de Saúde, 2004: 6 citado por Jacob, (2007: 119), corresponde ao processo de maximização de oportunidades que surgem para a saúde, educação, participação e segurança, com o objetivo de melhoria da Qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem. Representa o nível ótimo de funcionamento físico, mental, social e de desempenho, incluindo as relações sociais, perceções de saúde, bom nível de condição física e satisfação com a vida e bem-estar (Bowling, 1995, citado por Jacob, 2007: 120).

vulnerabilidade tão a si característica. Assim, a principal preocupação provém de assegurar os padrões de qualidade de capacitação dos indivíduos de acordo com os princípios de Envelhecimento ativo (Carvalho, 2010: 234), promovendo a sua autonomia⁵⁷. De facto, para os idosos, institucionalizados ou não, a qualidade de vida (ou falta da mesma) depende de fatores como a autonomia na execução das tarefas diárias, a manutenção de uma relação familiar e com o exterior regular, a posse de recursos económicos suficientes e a realização de atividades lúdicas e recreativas com alguma frequência (Jacob, 2007: 21).

A qualidade de vida deve ser uma meta. Para isso, a OMS iniciou um projeto relativo às “*age-friendly-cities*”, (CMO, 2013: 7), pretendendo promover a otimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança através de um reconhecimento das capacidades e recursos dos idosos, a antecipação e fornecimento de respostas flexíveis às suas necessidades e preferências, o respeito pelas suas escolhas e decisões, a proteção dos vulneráveis e a promoção, inclusão e contribuição para todas as áreas da vida em comunidade. Para Carrasco, (2013: 32), a concetualização da qualidade de vida é envolta em dúvidas e subjetividade, dada a dificuldade na sua avaliação, tendo ganho uma multidimensionalidade ao longo dos tempos, passando a incluir indicadores sociais no conceito. Segundo Fernandes, (2000: 25), “qualidade já não deve ser entendida como a qualidade de um produto ou serviço, mas através de formas de satisfação das necessidades da organização e expetativas dos seus clientes, pessoal e Sociedade em geral”.

A palavra institucionalização continua a transportar uma conotação negativa, dada a ainda existente opinião depreciativa generalizada em relação às instituições de apoio à velhice em Portugal (Hespanha, 1993, *citado por* Pimentel, 2001: 34). A ideia de deixar um parente próximo numa instituição⁵⁸, por muito confortável que seja, está muitas vezes associada à opinião de abandono, deslealdade e irresponsabilidade familiar. Assim, revela-se fulcral que o idoso tenha uma integração positiva e digna e uma satisfação com o equipamento social que lhe preste apoio e atenção, tendo em conta as relações sociais estabelecidas, quer com os colegas quer com o exterior, comunidade envolvente (Diogo, 2016: 22). O choque de mudança de vida pode abalar uma pessoa que, tradicionalmente, está habituada à rotina tradicional de cuidados, no seu seio íntimo. Essa incerteza perante o desconhecido proporciona momentos de grande tensão e *stress*. O fator escolha e acesso a respostas diversificadas, adequadas e capacitadas deve ser um direito das pessoas, uma fonte de

⁵⁷Os Princípios das Nações Unidas para os Idosos, descritos na Resolução 46/91, aprovada na Assembleia Geral das Nações Unidas são: a sua Independência, Participação, Assistência, Auto-Realização e Dignidade.

⁵⁸Os principais motivos de internamento ou institucionalização do idoso prendem-se com as suas perdas continuadas, como a alteração do estatuto profissional, a idade avançada, a falta de saúde física ou mental, a carência de recursos económicos para fazer face a reparos necessários, por exemplo, manutenção da casa e, sobretudo, o isolamento, ou seja, a ausência de uma rede de interação facilitadora de integração social e familiar dos idosos (diminuição da rede de amigos), que possam garantir um apoio efetivo em caso de necessidade maior (Martins, 2006: 137).

privilégio que, dadas as circunstâncias de dependência do indivíduo, muitas das vezes, infelizmente, não ocorre. A maior parte dos idosos apresenta receio de que a institucionalização aumente a sua dependência, dificultando a sua autonomia (Carrilho, 2015: 122), sendo que cada novo residente se confronta com um autêntico desafio de entrada no lar: luta pela diferenciação, desejando manter a sua privacidade e integridade (Santos & Encarnação, 1998: 260).

A satisfação está, também, bastante relacionada com a qualidade de vida, subjetiva e multidimensional, tendo em conta um equilíbrio de valores, expectativas⁵⁹ e crenças. Na Terceira Idade, este conceito prende-se com critérios interligados com as relações atuais e passadas, entre o idoso e o meio ambiente em redor (Diogo, 2016: 29), sendo consequência de um somatório de experiências felizes formadoras de um *bem-estar subjetivo* (Nunes, 2014: 18). Em 2012, Portugal comprometeu-se à tomada de iniciativas para um Envelhecimento ativo e qualidade de vida das pessoas idosas. Foram criadas medidas como o Plano Nacional de Saúde (2011-2016), a acessibilidade dentro e fora de casa, a continuidade e ajuste de prestações sociais e familiares (através da Segurança Social), a disponibilização de informação útil e oportuna, a promoção de voluntariado e o diálogo entre gerações, entre outros (Governo de Portugal, 2012, *citado por* Marquilhas, 2013: 9-10).

Segundo Lovelock, 2001, *citado por* Diogo, (2016: 29), a satisfação é um conceito mais abrangente que a qualidade de serviço, incluindo avaliações cognitivas e/ ou afetivas. Alguns autores afirmam ser um processo de avaliação (Oliver, 1981 *citado por* Carvalho, 2010: 28), outros a resposta a um processo de avaliação (Tse & Wilton, 1988). Para Fernandes, 2000, *citado por* Diogo, (2016: 30), ela é uma situação momentânea enquanto que a perceção de qualidade resulta da acumulação de várias experiências relativas à satisfação ao longo do tempo. O que é certo é que tudo o que se fizer para atingir a qualidade e um excelente serviço não é relevante se não satisfizer o cliente (Diogo, 2016: 31).

Segundo Shostack, 1984, o período de contato corresponde ao período de tempo durante o qual o cliente interage diretamente com o serviço (Carvalho, 2008: 46). O serviço contém vários “*momentos de verdade*”, que podem contribuir positiva ou negativamente para a formação da satisfação que, por sua vez, possui um impacto elevado no futuro da organização em questão (Carvalho, 2008: 27). De acordo com Vavra, 1997, *citado por* Carvalho, (2008: 28), a satisfação é o principal critério de determinação da qualidade efetiva prestada aos utentes/ clientes⁶⁰. Segundo

⁵⁹As expectativas assumem um papel importante na formação da satisfação estando relacionadas com o grau de consciência de desempenho de um determinado produto/ serviço, e um dado envolvimento psicológico no seu consumo (Carvalho, 2008: 90).

⁶⁰Existem três processos de avaliação da satisfação do cliente: reativos, consistindo na recolha e tratamento das reclamações, sendo limitado, pois parte do pressuposto que se o cliente não reclama então é porque se encontra satisfeito; conscienciosos, através do uso de inquéritos de avaliação do serviço prestado, e ativos, identificando-se clientes, ponderando-se atributos de serviço, avaliação, comparação com a concorrência e

Gronroosum, o utente percebe a qualidade total do serviço que lhe está a ser prestado, tendo em conta uma comparação entre as suas expectativas (qualidade esperada) e experiências (qualidade obtida), segundo várias dimensões de qualidade. Assim, a qualidade percebida é “boa” quando a qualidade experimentada vai de encontro às expectativas do cliente iniciais, acerca de uma experiência futura antecipada.

Na literatura dos serviços, a satisfação está relacionada fortemente com reações emocionais, sendo afetada pelos sentimentos (pontuais – estando relacionado apenas com a disposição do cliente na altura em que recebe o serviço - ou acumulados) que um dado indivíduo obtém aquando do desempenho percebido de serviço prestado. O estado de espírito dos indivíduos (disposição/ humor) aquando do ambiente de serviço pode-se manter constante ou alterar-se consoante a interação com os servidores, tendo sempre implicações na avaliação da qualidade do mesmo⁶¹. Assim, a organização prestadora tem de se adaptar, gerindo o comportamento observado dos seus utentes, detetando previamente a sua disposição e promovendo reações positivas ao invés de negativas (Solomon *et al.*, 1985 *apud* Carvalho, 2008: 36).

Contrariamente àquilo que habitualmente se pensa, a insatisfação com o serviço prestado não é o mero oposto de satisfação. Na maior parte dos casos, na implementação de programas de melhoria de qualidade de um dado serviço realizam-se tentativas de aumento da satisfação, descurando uma gestão de redução da insatisfação do utente, de forma a minimizar os efeitos negativos e recuperar falhas. O conceito de “zona de tolerância”, introduzido por Berry & Parasuraman (1991) tem em conta o reconhecimento por parte dos utentes de que nem sempre é possível atingir as suas expectativas, dada a própria característica de heterogeneidade dos serviços, admitindo um nível inferior de serviço até um dado patamar adequado, de acordo com as suas necessidades pessoais: até que ponto mínimo e tolerável de desempenho estarão os utentes dispostos a aceitar variações na prestação, sem se sentirem insatisfeitos (Carvalho, 2008: 41).

2.4. Certificação de Qualidade das Respostas Sociais

O Estado apresenta elevada responsabilidade no exercício da ação social das organizações que compõem o Terceiro Setor, exigindo das mesmas a prestação de respostas sociais com elevados níveis de qualidade. Em Portugal, existem dois sistemas de certificação da qualidade das respostas sociais: o EQUASS e a certificação segundo os modelos do ISS. Este último desenvolveu os MAQRS, em

determinação dos níveis de satisfação, promovendo ações de gestão para a melhoria e sensibilização da ótica do utente.

⁶¹Segundo Pollitt, (1995: 20), devem ser satisfeitas três condições para uma boa medição da Qualidade: validade e confiabilidade (relevância, estabilidade espaço-temporal, transparência, precisão, repetibilidade e compreensibilidade), funcionalidade e legitimidade (devendo suportar o propósito da organização, exibindo, de forma correta, o alcance dos seus objetivos) e “ownership” (envolvimento dos profissionais, Cidadãos e servidores para uma maior seriedade e eficácia).

2005⁶², aquando do desafio lançado pelo Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social através do Programa de Cooperação para o Desenvolvimento de Qualidade e Segurança das Respostas Sociais, que veio suscitar uma urgência na ambição de obtenção, por parte de cada instituição, de conhecimento inevitáveis e imprescindíveis a este nível, a curto e médio-prazo. Destes modelos constam os Centros de Dia, baseados em oito critérios⁶³, como instrumentos permissores de avaliação da qualidade dos serviços prestados, diferenciando-os positivamente, na busca de excelência dos seus serviços, garantindo a sua sustentabilidade e viabilidade, fortalecendo, ainda, a identidade das organizações para melhor à adequação entre respostas prestadas e as necessidades sociais das comunidades.

2.5. Modelo Organizacional do Centro de Dia com qualidade

“*O modo como uma Sociedade trata os seus idosos é um indicador seguro da qualidade que pretende oferecer a todos os Cidadãos*” (Capucha, 2014: 206). O conceito de qualidade aplica-se transversalmente a todos os procedimentos, desde o ato de atendimento, à qualidade de serviço prestado por todos os profissionais, aos equipamentos e à *performance* (Fernandes, 2000, citado por Diogo, 2016: 12). O serviço prestado em qualquer organização exige um sentimento partilhado de valores, uma cultura de escuta permanente dos seus utentes, numa conceção humanizada, cumprindo os compromissos por si assumidos e reconhecendo prioridades incontornáveis.

Um Centro de Dia é uma resposta social que consiste na prestação de um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção de idosos no seu meio sociofamiliar (Bonfim & Saraiva, 1996 *apud* Marques 2006: 154). É um serviço social de apoio familiar que oferece atenção, durante o dia, às necessidades pessoais básicas, terapêuticas e socioculturais dos idosos, afetados por diferentes graus de dependência, prevenindo o seu agravamento através da promoção de autonomia e permanência em residência habitual (Castiello, 1996, *apud* Marques 2006: 154). Distingue-se do Centro de Convívio, pois embora sejam ambos uma resposta social de apoio diurno, o primeiro apresenta um caráter reabilitador, ao invés de apenas promover o desenvolvimento de atividades de convívio e recreio. É o único espaço, para a maioria dos idosos, onde se dá uma interação quotidiana, perante a restante solidão e falta de convívio familiar pleno, executando, ainda, atividades que lhe agregam valor, exercitando a lucidez e o desempenho mental e cognitivo e mantendo, no fundo, relações sociais

⁶²Em seguimento da criação, em 2003, do “Programa de Cooperação para Desenvolvimento da Qualidade e Segurança das Respostas Sociais” pelo Ministério da Segurança Social e do Trabalho, Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade, UMP e União das Mutualidades Portuguesas.

⁶³O modelo é estabelecido por três níveis de exigência de cumprimento dos requisitos: nível C – obrigatório ou mínimo, nível B - voluntário e nível A – boas práticas a caminho da excelência, tendo, também, como referências a Norma NP ISO 9001: 2000 – Sistemas de Gestão da Qualidade – Requisitos e Modelo de Excelência da EFQM. Os seus critérios são constituídos por quatro meios: liderança, planeamento e estratégia; pessoas; parcerias e recursos e processos, e quatro resultados: clientes, pessoas, Sociedade e chaves do desempenho (Social, 2010a: 8).

saudáveis⁶⁴ (Nunes, 2014: 13). Para além disto, proporciona apoio, descanso e alívio à esfera familiar e restantes cuidados informais, pelo tratamento “terapêutico” imperativo durante o dia (Rodriguez & Rodriguez, 2007, *citado por* Teixeira, 2016: 29). Segundo Daniel, (2016: 242), em 2016 existiriam Centros de Dia disseminados por todo o território nacional, sendo a taxa de utilização de 66.3% no ano descrito.

Os principais objetivos de um Centro de Dia são (Quaresma, 1980 *citado por* Marques, 2006: 155):

- Prestação de serviços de satisfação das necessidades básicas, colocando à disposição formas de ajuda e um ambiente protetor adequado à situação individual;
- Promoção de saúde e prestação de apoio psicossocial, estimulando a participação em atividades individuais e coletivas;
- Fomento do convívio através de relações interpessoais entre idosos e para com os restantes grupos etários, quebrando o isolamento;
- Doação de apoio direto às famílias das pessoas idosas, proporcionando assim um espaço formativo e de apoio à sua relação de amizade e companheirismo com o familiar idoso.

O equipamento social Centro de Dia, objeto de estudo da presente investigação, é baseado no princípio “*aging in place*”⁶⁵, tendo sido desenvolvido um modelo com o propósito de se tornar referencial nacional de qualidade e *standard* de comparação, construído com base nesta resposta social, ainda aquém, às necessidades da terceira geração em Portugal. Foi verificado, segundo este modelo, que um dado Centro de Dia só apresentará qualidade e adequação no seu funcionamento se tiver em conta as necessidades dos seus “clientes” diretos externos, redesenhando o serviço à medida das pessoas idosas e seus familiares, mas também dos seus “clientes” internos, ou seja, profissionais

⁶⁴Segundo Gorjão Clara, 2008, *citado por* Nunes, (2014: 70), a partir da idade sénior, por cada década de vida dá-se uma perda de cerca de 5% das capacidades mentais e cognitivas. Assim, revela-se fulcral a realização e submissão a estímulos capazes de retardar a atrofia. O contato social é assim, fundamental no restabelecimento do equilíbrio pessoal, transmitindo solidariedade, amizade e segurança. Para Teixeira, (2016: 170), os Centros de Dia são estruturas que tendem a satisfazer as necessidades de interação social, estimulação cognitiva e atividade física direcionada a portadores de doença de Alzheimer, pensando o cliente como um ser ainda afetivo e ativo.

⁶⁵Tem em conta a alteração do paradigma de cuidar, promovendo a manutenção do idoso no seu contexto informal, transmissível de dignidade no seu quotidiano (Teixeira, 2016: 17). Segundo o mesmo autor, existem seis categorias de Centro de Dia distintas entre si: com alta ou moderada intensidade clínica e social, de apoio familiares de doentes de Alzheimer, de reabilitação, de intervenção generalista e, por fim, com níveis de pontuação baixos. Nos anos 90 surge um estudo por Samuelsson *et al.*, 1998, categorizando o Centro de Dia em apenas duas dimensões: de Intervenção Social (integrado em estrutura residencial ou Independente) e de Intervenção Médica (para pessoas com demência, misto ou de reabilitação). Posteriormente, Manchola, 2000 *citado por* Teixeira, (2016: 35), apresenta como resultados da sua investigação quatro modelos: normalizado, monográfico, misto ou psicogeriatrico.

capacitados e aptos que trabalham diariamente com vista a fornecer as melhores condições de vida satisfatórias a esta camada da população (Marques, 2006: 159). Assim, foi elaborado um modelo lógico descrito no quadro abaixo.

Quadro 2.2. Modelo lógico do Centro de Dia

INPUTS	ATIVIDADES	OUTPUTS
<p>Necessidades dos Clientes: Pessoas Idosas</p> <p>Necessidades Básicas Alimentação, Higiene e Cuidados de imagem, Mobilidade, Controlo de Saúde</p> <p>Necessidades Sociais Suporte social, familiar e formal, qualidade de Vida e bem-estar</p> <p>Família e Outros Cuidadores Informais Recursos Financeiros e Psicosociais, disponibilidade de tempo</p> <p>Cuidadores Formais Formação, Resolução de conflitos, Situações de crise, Trabalho em equipa, Comunicação e Apoio ao Stress Laboral</p>	<p>Processos - Chave Candidatura, Seleção, Admissão, Alojamento, Vida no lar, Alimentação, Higiene e Cuidados de imagem, Controlo de Saúde Apoio Psicosocial e espiritual, Animação social, cultural e recreativa, Quotidiano e Relações com o Exterior</p> <p>Processos Apoio Armazenamento, preparação e confeção de alimentos, Higiene e Segurança, Alimentação, Tratamento de roupas, Limpeza e manutenção das instalações e do equipamento, Gestão administrativa e documental, Recursos humanos, Transportes</p>	<p>Satisfação das Necessidades dos Clientes</p>

Fonte: Marques, (2006: 161)

No entanto, nestas instituições nem sempre é incentivada a promoção de uma atitude de aproximação e convivência com outros grupos etários (Vaz, 2003: 203), desintegrando as pessoas do resto da Sociedade (fenómeno de *ghetização* de idosos). Para além disto, os idosos são, por vezes, vedados de estímulos de reação e coordenação interior e exterior aquando da realização de atividades diárias com retaguarda, mantendo-se a solidão inicial⁶⁶. Também é frequente a ocorrência de um desconhecimento generalizado face aos serviços oferecidos pela instituição, bem como dos direitos legais dos utentes, ou não procura dos mesmos por receio de encargos elevados, favorecendo, assim, o isolamento social, a distância e a falta de informação.

⁶⁶Com a falta de adaptação da maior parte de respostas sociais de combate ao Envelhecimento em Portugal, a maior parte dos idosos dedica-se à frequência de universidades seniores (surgidas em 1976), ou à prática de voluntariado como forma de sociabilidade, satisfação, bem-estar e enriquecimento de conteúdos, fundamentais para uma vida ativa.

2.6. Cidadania, Ética e Participação na prestação de serviço às Pessoas Idosas

A dimensão ética é uma realidade efetiva da Administração Pública, considerada modelo de organização e convivência humana, caracterizadora do Estado democrático (Soares, 2008: 45). Este último tem o dever de prosseguir o interesse público, satisfazendo as necessidades da sociedade, tendo como base “um conjunto de aspirações e desejos comuns, garantindo (...) a paz social e até emocional” (Soares, 2008: 12). Para tal, deve harmonizar os seus meios a fim de apurar eficiência e eficácia nas políticas públicas por si definidas. O papel que os Cidadãos desempenham na aferição de melhoria e progresso das mesmas é crucial para introduzir qualidade e bem-estar nas suas práticas de atuação, daí se afirmar frequentemente que a Sociedade é a essência e razão de ser da Administração Pública e a sua fonte de alimentação, estabelecendo-se um fluxo de valores entre estes dois elementos interdependentes (Soares, 2008: 15). A própria OCDE considera fundamental uma orientação da Administração Pública segundo os “3E’s” habituais (Economia, Eficiência e Eficácia) mas também segundo um quarto “E” referente aos padrões éticos, considerados ligeiramente esquecidos aquando da adesão à NGP, dadas as fronteiras existentes entre o setor privado e o público (Soares, 2008: 14).

O Modelo Europeu de Serviço Público fundamenta-se em regras de solidariedade, igualdade de tratamento e concretização dos direitos sociais do Cidadão, com base na equidade e coesão (Silvestre, 2010: 26). Os princípios gerais do Serviço público são, (*idem*, 2010: 27): a universalidade, continuidade, qualidade de serviço, disponibilidade e proteção dos utilizadores⁶⁷. Outros autores como Cheung (2005) consideram também a igualdade de acesso, a ausência de discriminação na provisão, a segurança, o preço justo, níveis de eficiência objetivamente observáveis, a transparência, a participação e o controlo democrático. Para Bouckaert, 1996 *apud* Silvestre, (2010: 27), é fundamental considerar os padrões de serviço, aquando da sua prestação, ter abertura, fornecer informação, escolha, não-discriminação e acessibilidade, garantindo, assim, elementos de igualdade, neutralidade e continuidade na prestação de um serviço. Assim, a Ética deve ser entendida como o reflexo da atuação da Administração Pública, estando ao serviço da satisfação, “*o mais eficazmente e eficientemente possível*” das necessidades da Sociedade (Soares, 2008: 79). Segundo o Professor Kathryn Denhardt, a Ética na Administração Pública só é possível se integrar o fator essencial das pessoas e os sistemas organizacionais onde estas se inserem (Soares, 2008: 101), concretizando, assim a sua efetividade e operacionalidade na Administração. É necessário auscultar os Cidadãos para efeitos de avaliação e tomada de consciência de aspetos a melhorar, privilegiando a sua proatividade, abertura, comunicação e participação, sensibilizando-os para uma Cidadania ativa e saudável. Deve haver uma imbução da Ética na cultura da Administração, na arquitetura dos seus processos, atividades e estruturas, ou seja, assentar um “*ethos do serviço público*”, um compromisso moral forte com os indivíduos e a

⁶⁷Para Le Grand, um bom serviço público implicaria cinco atributos essenciais: alta qualidade, gestão e funcionamento eficientes, capacidade de resposta através de um atendimento às necessidades/ desejos dos utentes e prestação de contas aos contribuintes de forma equitativa (Asensio & Madureira, 2013: 296).

comunidade, reforçado pela formação, apoio e sistemas que garantam a sustentabilidade da cultura do serviço, responsabilização cívica e melhoria contínua (Moreira, 2008: 34).

Em Portugal, apesar da emergência de um exercício profissional informado e focado na qualidade de prestação de serviço pelas instituições tradicionais de apoio ao Envelhecimento, as mesmas apresentam ainda sérias limitações no sentido de descontextualização de expectativas que a Sociedade tem de si, tais como a habitual relação vertical com os utentes, tornados recetores submissos, despersonalizados, homogeneizados, uniformes e cumpridores das regras institucionais, sem opinião ou vontade própria (segundo Santos & Encarnação, 1998: 258, são utentes bem-comportados, ideais). A maior parte das instituições retira a privacidade aos seus utentes, trazendo rapidamente a sua deterioração e incapacidade, não assegurando ainda direções técnicas ou prestação direta cuidada (Martins, 2006: 138). Trata-se de uma lógica que não coincide com o novo paradigma cultural de intervenção para a Cidadania, nem tampouco com o Código de Ética de cada uma das instituições (normas de conduta e valores fundamentais da organização), no qual o idoso utiliza as respostas sociais às quais é possuidor de direitos plenos e não limitados, existindo várias redes de comunicação entre agentes utilizadores e prestadores de serviços. Tem de se ter em conta que o idoso não representa uma vítima de enfermidade/ incapacidade ou um peso negativo discriminatório, devendo ser alvo de uma política de investimento para uma vida mais ativa, positiva e saudável, merecendo respostas humanitárias, convencionadas e direcionadas de acordo com as suas especificidades - necessidade de criação de uma “*ética de longevidade* (Rosnayet *al.*, 2006, citado por Carvalho, 2013: 50) - criando-se as condições necessárias ao seu novo contexto social e institucional.

Esta intervenção assistencial divide-se no contexto da Sociedade de direitos numa função protetora (medidas complementares económicas para idosos carenciados, via Governo, como o subsídio de dependência e o complemento solidário para idosos) e providencial (baseada na construção, não de medidas, mas de respostas sociais, num papel guardião, asilar e reparador, como é o caso das Misericórdias, representantes do filantropismo social português). A primeira foi substituída, gradualmente por uma política de proteção ao Envelhecimento (em vez de ao idoso), enquanto problemática social, dada a necessidade de cautela e exercício de pedagogia relativamente ao processo do mesmo (Cidadania adquirida pelo próprio indivíduo) e dos deveres do Estado na manutenção de sistemas de coresponsabilização solidária dos atores sociais pelos encargos sociais (Carvalho, 2013: 26).

Segundo Vaz, 2003, citado por Faria, (2012: 72), os indivíduos idosos enfrentam ainda uma situação de “*morte social*”, apesar de estarem colmatadas as necessidades biológicas e terem acesso aos serviços e apoios sociais. Para Hespanha, (2000: 179), no caso das respostas sociais ao Envelhecimento, as pessoas com maiores posses entram com prioridade, mesmo não tendo tanta necessidade. De facto, as avaliações das necessidades hoje em dia dependem bastante da disponibilidade de recursos e orçamento, em vez de uma observação atenta das carências reais da população necessitada. Em termos de Envelhecimento, uma política responsável deve reduzir as

desigualdades existentes, promover a integração dos mais velhos para um Envelhecimento ativo e bem-sucedido, estabelecendo passos para uma Sociedade aberta e inclusiva, exercendo a Cidadania⁶⁸ e Sustentabilidade no tempo.

O Modelo de Governação do Estado, motivado pela internacionalização, modernização e desenvolvimento tecnológico, visou a adoção de uma nova postura governativa de responsabilização do Cidadão face ao descrédito que a NGP transmitiu ao público, com práticas de corrupção não-éticas e consequente diminuição da confiança pública em sistemas pré-determinados (Bovaird & Löffler, 2003, *citado por* Silvestre, 2010: 70). Cabe assim, ao Cidadão o papel primordial para o alcance de maior solidariedade, eficácia, eficiência, produtividade, qualidade e participação em rede. Seria uma terceira via, de adoção de técnicas de gestão e indicadores de desempenho, sem descurar a colaboração do público, para uma administração mais aberta, razoável, pragmática e carinhosa (Terry, 2001). O setor social vincula-se, umbilicalmente, ao público, sendo o desafio da gestão social o de romper os conceitos tradicionais, agregando princípios de gestão privada (avaliação, planeamento, controlo menos burocrático, eficiência nos gastos e eficácia), adequando formas hierárquicas para modelos de parceria (Renegociação do Pacto Social) sendo também determinada pela solidariedade e diálogo coletivo⁶⁹, aberto e democrático entre os envolvidos numa ação e o Estado-rede (Melo Conti, 2010: 167-8).

Uma boa Governança⁷⁰ abrange processos do governo, uma administração eficaz de políticas e a qualidade das mesmas (Moreira, 2008: 82). Assume-se que o Estado apresenta um papel preponderante na formação de capacidade cívica e estabilidade democrática na Sociedade Civil, interagindo com a mesma e criando um consenso social legítimo (Tarrow, 1996, Levi, 1996, Rothstein, 2001 *citado por* Moreira, 2008: 151). Exige-se uma implantação de medidas que possibilitem a obtenção de melhor informação para a tomada de decisões políticas, de *feedback* atualizado e de uma identificação mais atempada das necessidades sociais e perceções da comunidade, numa democracia participada (Moreira, 2008: 155), reconfigurando a arquitetura do Estado e da UE,

⁶⁸O conceito de Cidadania Social de Marshall, 1950, *citado por* Matos, (2014: 6), consiste no conjunto de direitos associados ao bem-estar económico e social, desde o direito a um padrão de vida de acordo com os que prevalecem na Sociedade até ao acesso à Segurança Social.

⁶⁹Segundo Carapeto, (2005: 286), deve ser assumida uma postura credível, consciente, facilitadora, pedagógica, parceira e transparente do processo de participação dos Cidadãos na Administração Pública, favorecendo uma Cidadania democrática.

⁷⁰Definida por Daniel Kauffman, *apud* Moreira, (2008: 82), como: “o exercício de autoridade através de tradições e instituições formais e informais para o bem comum, abrangendo assim: o processo de seleção, monitorização e substituição dos governos, a capacidade de formular e implementar políticas idóneas e prestar serviços públicos e o respeito dos Cidadãos e do Estado pelas instituições que governam as interações económicas e sociais entre eles”.

alterando políticas públicas e trazendo à superfície questões relacionadas com legitimidade, responsabilidade⁷¹ e *accountability*, tão necessárias nos dias de hoje (Moreira, 2008: 191).

2.7. Que Gestão de Respostas Sociais para o Futuro?

A atual definição de políticas públicas sociais para a UE deve ter em conta a mudança de paradigma da sociedade, crescentemente envelhecida, logo necessitada de um reposicionamento de mais apoios a nível social e de saúde que assegurem as compensações necessárias à sua atividade diária. Os padrões de qualidade de vida alteraram-se a partir de 1980, na ótica da NGP. Há uma maior exigência de prestação de contas, transparência e responsabilidade na prestação de serviço ao Cidadão, participante no diálogo democrático⁷² (Bovaird, 2003: 144). A modernidade exerce transformações radicais nos projetos de vida, necessidades, visões do mundo e escolhas. No entanto, as respostas sociais revelam-se, ainda pontuais e conjeturais, em vez de estruturais, bem como precárias, insuficientes, ambíguas e não credíveis ou viáveis a longo-prazo (Pimentel, 2001: 28). Há uma clara desregularização entre a procura, excessiva e a oferta, limitada e por vezes desadequada⁷³.

Vivemos numa era de profunda mudança demográfica, económica e entre gerações. Alguns equipamentos sociais como os lares de idosos, por exemplo, apresentam condições de admissão bastante restritas, regras despersonalizadas, infantis e rígidas, perante as quais o idoso não se liberta e convive, não possuindo quaisquer condições de conforto, revelando uma higiene deficiente e faltando claramente, uma parte humanitária de existência de atividades lúdicas⁷⁴. No entanto, por haver poucas ou nenhuma melhores alternativas, dá-se uma inércia quer por parte dos idosos, quer por parte das suas famílias às quais pertencem, num vazio de ideias e de *playmakers*, conformando-se com a

⁷¹ “Qualquer política é responsável pela possibilidade de outra política futura” (Faria, 2012: 78). Sob o ponto de vista de gestão pública, a responsabilidade pode ser entendida como a capacidade de compromisso para responder ou cumprir uma tarefa sem pressão externa à consciência ética, devendo-se exercer o poder para os outros e não sobre os outros.

⁷² De acordo com Carreira, o percurso de Cidadania Plena seria uma evolução desde os direitos civis (Liberdade, Igualdade e Propriedade, séc. XVIII) aos políticos (Participação na formação do poder, Associação e Expressão de ideias, séc. XIX), aos económico-sociais (mínimo Bem-estar, séc. XX) e aos de Solidariedade (Paz, Ambiente, Património e Comum Respeito, séc. XXI).

⁷³ De acordo com Vaz, (2003: 198), há uma clara discrepância entre as zonas mais envelhecidas em Portugal continental, nomeadamente o Alentejo, Algarve e Centro, e aquelas com maior número de respostas sociais (zona litoral e beiras). Para Daniel, (2016: 239), as IPSS surgem, muitas vezes “contaminadas” por protagonismo de líderes locais, sendo, na verdade, demasiadas em certas regiões, e escassas em outras, consoante a potencialidade de utentes (distribuição territorial dispersa).

⁷⁴ Segundo Daniel, (2016: 238), temos vindo a deparar-nos com uma atuação incoerente na organização espacial dos recursos, geradora de perplexidade em termos de acomodações. Deu-se um retrocesso legislativo relativo às normas reguladoras das condições de instalação e funcionamento dos lares de idosos, diminuindo-se o número de quartos individuais, já exíguos, aumentando a capacidade de acolhimento das instituições, o que se reflete numa diminuição da privacidade, intimidade, convívio e bem-estar coletivo, logo da qualidade de serviço prestado.

aversão à institucionalização, vista como a última opção viável (uma resposta de último recurso) no socorro à dependência (Pimentel, 2001: 74).

Em pleno século XXI, Portugal é considerado um país onde a transferência de competências para o Terceiro Setor foi realizada de forma “precipitada”. Apresenta serviços escassos, apáticos e parcialmente desenvolvidos no atendimento às necessidades do idoso, com respostas difusas face às características dos utentes a quem se dirige, falta de supervisão pela entidade central que os tutela (como se se tratasse de um governo paralelo pobre). Há ainda uma falta de reconhecimento generalizada do Terceiro Setor, apesar da sua emergência, não estando o seu conceito enraizado e devidamente institucionalizado na Constituição. É necessária uma otimização dos recursos existentes e a criação de novas modalidades, mais adaptadas aos novos idosos e à realidade circundante, investindo em centros especializados de apoio aos vários tipos de demência, adotando metas de avaliação e monitorização da prestação de serviços através de *standards* de qualidade. A monitorização da assistência social exige-se, reforçando projetos de vida, unificando o respeito pela esfera social e as boas práticas.

Vive-se num período de falta extrema de preparação e sensibilização das instituições de auxílio à velhice⁷⁵, tendo em conta o respeito pela privacidade e personalidade de cada indivíduo utente, não funcionando segundo padrões ótimos e obrigando o mesmo a uma camaradagem forçada, num regime de coexistência pacífica (Pimentel, 2001: 78)⁷⁶. Os encargos com idosos que, anteriormente seriam responsabilidade exclusiva da família ou de particulares, nuclearizaram-se, passando a ser transferidos para instâncias privadas ou estatais despersonalizadas e burocratizadas, nas quais as relações entre os agentes operam de forma anónima, ignorando mutuamente as existências (Lenoir, 1997 *apud* Martins, 2006: 127). Os conflitos de interesse reduzem-se a confrontos entre responsáveis político-administrativos e especialistas de instituições, num processo que se tem verificado extremamente lento, em Portugal (Martins, 2006: 127). Segundo Hespanha, (2000: 227), algumas instituições focam-se mais numa orientação de regras de sobrevivência económica, do que nas necessidades dos seus utentes. A moral decresceu assim como o acesso aos direitos humanos, ao ponto de colocar em risco a própria democracia (Capucha, 2014: 127).

Além disto, a crescente pressão na pirâmide etária da população portuguesa motivada pelo estreitamento da base (baixas taxas de natalidade, queda sustentada da fecundidade e forte surto emigratório da juventude nas décadas de 60 e 70) veio reduzir a rede de parentesco e a partilha de encargos, o alargamento do topo (baixa taxa de mortalidade e aumento da esperança média de vida) e

⁷⁵Segundo Neves, (2002: 166), prestar melhores serviços pressupõe não apenas uma melhoria do atendimento direto aos seus destinatários, mas também todo o processo produtivo a si inerente.

⁷⁶Segundo um estudo de Drulhe, 1981 *apud* Pimentel, (2001: 78), acerca da atitude evasiva e derrotista dos idosos relativamente à relação de dependência face à instituição, demonstra-se que alguns não têm relações a não ser a de cortesia, desenvolvendo uma sociabilidade mecânica e eletiva, sem a partilha de um sentimento de comunidade, não possuindo qualquer troca de ideias com o exterior.

o aumento gradual dos mais velhos (idades superiores aos 75/ 80 anos) dentro da própria velhice (duplo Envelhecimento), desde 1981 (Pimentel, 2001: 45), associada a um agravamento das condições de vida precárias, consequente dos restos da grande crise que ainda se vive (e insustentabilidade do Sistema de Segurança Social), vem solicitar uma intervenção, mais do que nunca, focada e direcionada para a população desfavorecida e vulnerável. Segundo Crouch & Dorling, 2011, *citado por* Capucha, (2014: 119), a crise atual portuguesa mostra um claro falhanço político numa ótica de fazer recuar o Estado e suas funções de retaguarda, causando uma precarização das relações de trabalho e uma colonização do espaço do interesse público pelo particular, desprezador dos valores de solidariedade e justiça social⁷⁷.

Deve existir uma complementaridade (em vez de substituíbilidade) entre a Sociedade Civil e as iniciativas do Estado de forma a conseguir responder, de forma adequada, eficiente e eficaz às diferentes necessidades dos Cidadãos, em particular idosos, solidarizando-se com os mesmos (Pimentel, 2001: 40). O comprometimento das ajudas públicas fortalece as famílias e o potencial de apoios privados, tornando o esforço mútuo e comum a todos.

De acordo com Capucha, (2014: 124), assiste-se, pela primeira vez em décadas a um declínio na qualidade de serviço de apoio aos idosos, orientados pela segregação exclusiva aos serviços mínimos, individualizando responsabilidades. Exige-se, crescentemente uma política estratégica e centrada em cuidados de longa duração, a longo-prazo, uma prevenção e deteção precoce dos problemas, em fases críticas de existência, uma maior liberdade de escolha individual e a implementação de serviços com maior e melhor qualidade, tendo em conta o valor inestimável que os cuidadores formais e informais (solidariedade geracional de tipo transversal) desempenham perante o recente cenário demográfico, com grave impacto na sociedade. É fulcral a existência de um contrato de solidariedade entre gerações, segundo Cardoso, (2012: 611), a longo-prazo, mediatizado pelo Estado, que abrangesse as várias gerações sucessivas, na Sociedade atual, acelerada pelo tempo, com marcas cronológicas não fixas e estandardizadas, onde a fiabilidade de reciprocidade de compromissos entre gerações deixou de ser tão forte.

O Envelhecimento sustentável e o compromisso com a melhoria dos padrões de proteção social e inclusão dos mais desfavorecidos deve preservar-se na agenda de reforma do Estado, entidade

⁷⁷Segundo Friedman & Friedman, 1980 *citado por* Capucha, (2014: 119), o Envelhecimento é a melhor prova do sucesso do Estado-Social, contrariamente aos que admitem o seu falhanço. O autor Almeida, 2013, refere que Estados sociais mais consolidados, ativos e desenvolvidos respondem melhor a contextos de crise, possuindo, melhor desempenho social e económico. Para Capucha, (2014: 125), o mercado tem um papel negativo no apoio aos idosos, uma vez que gera desigualdades sociais e discriminação dupla: eram mal pagos enquanto população ativa, futuramente recebem baixas pensões e, contraditoriamente, têm de pagar um preço excessivo pelo serviço de cuidados pessoais, pondo em causa a coesão social e solidariedade, que não deveriam ser vistas como um luxo em tempo de abundância, mas sim um requisito para o equilíbrio social do país. Segundo Carvalho, (2010: 115), as entidades não lucrativas possuem um peso substancialmente superior em relação às lucrativas, em termos de respostas sociais ao Envelhecimento (a proporção é de 6 para 1, respetivamente).

melhor qualificada e responsável por assegurar a qualidade de vida dos Cidadãos, de forma integrada (para uma informação mais rica, social, administrativa e clínica), continuada (mantida no longo-prazo e acompanhada) e comparada (confrontada com outros indicadores) (Pinto, 2003: 71), favorecendo uma reorientação da ação, “*combinando solidariedade com justiça social, gestão eficiente com respeito pela vontade dos utentes, profissionalismo com participação voluntária e direção esclarecida com participação democrática*” (Hespanha, 2000: 316). Para Sequeira, num país que quer estar no padrão da frente tem de ser exigido mais, sem a existência de um reducionismo ao fraco conhecimento das necessidades dos utentes. O idoso deve ser protegido da negligência, más práticas ou até violência, reanimando a consciência para um Envelhecimento saudável.

CAPÍTULO 3 – METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

Considera-se a metodologia o fio condutor de qualquer processo de investigação, tornando-o coerente e legível para todos (Diogo, 2016: 36). Revela-se, assim, um passo fulcral à realização de qualquer projeto, influenciando os seus resultados e aproximando o investigador da problemática em estudo.

Como forma de dar início ao processo metodológico propriamente dito, recorreu-se a uma análise de documentos internos de ambos os Centros de Dia (regulamentos, estatutos, mapas mensais de atividades, etc.) e à elaboração de entrevistas exploratórias e também, semiestruturadas, as últimas baseando-se num guião (disponível em anexo) dividido em 2 categorias: caracterização pessoal da amostra e da resposta social do Centro de Dia. Feita a delimitação do universo da presente investigação, tornou-se necessário proceder à definição da amostra em estudo, da seguinte forma: 2 diretores técnicos, 4 membros de equipas técnicas e 13 utentes idosos, perfazendo um total de 19 inquiridos, orientado pela saturação da amostra⁷⁸. Em termos de equipas, as mesmas não foram alvo de critério de seleção, tendo-se optado por uma amostragem não probabilística de tipo conveniência.

Os principais critérios de inclusão relativamente à escolha da amostra de utentes entrevistados foram: encontrarem-se inscritos e presentes na instituição nas datas agendadas para as entrevistas, possuírem pelo menos 65 anos, constituírem uma seleção de ambos os sexos e, acima de tudo, através de indicação prévia pela direção, serem capazes de autorizar de forma escrita através de consentimento informado e de dar respostas não comprometedoras da validade do estudo.

3.1. Hipóteses de Investigação

Pretendem-se testar as seguintes hipóteses de investigação dedutivas, provenientes do capítulo teórico, servindo este de ponto de partida, aplicando-se, de seguida, a situações particulares.

- **Hipótese 1 (H1):** No mesmo concelho existem grandes discrepâncias na resposta social dada pelo Centro de Dia perante o fenómeno do Envelhecimento, em termos de recursos físicos, humanos e económico-financeiros.
- **Hipótese 2 (H2):** Quanto maior o número de atividades prestadas aos utentes de Centro de Dia, maior será a qualidade de serviço proporcionado, logo, maior a satisfação do utente, o seu Envelhecimento ativo e o impacto positivo, qualificado e uniforme na resposta dada.
- **Hipótese 3 (H3):** Em cada Centro de Dia tanto os diretores, como os membros das equipas técnicas e os utentes encontram-se em concordância no que diz respeito à qualidade de

⁷⁸Segundo Thiry-Cherques (2009: 20-21), a saturação em pesquisa qualitativa revela-se um critério importante e apropriado no estabelecimento de validade de um conjunto de observações. Determina o momento em que o acréscimo de dados e informação em pesquisa não altera a compreensão do fenómeno estudado, deixando as observações de ser necessárias, uma vez que nenhum novo elemento permite ampliar o número de propriedades do objeto investigado.

Serviço prestado pela instituição em causa: a sintonia a nível de hierarquias determina também a resposta dada, estando diretamente relacionada com a satisfação final do utente.

3.2. Instrumentos de recolha e tratamento de dados

Os métodos de investigação qualitativos são considerados mais intensivos por reconstruírem processos de compreensão e observação rigorosa dos sujeitos que os interpretam, estruturando o conhecimento e norteando a análise, não se limitando a uma abordagem redutora de relações entre variáveis (Reis, 2001, *apud* Vaz, 2003: 198). Também Oliveira, (2015: 55), acreditava que “a melhor forma de obter a resposta sobre a qualidade do serviço prestado é perguntar ao próprio usuário se ele está satisfeito, e se existe algo a melhorar”, promovendo a sua participação efetiva e envolvimento. “A técnica da entrevista permite que os indivíduos possam falar livremente e oferecer a sua interpretação dos acontecimentos” (Espírito Santo, 2010, *citado por* Carrasco, 2013: 38), aliando-se, ainda, à vantagem de obtenção de uma maior percentagem de respostas, comparativamente a análises de caráter quantitativo. Para Diogo, (2016: 36), neste método, o investigador exerce um papel ativo, partilhando a experiência com os participantes, narradores no presente, num contexto naturalista. Não se trata de uma representatividade da realidade, mas da sua exemplaridade (Manuel, 2015: 25).

Os métodos de recolha de dados para a elaboração da presente investigação foram a análise documental e legislativa (documentação institucional); as entrevistas exploratórias e entrevistas semiestruturadas⁷⁹ aos diretores técnicos, equipas técnicas e pessoas idosas nas unidades de estudo, com base numa amostra intencional, com componentes não estritamente representativas da população, mas características da mesma (Quivy *et al.*, 1998 *citado por* Vaz, 2003: 201), tendo uma reconstrução subjetiva como norma.

As entrevistas ocorreram entre a segunda quinzena do mês de Abril e a primeira de Maio de 2018⁸⁰. Foi utilizado o suporte de áudio com vista à facilitação da recolha das respostas, anotando-se, ainda, em suporte escrito, as principais ideias referidas, não captadas pelo gravador (atitudes, linguagem não verbal, expressões, etc.). O seu guião foi constituído por uma caracterização sociodemográfica inicial, seguida de uma dimensão de caracterização do grau de satisfação com o serviço prestado no Centro, do ponto de vista dos três grupos escolhidos, captando a sua opinião.

⁷⁹São bastantes utilizadas em trabalhos sociais, constituindo-se por questões precisas, podendo ser reformuladas no decorrer da entrevista, gerando abertura suficiente para o imprevisto e autenticidade das respostas, com interesse para a investigação (Carrasco, 2013: 38).

⁸⁰Não foi realizado um pré-teste da fiabilidade do guião de entrevista à amostra-alvo escolhida dada a pequena amostra da população. Os guiões foram, ainda assim, previamente validados e reformulados pelos orientadores, de forma a cumprir os objetivos da presente dissertação. A duração média de cada entrevista foi de 18 minutos.

Seguidamente, procedeu-se uma transcrição integral das mesmas, seguida de uma *leitura flutuante*⁸¹ e seleção dos depoimentos mais relevantes para o estudo.

Para além da formulação de questões fechadas (de resposta curta), foi dado espaço aos entrevistados para desenvolverem as suas ideias, na maioria das perguntas efetuadas, criando, assim, um maior “à-vontade” entre si e o entrevistador. Foram criados indicadores para cada uma das dimensões de caracterização da amostra e da resposta social de Centro de Dia.

Assim, como forma de tratamento dos dados da presente investigação social foi elaborada uma grelha de análise de conteúdo de carácter qualitativo, consistindo numa comparação de respostas no discurso de cada entrevistado, para os três grupos escolhidos, segundo categorias previamente estabelecidas, convergindo informações obtidas. Esta correspondeu a uma das fases mais demoradas da investigação, dada a exigência de agrupamento dos dados narrativos recolhidos, de forma coerente⁸².

De forma a facilitar a linguagem utilizada ao longo da análise dos resultados, intitulou-se o Centro de dia S. Vicente de Paulo de “C_p” e o Centro de Dia S. José de “C_j”.

⁸¹Consiste num primeiro contacto com o documento, criando-se impressões e orientações (Bardin, 2009:90, citado por Diogo, 2016: 39).

⁸²Rodrigues (2002) citado por Diogo, 2016: 40, refere que a análise significativa de conteúdo passa pelo seu reconhecimento, seleção e recorte pertinente procedendo-se à classificação, catalogação, codificação e distribuição dos dados conforme uma grelha de análise (agrupamento de categorias semelhantes e comuns numa ordem aparente) representativa das modalidades de variáveis, operacionalizadoras dos conceitos da problemática.

CAPÍTULO 4 – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS

4.1. A Realidade do Envelhecimento no Concelho de Oeiras

O concelho de Oeiras pertence à grande Área Metropolitana de Lisboa, ocupando cerca de 46 km² e possuindo, atualmente, mais de 173 mil habitantes dispersos por cinco freguesias, desde a reforma administrativa territorial de 2013: Freguesia de Barcarena, Freguesia de Porto Salvo, União de Freguesias de Algés, Linda-a-Velha, Cruz Quebrada/ Dafundo, União de Freguesias de Carnaxide e Queijas e União de Freguesias de Oeiras, S. Julião da Barra, Paço de Arcos e Caxias. Segundo os Censos de 2011 (Carrilho, 2015: 128), o concelho de Oeiras, possuiu, desde sempre, um índice de envelhecimento superior ao da Área Metropolitana de Lisboa, sendo que a sua população idosa ultrapassa os 19% de população total residente no concelho, revelando um crescimento de 9% desde o ano de 1991.

Quadro 3.1. Resumo do concelho de Oeiras

	2001			2011			2016		
	Oeiras (Município)	Área Metropolitana de Lisboa (NUTS III)	Portugal	Oeiras (Município)	Área Metropolitana de Lisboa (NUTS III)	Portugal	Oeiras (Município)	Área Metropolitana de Lisboa (NUTS III)	Portugal
População residente	162.347	2.685.212	10.362.722	172.476	2.824.906	10.557.560	173.794	2.817.014	10.325.452
Jovens (%) menos de 15 anos	14,3	15,2	16,2	15,6	15,8	15,0	15,7	15,9	14,1
População em idade activa (%) 15 aos 64 anos	70,7	69,3	67,3	64,7	65,5	66,1	61,0	63,1	65,0
Idosos (%) 65 e mais anos	15,0	15,5	16,5	19,6	18,7	18,9	23,3	21,1	20,9
Índice de envelhecimento idosos por cada 100 jovens	105,0	102,2	101,6	125,6	118,6	125,8	148,3	132,7	148,7
Indivíduos em idade activa por idoso	4,7	4,5	4,1	3,3	3,5	3,5	2,6	3,0	3,1

Fonte: PORDATA

Quadro 3.2. Evolução do Índice de Envelhecimento no Município de Oeiras

Território	Anos								
	2001	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Município de Oeiras	105	116,2	120,5	125,6	129,7	134,4	139,3	144	148,3

Fonte: INE – Estimativas Anuais da População Residente, PORDATA

A terceira geração em Portugal, não fugindo à regra o Município de Oeiras, tem vindo a crescer progressivamente, reclamando novas e maiores necessidades. As famílias tendem a assumir funções posteriormente abandonadas, tais como a proteção das pessoas idosas, encontrando-se, estas últimas, numa situação de desequilíbrio. Os seus prestadores (Estado e restantes cuidadores informais) têm vindo a desempenhar um papel cada vez mais fraco, em detrimento do crescimento relevante do

número de beneficiários⁸³. Estes últimos, frequentemente familiares, suportam um apoio não profissionalizado e não remunerado ao idoso, aguardando a criação de um estatuto legal de proteção e enquadramento na sociedade.

Em termos de diagnóstico social do concelho de Oeiras, a Lei n.º 159/ 99 de 14 de setembro tem em conta a transferência de atribuições e competências para os municípios e autarquias locais, em termos de Ação Social. Assim, no que respeita ao Envelhecimento cabe aos municípios apoiar atividades solidárias, respondendo a necessidades reais diagnosticadas nesta faixa etária⁸⁴. Pretende-se combater os estereótipos sociais ainda existentes, acompanhando as situações, formando e sensibilizando os profissionais e a comunidade em geral, para uma visão um pouco mais solidária e menos díspar. Além disso acresce uma necessidade de atuação em rede por todos os parceiros intervenientes no apoio às pessoas idosas do concelho, desenvolvendo mecanismos de recolha e monitorização da informação sistematizada sobre as expectativas dos utentes dos equipamentos sociais, gerindo a vida adulta prolongada (revela-se um fator chave na prevenção e redução da vulnerabilidade e isolamento).

De acordo com o Plano de Desenvolvimento Social de Oeiras, 2014-17 (Rede Social, 2014: 14), foi elaborada uma intervenção social estratégica em grupos temáticos especialmente vulneráveis, entre os quais o grupo dos idosos, desenvolvendo-se eixos de intervenção com o objetivo de criar respostas ou adequar as já existentes perante as novas realidades do Envelhecimento, alargando a rede de equipamentos sociais. Já perante a CMO, (2013: 3), o grande desafio da Sociedade atual consiste em encontrar formas que possibilitem o aproveitamento do potencial desta franja social da população mais envelhecida, contrariando tentativas de ocultação e redução funcionalista da mesma, em áreas que correspondam às suas expectativas e interesses, devendo o contexto social oferecer oportunidades significativas. De facto, as potencialidades desta faixa da população são a sua qualificação elevada, associada à característica geral de “autonomia, funcionalidade e capacidade”, que a torna um importante contributo para a sociedade. No entanto, as suas principais vulnerabilidades baseiam-se sobretudo num fraco aproveitamento das suas potencialidades dada a sua pouca oportunidade de participação social, agravamento dos problemas de Envelhecimento e consequentes percalços na saúde que se refletem numa diminuição da sua qualidade de vida.

No concelho de Oeiras, o trabalho em prol da população idosa tem resultado da aliança transversal entre o município, IPSS, associações e comunidade, sendo reconhecido pela qualidade de

⁸³De acordo com Marques, (2006: 156), mais de metade das pessoas idosas em Portugal (51.4%), vivem maioritariamente sós e com poucos recursos económicos, caracterizando a sua condição de saúde como “má” ou até “péssima”, por sofrerem de doenças crónicas (> 60%) ou algum tipo de incapacidade, necessitando de ajuda para realizar as tarefas quotidianas (INE, 2000 *citado por* Marques, 2006: 156), sendo, também, na sua maioria (82.8%), inativas (INE, 1999).

⁸⁴Art.º 76 do Regulamento Orgânico dos Serviços do Município de Oeiras (Despacho n.º 19354/ 2010, Diário da República, 2ª Série - n.º 252-30 de dezembro de 2010, *citado por* CMO, 2013: 15).

abrangência das respostas criadas⁸⁵. A partir dos anos 90 assistiu-se a um grande aumento da duração de permanência de idosos, dependentes, nos equipamentos sociais, nomeadamente aqueles pertencentes à Santa Casa, tornando-se pouco atrativos para beneficiários mais autónomos. Assim começaram a surgir os equipamentos de Centro de Dia, mais adaptados à nova realidade. Na tabela abaixo encontram-se as 16 respostas sociais existentes para o equipamento de Centro de Dia no concelho de Oeiras, com capacidade de acolhimento para 716 pessoas idosas.

Quadro 4.1. Equipamentos de Centro de Dia no concelho de Oeiras

CONCELHO DE OEIRAS	EQUIPAMENTO
BARCARENA	Centro Social e Paroquial de Tercena (Centro de Dia)
PORTO SALVO	Centro de Dia e SAD do Centro Social Paroquial Nossa Senhora de Porto Salvo
UNIÃO DAS FREGUESIAS DE ALGÉS, LINDA-A-VELHA E CRUZ QUEBRADA/ DAFUNDO	Equipamento Social do Centro Social e Paroquial da Nossa Senhora do Cabo Associação Moradores do Bairro 25 de Abril Apoio-Associação de Solidariedade Social Centro Social Senhor Jesus dos Aflitos da Paróquia de Cruz Quebrada e Dafundo Obra Social Madre Maria Clara (Centro de Dia de Algés)
UNIÃO DAS FREGUESIAS DE CARNAXIDE E QUEIJAS	Apoio – Associação de Solidariedade Social (Centro de Dia) Centro Social e Paroquial de São Miguel de Queijas Centro Social Paroquial São Romão de Carnaxide
UNIÃO DAS FREGUESIAS DE OEIRAS E S. JULIÃO DA BARRA, PAÇO DE ARCOS E CAXIAS	Equipamento Social do Centro Social Paroquial de Nova Oeiras Centro de Dia São Vicente de Paulo (SCMO) Centro Social e Paroquial de Oeiras Associação de Assistência a Idosos e Deficientes de Oeiras (Instituição António Miguel) Centro Comunitário e Paroquial de Nossa Senhora das Dores Centro Solidariedade Social (Associação Oeiras S. Julião)

Fonte: Adaptado de Carta Social

No município de Oeiras (OCDE, 1996, *citado por* CMO, 2013: 32) o Centro de Dia apresentava uma taxa potencial de cobertura de apenas 4.5%⁸⁶. De facto, ainda são reconhecidas lacunas persistentes e necessidades por colmatar (CMO, 2013: 4), surgindo a urgência de uma

⁸⁵Foram desenvolvidos inúmeros serviços de apoio à gestão da vida quotidiana dos idosos tais como medidas de comparticipação dos medicamentos, o “Programa Turismo Sénior”, a “Atividade física 55+”, a “Teleassistência Domiciliária”, a “Equipa de emergência e apoio social”, a “Universidade Sénior”, a Net Sénior, o “Programa Aconchego”, o Voluntariado Sénior, etc.

⁸⁶Corresponde ao coeficiente, em percentagem, entre a capacidade de respostas e o total de residentes no concelho, com idade coincidente à do público-alvo dessas mesmas respostas (Censos 2001, INE), sendo que para o presente documento foi considerada a Rede Privada Solidária, Privada Lucrativa e Pública.

Administração Pública municipal mais eficiente, honesta e eficaz, capaz de salvaguardar a equidade entre gerações. Em termos de respostas sociais o concelho apresenta em curso uma programação de novas respostas sociais que reforçarão as atuais taxas de cobertura, através de estruturas inovadoras e diversificadas adaptadas a realidades específicas, perfeccionando o desenvolvimento de uma política adequada à população idosa.

Apesar de todos estes esforços ainda há que ultrapassar um conjunto de vulnerabilidades como a grave inadequação dos modelos de gestão dos equipamentos face às realidades emergentes, bem como das respostas sociais e serviços disponíveis (sua localização impertinente), o fraco envolvimento dos idosos nas instituições onde se encontram integrados, a escassez e pouca qualificação dos recursos humanos (falta de sensibilização de profissionais e comunidade sobre o fenómeno do Envelhecimento e estereótipos associados), o défice de reforço e diversificação da assistência a pessoas com síndrome demencial e a ausência de clareza nos mecanismos de recolha de informação e sistematização das necessidades e expectativas da população idosa.

4.2. Apresentação dos Estudos de Caso

O Centro de Dia S. Vicente de Paulo, inclusivo da valência de SAD e pertencente à SCMO⁸⁷, é um espaço que visa evitar o isolamento e a marginalização dos idosos, colocando à sua disposição diversas formas de ajuda e ocupação do tempo livre⁸⁸. No fundo, pretende minorar os problemas de saúde da população idosa, evitando o internamento em lar e contribuindo para a sua manutenção em

⁸⁷Com mais de 91 anos de existência, a SCMO corresponde a uma IPSS de natureza associativa, jovem, comparativamente às suas congéneres com 500 anos de presença. A sua missão principal é “receber, apoiar e garantir os direitos e necessidades das crianças e pessoas idosas na comunidade (...) de forma integral e personalizada”, garantindo aos Cidadãos o acesso a serviços de qualidade na área sanitária, criando e dinamizando medidas de acompanhamento aos mais desfavorecidos e estabelecendo redes parceiras com entidades públicas e privadas com vista à definição e concretização de estratégias de ação. A sua visão consiste na prestação de serviço crescentemente qualificado e certificado nas valências que desenvolve, ou seja nas respostas sociais desenvolvidas no interior ou a partir deste equipamento social. satisfazendo as necessidades do seu público-alvo. Os seus valores principais assentam na Solidariedade (criando melhores condições), Honestidade (transparência e seriedade), Qualidade (garantia de um serviço eficaz, eficiente e seguro), Responsabilidade Social (resposta pelas suas valências, de problemas socioeconómicos) e Valores Cristãos (mantendo a fidelidade aos princípios e normas da Igreja Católica, inserindo-se na comunidade).

⁸⁸O quadro de atividades de convívio mensais visa proporcionar a satisfação das necessidades de lazer e quebra de rotinas essenciais ao equilíbrio e bem-estar físico, psicológico e social dos seus atuais utentes. O mesmo é constituído por: atelier de trabalhos manuais, jogos de mesa, jogos cognitivos, atividade física e ginástica, recitação do terço e outras atividades lúdicas (iniciação musical, celebração de aniversários e outras festas), adequadas à sua situação e de acordo com as capacidades da instituição (têm-se como exemplo sessões de informação sobre alimentação saudável e abuso do açúcar e sal, serviços de refeição, cuidados de higiene, acompanhamento médico e de enfermagem como medição da tensão arterial e diabetes, tratamento de roupa, celebração de aniversários com lanches comemorativo, datas festivas assinaladas com pequena tertúlia, e, a nível extra, passeios turísticos, p.e. Fátima, férias organizadas e serviço de transporte).

seio familiar e social, proporcionando bem-estar, sensibilização para a responsabilidade, capacidade de escolha e participação na vida da instituição. Para isso, o Centro de Dia deve prestar o acolhimento e a informação necessária ao utente idoso, favorecendo, ainda as relações interpessoais destes com outros grupos etários, privilegiando o contato com familiares diretos, permitindo o melhor cuidado individual a cada um. A SCMO é responsabilizada pela prestação de serviços contínuos, garantindo a qualidade dos serviços prestados, mantendo a estrutura dos recursos humanos adequada ao desenvolvimento das suas atividades (profissionais idóneos), garantindo, ainda, o sigilo constante dos dados do processo do utente.

Este Centro de Dia mudou de posicionamento em 2004, dentro da mesma zona geográfica, tendo se situado as suas primeiras instalações desde 1989 numa rua próxima à atual localização. O processo de admissão realiza-se conforme os seguintes critérios: residir na freguesia de Paço de Arcos; ter idade igual ou superior a 60 anos; ser reformado/pensionista e/ou encontrar-se em situação de não-ativo; possuir autonomia no desempenho das funções básicas e não sofrer de doenças infectocontagiosas ou do foro psiquiátrico. Estão afetas a este espaço duas ajudantes de Lar e Centro de Dia (em regime *part* e *full-time*) e uma coordenadora/ técnica de superior de serviço social (trabalhadora de serviços gerais). A tempo parcial estão também afetos motoristas e uma psicóloga. As normas de funcionamento da resposta funcionam de acordo com o Guião Técnico da DGAS, de dezembro de 1996, Circular Normativa n.º 4, de 14 de dezembro de 2014 e o Compromisso de Cooperação para o Setor Social e Solidário⁸⁹.

De acordo com a diretora técnica, não existe informação física acerca da evolução do número de utentes desde a entrada no séc. XXI, tendo constatado, através de alguns mapas de presença existentes na instituição que, enquanto que em 2013 o Centro de Dia encontrava-se preenchido com 25 utentes, atingindo a sua capacidade máxima, em 2016 a média desce para 20 idosos utilizadores dos serviços de Centro de Dia, encontrando-se atualmente nos 17 utentes. Isto pode ser explicado dado o aumento de mensalidade exigido aquando da inscrição nesta resposta social, as consequentes sequelas sentidas nas reformas dos portugueses dada a crise enfrentada pelo país e a mudança do público-alvo frequentador do Centro de Dia, despistando, ainda, idosos com maiores capacidades para as universidades sénior. Além disso, com o aumento da esperança média de vida, a idade ativa é cada vez maior, pelo que as pessoas idosas recorrem cada vez mais tarde a este tipo de instituições sociais.

O outro universo desta investigação corresponde ao Centro Social Paroquial S. Romão de Carnaxide, pessoa jurídica canónica de natureza pública, registada em 1996, constituída por decreto da autoridade eclesiástica e do Estado Português, cooperando com as demais instituições existentes, oficiais e particulares. Segundo o Direito Português trata-se de uma pessoa coletiva religiosa, reconhecida como IPSS de natureza fundacional (por se tratar de um Centro Social Paroquial⁹⁰),

⁸⁹Regulamento da Resposta Social Centro de Dia da SCMO (consulta pessoal).

⁹⁰De acordo com o Art.º 2º do 1º Estatuto das IPSS (Decreto-Lei n.º 119/83, de 25 de fevereiro).

integrando-se no tipo de Institutos de Organizações ou Instituições da Igreja Católica⁹¹ e prossegue o bem público eclesial, de acordo com as normas da mesma. Os seus fins são a promoção da caridade cristã, cultura, educação e integração comunitária e social, na perspetiva dos valores do Evangelho e dos habitantes da comunidade onde se insere, com enfoque nos mais pobres.

Este Centro Social contém as valências de ERPI, SAD e Centro de Dia. Em termos deste último, objeto de estudo da presente dissertação, a legislação em vigor corresponde ao Guião Técnico do Centro de Dia e à Circular n.º 3 de 97/05/02⁹². A função de presidente executivo, já não é, obrigatoriamente, desempenhada pelo Pároco, uma medida encontrada para facilitar a gestão do tempo e coordenação das chefias. Poucos são os Centros de Dia “polos dinamizadores” adaptando-se às realidades de conceção de serviços prestados à comunidade. O Centro de Dia S. José tem vindo a marcar a diferença através do desenvolvimento de novas orientações face a uma nova geração de idosos, com novos problemas, encarados como novos desafios (tendo-se tornado, até, parceiro da Associação de pessoas com Alzheimer). Há uma mentalidade de “fazer” com os mesmos recursos humanos e financeiros disponíveis, numa lógica constante de autodiagnóstico: ação, correção, prevenção e formação, criando estratégias individualizadas e novas orientações, com impacto em cada utente, marcando a diferença. É uma instituição complexa, exigente de processos de intervenção inovadores, orientando-se para a criação de recursos de acordo com uma identificação prévia de necessidades, encontrando-se bem posicionada na promoção de autonomia e qualidade na Velhice.

Os seus principais objetivos são: incentivar a autonomia e proporcionar meios à participação ativa do idoso na vida em comunidade; criar condições permissoras do exercício de capacidades pelo idoso, de forma a manter a sua autoconfiança e autoestima; promover o encontro e convívio com pessoas da mesma condição etária no seio da comunidade, melhorando a qualidade de vida dos utentes; estimular a manutenção de um projeto de vida, facilitando e mantendo a integração harmoniosa no seu seio familiar e social, gerando uma partilha benéfica entre gerações e criar condições para a preservação das relações intrafamiliares, prevenindo situações de agravamento do seu grau de dependência. Assim, todos os seus atuais 31 utentes têm direito a serviço de refeições (almoço e lanche, podendo levar ocasionalmente a comida para o domicílio), apoio psicossocial, elaboração e acompanhamento do PDI, e apoio nas atividades instrumentais da vida quotidiana e atividades de animação sociocultural⁹³. O Centro de Dia demonstra uma grande preocupação na garantia de qualidade e conforto necessário ao bem-estar do utente, proporcionando o acompanhamento adequado. Assim, de acordo com fontes estatísticas do Centro de Dia, em 2013, a

⁹¹Novos Estatutos do Centro Social Paroquial de S. Romão de Carnaxide, 2015: 1.

⁹²Regulamento Interno do Centro de Dia S. José, 2014: 6 (consulta presencial).

⁹³No momento de realização da investigação, as atividades semanais eram: estimulação cognitiva, recitação do terço, trabalhos manuais (pintura, colagens, decorações.), atividades individuais (leitura, televisão, jogos de mesa, crochet, informática.), música, celebração da Palavra, Eucaristia, avaliação da tensão arterial e, por fim, classe de movimento.

média de utentes foi de 25 (tal como o registado no Centro de Dia anterior) tendo aumentado no ano seguinte para 38 utentes inscritos. Passados 3 anos, este valor decresceu novamente situando-se nos 36 utentes. Apresenta uma capacidade máxima de 30 utentes, valor ultrapassado hoje em dia. Estes dados implicam uma séria reflexão quando este Centro de Dia possuía 55 utentes, em 2005, decrescendo para 40, em 2006, sofrendo uma diminuição, a partir daí, progressivamente.

4.3. Resultados Categoria I - Caracterização Pessoal e Profissional da Amostra

4.3.1. Equipas Técnicas

Em relação aos quatro membros de equipas técnicas entrevistados, todos do sexo feminino, duas ajudantes de ação direta, uma auxiliar de serviços gerais e uma animadora sociocultural, metade, E1(C_p) e E2(C_p) possuía habilitações correspondentes ao ensino básico e primário, e as restantes, E1(C_j) e E2(C_j) ao ensino secundário e académico, respetivamente (apenas uma funcionária licenciada e já, também, com o nível de qualificação 7, correspondente ao mestrado). Em relação à experiência profissional, metade das entrevistadas, E1(C_p) e E2(C_j) assumiu ser a primeira vez a desempenhar funções com idosos, dadas as suas antigas carreiras totalmente distintas da área do Envelhecimento. A principal motivação enquanto colaboradoras de apoio ao Centro de Dia revelou-se comum às quatro entrevistadas: a sua visível ligação aos utentes idosos, a sua intrínseca maneira de ser revelante de um desejo de cuidar dos mais envelhecidos. Houve uma clara sensação da alta motivação das equipas, por parte da entrevistadora, para continuar a exercer as suas funções quotidianas, graças ao sentimento criado diariamente com os idosos.

Por seu lado, quanto às principais dificuldades sentidas no desempenho do cargo, nota-se, maioritariamente, o elevado grau de dependência existente nos “novos-velhos”, devido às suas demências, por vezes não diagnosticadas corretamente, a conseqüente falta de recursos humanos para ajudar, a falta de tempo (considerado deveras insuficiente para responder às necessidades do público-alvo) e a grande escassez de formação pelos próprios Centros de Dia e também a nível académico e literário acerca de todo este processo do Envelhecimento e de como saber “*lidar com*”. Também apontado por E1(C_j), a inadequação da estrutura física e inadaptação do espaço do Centro de Dia revela-se um autêntico obstáculo face às novas exigências dos idosos. Por conseguinte, as entrevistadas consideram necessário um maior controlo e acompanhamento do seu trabalho, de forma a estarem permanentemente atualizadas e informadas das reais carências específicas de cada um dos utentes. As E1 e E2 do C_p consideram que lhes foi facultada alguma informação para o devido apoio e cuidado ao idoso, através de formações ocasionais às quais são incentivadas a participar. No entanto no C_j, as entrevistadas consideram que só existe informação por sua própria iniciativa e busca, limitando-se à aprendizagem prática e temporal com o “*saber-fazer*” perante cada situação.

4.3.2. Utentes

A categorização sociodemográfica dos utentes entrevistados pode ser constatada através das tabelas seguintes.

Figura 4.1. Idades dos utentes entrevistados em Cp e Cj

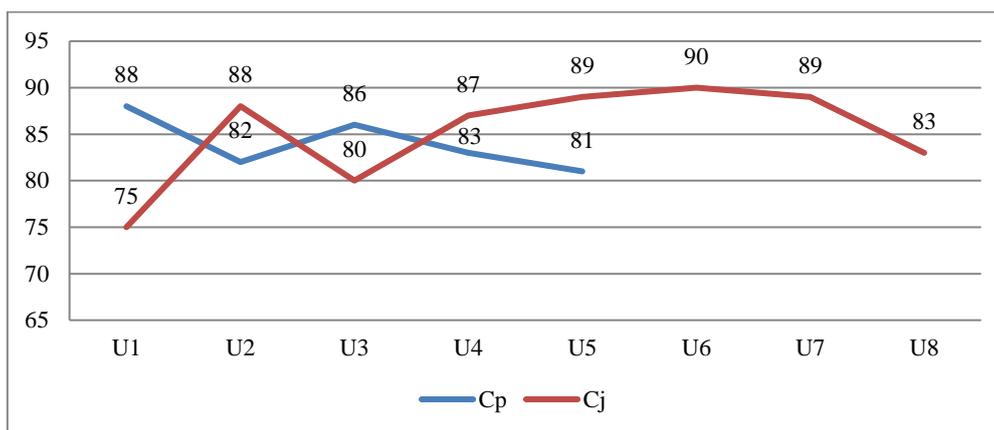


Figura 4.2. Género dos utentes entrevistados



Nesta investigação a média de idades dos 13 utentes idosos entrevistados foi de 85 anos, sendo nove do sexo feminino e quatro do sexo masculino.

Quadro 4.2. Estado civil dos utentes entrevistados

ESTADO CIVIL	FREQUÊNCIA Cp	FREQUÊNCIA Cj	TOTAL
SOLTEIRO	1	1	2
CASADO	1	1	2
VIÚVO	3	4	7
DIVORCIADO	0	2	2
TOTAL	5	8	13

Sete elementos encontram-se em situação de viuvez, sendo os restantes solteiros, casados ou divorciados, no mesmo número.

Quadro 4.3. Duração da utilização dos serviços de Centro de Dia

ANOS	FREQUÊNCIA Cp	FREQUÊNCIA Cj	TOTAL
<1 ANO	1	1	2
ENTRE 1-5 ANOS	3	4	7
ENTRE 5-10 ANOS	1	2	3
>10 ANOS	0	1	1
TOTAL	5	8	13

A moda de número de anos de utilização do Centro de Dia foi de 1 a 5 anos na instituição em causa, com um total de 7 utentes nessa situação, sendo de utilização diária para todos, exceto nos dias em que se encontram doentes ou têm consultas no hospital. A acrescentar que a maioria dos entrevistados possui apenas o ensino primário (4ª classe), tendo sido clara a sua dificuldade de resposta às perguntas.

Ao longo da entrevista a investigadora pode constatar que a rede de suporte destes utentes é, infelizmente diminuta, correspondendo apenas aos seus familiares, dado o já falecimento dos seus poucos amigos e a falta de confiança maioritária registada com vizinhos ou outros elementos de possível socorro. A maior parte vive com os seus íntimos, sendo que seis das entrevistadas vivem sozinhas.

Para todos os inquiridos o Centro de Dia em investigação correspondeu à primeira estrutura que recorreram de apoio ao seu Envelhecimento, sendo que se encontravam em casa antes da admissão e integração no Centro. A $U_6(C_j)$ veio diretamente do hospital para a estrutura diurna, dado o problema de saúde que teve. Esta inscrição motivou-se pela incapacidade já patente nas suas vidas, que os impossibilitaria de estarem sozinhos em casa, pela sua idade. Também a $U_2(C_j)$ apontou a sua necessidade de convívio e ocupação dos tempos livres que a fez ingressar no Centro. Todos os utentes vieram de livre-vontade, aconselhados pelos seus médicos e/ou familiares, resignando-se à situação exigida, sendo que apenas a $U_4(C_p)$ foi sinalizada pela comunidade (em concreto, por uma vizinha). Todos os entrevistados exprimiram o seu relativo agrado no processo de boas vindas do Centro de Dia, sendo que o $U_1(C_j)$ e $U_6(C_j)$ revelaram dificuldade de hábito nos primeiros dias de integração no espaço, dada a perda de autonomia, enquanto que a $U_5(C_j)$ demonstrou-se chocada aquando da sua chegada, dadas as diferentes realidades de pessoas mais debilitadas.

A última questão da primeira categoria foi difícil de responder por todos os entrevistados: a investigadora constatou que nenhum tem grandes perspetivas de futuro, desejando apenas ter saúde, dar-se com os seus familiares e continuar a frequentar o Centro de Dia até puderem. A $U_5(C_j)$ e $U_6(C_j)$ mostraram interesse futuro em frequentar o lar pertencente à mesma instituição, de dia e de noite.

4.3.3. Diretores Técnicos

A função profissional das diretoras técnicas de ambos os Centros de Dia envolve todo um controlo das atividades desempenhadas no Centro, trabalho das equipas, processo de admissão e integração de um novo utente no Centro, atendimento de familiares ou restantes cuidadores informais e seguimento das reais fragilidades de cada utente através da elaboração de um plano de intervenção adaptado, acabando por estabelecer um imprescindível apoio burocrático (envolve o cumprimento de regras e rotinas diárias), mas também, sobretudo, social e didático (o “dar a cara” aos compromissos do Centro de Dia). A $D_1(C_p)$ possui também funções de animadora sociocultural, algo exigido, por lei, aquando da existência de menos de 30 utentes no Centro de Dia. Enquanto a mesma ocupara o cargo de diretora técnica, durante 15 anos na SCMO, embora de forma não consecutiva, dada a sua função de 8 anos

como assistente social no gabinete de ação social, a D₁(C_j) encontrava-se no Centro de Dia em questão há 5 anos, tendo trabalhado previamente num Centro de Convívio, apresentando multifunções.

4.4. Resultados Categoria II - Perceção em relação à Resposta Social de Centro de Dia

4.4.1. Equipas Técnicas

Em relação à tipologia de serviços prestados ou valências consideradas em falta nos Centros de Dia, constatou-se a exigência de um reforço no número de técnicas de terapia ocupacional: *"Para os cuidadores familiares, portanto informais, grupos de apoio, grupos de suporte, e mesmo para nós técnicos porque isto é um trabalho muito desgastante e até poderia haver grupos e terapêuticos de suporte, de apoio a terapia de grupo, porque nós também temos um desgaste muito grande... trabalhamos com o fim da vida...Qualquer coisa que nós pudéssemos falar abertamente dos nossos estigmas, estereótipos, medos, conflitos, desta área"* - E1(C_j).

Também foi considerado por E2(C_j) e E1(C_p) a inexistência de animação suficiente que fizesse levantar os idosos dos seus cadeirões, de forma a promover a sua intervenção e participação nas atividades: *"(...) precisava-se realmente de uma pessoa, (...) um bocadinho dentro das capacidades deles (...) mas talvez para entertainer"* - E1(C_p); *"Porque às vezes por exemplo, à tarde, eles passam a tarde às vezes a dormir, e eu acho que necessitavam, se houvesse aqui uma intervenção, ou alguém que viesse de fora para interagir com eles"* - E2(C_j).

Todos os membros das equipas entrevistadas consideraram os Centros de Dia possuidores de uma abordagem participativa centrada na pessoa, abertos à comunidade, havendo uma grande interação com as instituições da vizinhança e uma preocupação com o utente, suscitando a divisão das tarefas como metodologia da resposta social prestada. *A melhor forma de lidar com pessoas de idade é... tentar (...) dar-lhe o respeito, em primeiro. Segundo lugar, ter a preocupação de como eles passam o dia e tentar animá-los. É só isso. Para não estarem quietos, para não estarem em silêncio. Porque as pessoas de idade não precisam de silêncio. Pessoas de idade precisam de alegria, rir, brincarem"* - E2(C_p); *"nós tentamos implementar, pelo menos eu, os valores, valores éticos, morais, a nossa missão enquanto instituição e por outro lado também a abordagem centrada na pessoa"; "nós trabalhamos todos em conjunto, temos reuniões de equipa e tentamos que o trabalho seja multidisciplinar, não é, vários olhares para uma pessoa só"* - E1(C_j); *"(...) os miminhos que os miminhos são muito importantes"* - E2(C_j).

Quanto ao indicador de satisfação com o seu trabalho (balanço), todos os entrevistados revelaram-se motivados e apaixonados pela função desempenhada, embora a considerassem cansativa: *"isto não é só trabalhar, temos de ter um bocadinho de psicologia, já vem nossa, já não vem desses cursos"; "Tem de se gostar, (...) Se não gostar disto não consegue passar nada, fazer o que está a fazer, não consegue mesmo. Nem sequer levá-los para lado nenhum"* - E1(C_p); *"(...) a minha motivação é fazer com que os utentes que passam por mim notem um carinho, um porto seguro na minha pessoa e na própria instituição"* - E2(C_j).

Assim, no geral, consideram positivo o seu trabalho no Centro: *"sinto-me bem, gosto muito e acho que desenvolvemos um bom trabalho e acho que somos um Centro de referência"* – E1(C_j), apontando como aspetos positivos comuns o espaço em si (as instalações, a luz, a alegria transmitida) e a boa relação estabelecida com os utentes: *"positivos temos muitos ... a nível mesmo da estrutura"; "Adoro a sala, a nossa sala de convívio... tem imensa luz, tem janelas de alto a baixo, portanto eu acho que temos uma casa a nível de estrutura fantástica, muito bonita, é alegre, tem jardim lá fora, podemos usufruir do jardim, tem ... muito espaço... eu acho que tem calor humano... portanto acho que aí é o nosso ponto forte"* – E1(C_j); *"os utentes, são todos espetaculares mesmo, extraordinários, as instalações, de um modo geral, sim, podíamos adequar uma ou outra coisa que havemos com o tempo de melhorar"* – E2(C_j); *"nós chegamos de manhã contentes, alegres porque temos, sabemos que temos uma tarefa pela frente"* – E2(C_p).

Como aspetos negativos apontam-se, sobretudo, a ainda existente inadequação da estrutura arquitetónica do Centro de Dia face às novas incapacidades dos idosos (nomeadamente demências), e, referido individualmente, alguns fatores como a mudança de disposição dos utentes com idades avançadas, dificultadora da interação com os cuidadores formais e a clara falta de informação relativa ao Envelhecimento. Note-se que apenas uma das quatro entrevistadas tinha alguma compreensão do Compromisso para o Setor Social e Solidário e dos Modelos de Avaliação da Qualidade para o Centro de Dia, sendo, no entanto, comum a todas o conhecimento relativo às Orientações Nacionais da Política de Cuidados.

4.4.2. Utentes

Relativamente ao fator de comunicação e relacionamento entre os utentes do Centro de Dia, todos os entrevistados referiram a sua boa relação com os seus parceiros: *"Eu dou-me bem com todos"*- U₂(C_p); *"É boa, nunca tive problema com ninguém"* – U₆(C_j), sendo que apenas dois deles referiram a maior dificuldade de convívio com os idosos mais débeis: *"... claro que aqui, em que uma grande percentagem das pessoas sofre de Alzheimer, a ligação é difícil...mas dentro das pessoas que estão melhores... vamos dando normalmente"* – U₁(C_j); *"...não nos podemos dar da mesma forma com um ou com outro porque nós temos uma maneira de ser diferente, ham... uns têm uma preparação intelectual e outros não têm essa preparação intelectual"* – U₄(C_j).

Apresentavam-se bastante satisfeitos no que diz respeito ao serviço prestado pelos funcionários, caracterizando-os com alguns adjetivos como simpatia, atenção, amizade, disponibilidade, competência e humildade. Assim, todos os utentes entrevistados revelaram-se sentir bem no Centro de Dia respetivo, superando, de certa forma, as suas expectativas, o que pode ser constatado pelas afirmações seguintes: *"Sinto-me muito bem aqui. Não conhecia este Centro de Dia (...) fui sempre muito bem tratado e muito bem alimentado"* – U₃(C_p); *"Segunda-feira já estou ansiosa para vir para cá"; "Pois, pensava que ia para um lar, esses. Mas não, isto é muito diferente de um lar"* – U₃(C_j); *"Sinto, gostava mais de estar na minha casa, mas sinto bem... Pela positiva tem de ser"* – U₆(C_j); *"Sim, já não tenho, como é que se chama, nada de vazio, está tudo cheio pronto"* – U₈(C_j).

No que concerne à satisfação com os horários de funcionamento do Centro de Dia, os treze entrevistados consideraram-nos bons e flexíveis dadas as suas carências. Quanto ao valor da mensalidade por utilização do Centro de Dia, tirando três entrevistados que não seriam os responsáveis por esta despesa, estando ao cuidado dos seus familiares, a maioria revelou ser razoável, sendo que apenas quatro elementos da amostra consideraram que, devido ao aumento do preço, não lhes sobraria quase nada da pequena reforma, ao fim do mês. As questões relativas à alimentação confeccionada em ambos os Centros de Dia criaram várias reações nos entrevistados: *"Muito boa, sim, boa, sim"* – U₁(C_p); *"como tudo o que me apresentam, bem confeccionado, bem gostoso, tudo, tudo bom"* – U₃(C_p); *"se não tiverem bananas não podem dar bananas, não é, mas dentro do possível arranjam-me sempre uma solução"* – U₁(C_j).

Assim como menos positiva: *"ainda hoje, elas sabem que eu que não gosto de carne picada, e eu não almocei! Comi só a sopinha e a sobremesa (...) a hortalça é pouca, a gente tem um certo número de coisas e aqui não dão"* – U₂(C_p); *"A comida há dias que é boa, há dias que..."* – U₄(C_p); *"(...) é boa poucas vezes, porque as coisas...o peixe parece que não é...é sempre peixe que já não vendem, desse peixe tardio, já nem tem prazo, parece que é sempre dessas porcarias ... não é nada completo"* – U₂(C_j); *"Eu já tenho dito, eu não sei que sopa é que eu como. É só assim sem nada, sem batatas, sem massas, nem arroz nem nada"* – U₃(C_j); *"Não é como em nossa casa... mas é uns dias melhor..."* – U₅(C_j); *"A alimentação não é má, come-se, é coisa que não é, assim, coisa de petiscos, mas é boa, come-se"* – U₇(C_j), estando, mais ou menos, ambos os Centros equiparados neste aspeto.

Há bastante conforto nas instalações, segundo os utentes, tendo também a noção de conformidade com as possibilidades do Centro. Quanto à iniciativa de desenvolvimento de atividades lúdicas, de lazer/convívio no Centro de Dia, as opiniões divergem, dentro da mesma estrutura de dia, sobretudo no C_p, em que, face a respostas positivas pelos utentes U₁, U₃ e U₅, o U₂ apontou a sua desaprovação pelas atividades físicas, dados os seus constrangimentos sanitários, revelando: *"eu passo aqui o tempo a jogar o dominó, porque não há outra coisa. Antigamente quando vinha a Dr.^a deixava o trabalhinho em cima da minha mesa, o que eu havia de fazer, e era mais divertido, agora não... vêm estas senhoras... voluntárias fazem tudo, a gente não faz nada"*. Também a U₄(C_j) demonstrou a falta de dinamismo diário e conformidade com tal: *"Eu não faço nada... Tou no sofá sentada (risos)"*. O U₁(C_j), por ser cego, referiu a sua incapacidade de ocupar o tempo com a tarefa que mais gostava, ler, sendo também passivo quanto a sugestões de utilização de ferramentas didáticas tecnológicas com acesso ao *braille*. A U₂(C_j) revelou a sua frustração pelo excesso de barulho proporcionado pelas televisões na sala comum, demonstrando, também, um descontentamento face à extrema inércia, por parte dos seus colegas, na participação de atividades, dado o seu já avançado estado cognitivo e/ou físico. A U₃(C_j) contenta-se com a renda e malha que traz de casa, não podendo, também, aproveitar a atividade desportiva física, tal como a U₄. A U₆ revelou que *"A ginástica...mas não fazemos mais nada, é estar sentada todo o dia que é uma coisa que me apavora, mas eu vou à rua e passeio... Quando preciso saio. Eu acho que podia haver mais, porque dantes quando eu vim para cá, íamos ver*

os museus e isso... tudo acabou..."; "Sinto realmente pena...". O U₈(C_j) apontou para "Atividades cada qual tem as suas não é...".

Embora todos os utentes se sintam seguros (a sua privacidade, dignidade e individualidade são respeitadas), notou-se a ainda falta de sugestões pelos mesmos, por receio ou sobretudo impossibilidade de melhoria de certas situações como a dieta de alimentação receitada pelo médico ou a dinâmica das atividades estabelecidas face a um público-alvo cada vez menos interventor. Ainda assim todos os entrevistados, exceto a U₄(C_j), sentem-se informados pela instituição, assim como os seus familiares/cuidadores. Face à caracterização do Centro de Dia, conclui-se que os principais prós referidos são a atenção e assistência do pessoal, o seu bom atendimento, a disposição e boa educação, a estima pelos colegas, carinho e cuidado perante o utente enquanto que os muito pouco negativos apontados prendem-se com a falta de diversão durante o dia, algumas queixas na alimentação, falta de limpeza das casas-de-banho e os constrangimentos de horários para as saídas no Verão.

Por fim, constata-se que estes utentes se encontram divididos no que diz respeito à melhoria da sua qualidade de vida desde a admissão na instituição: *"Sim, porque tenho companhia, converso"* – U₁(C_p); *"Oh...a mesma coisa..."* – U₂(C_p); *"Mais que melhorou"; "Não estou arrependido"* – U₃(C_p); *"Oh filha a minha vida é sempre a mesma, sozinha no mundo. Bem tenho mais convívio não é, que eu sozinha em casa..."* – U₄(C_p); *"Melhorou, tenho mais convívio..."* – U₅(C_p); *"Direi que não, direi que não porque... mas por problemas de saúde... Não melhorou mas não tem nada a ver com o Centro"* – U₁(C_j); *"Não, filha piorou, então quanto mais velha a gente é, mais pior"* – U₂(C_j); *"Melhorou a minha vida para muito melhor. Os meus filhos não me faltavam com coisa nenhuma, mas também não podiam..."* – U₃(C_j); *"Bem, melhorou para os meus filhos que estão sossegados, que eu estou aqui, para mim eu queria ter um bocadinho mais de força para estar em casa e fazer o que eu queria"* – U₅(C_j); *"a minha casa era melhor. Foi bom porque realmente tenho a possibilidade de ser assistida num momento mau"* – U₆(C_j).

4.4.3 Diretores Técnicos

Após entrevistas com as diretoras técnicas de cada Centro de Dia, pôde-se constatar a extrema importância que este apresenta, na sua opinião, no retardar da institucionalização do utente e combate ao Envelhecimento precoce com que a Sociedade hoje em dia se tem vindo a deparar. Partilham assim, a mesma opinião de muitos autores, que defendem o Centro de Dia como a primeira forma de contacto com os cuidados formais (Fields & Artaso *et al.*, 2002, citado por Teixeira, 2016: 28), facilitando a informação sobre estruturas de apoio permanente.

Ambos os Centros de Dia possuem uma estreita relação com instituições parceiras da comunidade, existindo também uma aproximação notável entre a Direção e a Coordenação: *"É relativamente fácil...desde que se estabeleceu o trabalho em rede... temos mais facilidade em comunicar com as várias instituições, temos pontes de ligação, temos reuniões em comum, então... não se tornou um trabalho tão isolado"* – D₁(C_p) e *"a direção até costuma estar sempre nas nossas festas anuais, portanto há aqui uma boa ligação"* – D₁(C_j). Os objetivos, missão, visão e valores de

ambos os Centros de Dia estão definidos e as auditorias de qualidade acontecem quase todos os anos, no entanto ainda nenhum Centro se encontra qualitativamente certificado por nenhuma entidade especializada, não incentivando a medição estatística ou monitorização rotineira da sua metodologia de melhoria dos serviços prestados (“*não há nada escrito... nenhuma estratégia*” – $D_1(C_p)$), o que se reflete, por exemplo na não quantificação dos objetivos de qualidade, exprimindo-se apenas empiricamente.

A principal dificuldade sentida, em comum, pelas diretoras no funcionamento da resposta com qualidade do Centro de Dia, tratou-se da inadequação do espaço face à grande dependência sentida pelos utentes: “(*... Antes nós tínhamos um Centro como eu costumo dizer mais um Centro Dia na realidade, agora temos mais um Lar de Dia...as instalações mantêm-se, temos ótimas instalações para uma IPSS, temos todas as condições, casa de banho para deficientes, devidamente adaptada, contudo, chega-nos uma pessoa em cadeira de rodas com fralda precisa de muda da fralda... Muda da fralda em pé...é muito difícil*”); “*Eu acho que o Centro de Dia de antigamente está equiparado agora aquilo que é as universidades seniores que as pessoas estavam mais ativas, queriam fazer, queriam estar*” – $D_1(C_j)$.

Também foi notada a limitação horária face a um público-alvo que necessita de mais tempo de interação com os cuidadores formais, e a falta de recursos humanos disponíveis para tal. Tal deve-se, em parte, aos grandes constrangimentos financeiros, às decrescentes participações da Segurança Social, dos donativos particulares e da capacidade de pagamento dos próprios utentes. O feedback final obtido prende-se com a opinião, sentida após ambas as entrevistas, que os Centros de Dia fazem falta à população que acolhem e já são parte da vida quotidiana de muitos idosos, que precisam de se sentir úteis e ocupados: “*é uma boa localização, o próprio espaço é simpático, tem muita luz apesar de ser uma cave... e a simpatia das pessoas*” - $D_1(C_p)$; “*Eu acho que este Centro de Dia presta um apoio muito personalizado (...)* as pessoas sentem-se aqui como pertença da instituição”; “*isto é muito bom, e quando as pessoas nos dizem: eu queria cá ficar neste lar é porque as pessoas gostam de aqui estar, e gostam das pessoas que aqui trabalham*”; “*eu acho que qualquer pessoa que nos visita leva isto na memória: o nosso Centro de Dia é muito limpo, muito claro, muito cheio de luz e eu acho que isto ajuda muito*” - $D_1(C_j)$.

A nível de equipas de contato direto com o utente idoso, no C_p , as funcionárias são incentivadas a frequentar formações que valorizam o seu trabalho enquanto cuidadoras formais, existindo, também, reuniões semanais entre as mesmas de forma a serem envolvidas na articulação dos objetivos estabelecidos. No C_j , as trabalhadoras conhecem já bastante bem os caprichos de cada utente a seu cuidado, preocupando-se realmente com os mesmos e dando sugestões diariamente: “*a equipa neste momento é uma equipa atenta... muito sensível... eu acho que elas se preocupam na realidade com as pessoas, e com cada uma delas*”; “*Até porque fazemos frequentemente formação com a enfermagem ao nível de suporte básico de vida... eles dão bastante formação anual e repetidamente para que os conhecimentos estejam sempre frescos às colegas também de Centro de Dia*”. Em

nenhum Centro é feita a medição a nível de avaliação do grau de satisfação de cada funcionário com a função desempenhada, havendo, no entanto, uma ótica de feedback quotidiana com os seus coordenadores. O mesmo se aplica ao *benchmarking* de resultados de satisfação dos utentes.

Em relação ao processo de integração, acolhimento e acompanhamento digno dos utentes, este tem vindo a sofrer uma completa alteração ao longo dos anos: *"esse contacto é mais presente... Neste momento passa muito, o processo, pelos familiares"* – D₁(C_p); *"mudou aqui a dependência das pessoas que nos procuram, a expectativa daquilo que é o Centro de Dia e o objetivo para o qual vêm...se antigamente eu fazia uma admissão com um familiar e naquele dia vinha, pronto o pai ou a mãe e eu nem o conhecia bem, ainda nem sequer o tinha visto e nem sabia bem se a pessoa queria vir ou não, agora já não faço isso. Acho que as pessoas têm que, mesmo com demência, ser integradas neste processo, porque é o processo delas, não é o processo da família, não é, e facilita imenso uma integração de uma pessoa que sente que ainda decide."*; *O acompanhamento também mudou, porque antigamente as pessoas vinham para fazer atividades e eram autónomas, e comiam sozinhas e iam sozinhas para casa e agora está tudo completamente diferente... agora é feito a todos os níveis...o regulamento interno não previa isto, e já teve de ser alterado para começar a prever, porque na realidade tudo mudou"* – D₁(C_j).

Em ambas as estruturas para idosos, há uma abordagem de prevenção de situações de abuso, negligência e maus-tratos: *"Preocupamo-nos sempre com isso, temos sempre conversar com as funcionárias sobre isso para estarmos sempre também atentas..."* – D₁(C_p); *"Tentamos sempre, aqui, com a equipa de enfermagem dar atenção a essas questões. Aliás, acho que até os funcionários de Centro de Dia estão muito atentos à prevenção de situações de negligência, abusos e maus-tratos, do domicílio, feitos no domicílio às pessoas que vêm"* – D₁(C_j).

Em ambas as instituições foi unânime a necessidade de um maior controlo e ajuda pela Segurança Social (Estado): *"eu acho que era importante para a Segurança Social ter conhecimento daquilo que envolve o trabalho, hoje em dia no Centro de Dia... o report que nós fazemos são as frequências mensais em que dizemos quantos utentes é que temos e quais é que são os números de identificação da Segurança Social... Agora se as pessoas precisam de muda de fralda 3 ou 4 vezes por dia, se precisam de comida à boca, se temos que adaptar e temos que ir mesmo buscar a casa uma cadeira-de-rodas, transporte adaptado... isso é que eu acho que se devia ter em conta"* – D₁(C_j). A participação é deficiente e precária face às necessidades quotidianas que as IPSS, entre as quais estes dois Centros de Dia se deparam. Apenas o C_j apresenta um Fundo de Reestruturação do Setor Social Solidário já previamente repartido por valências assistenciais. As duas entrevistadas mostraram apresentar todos os conhecimentos teóricos questionados pela investigadora.

4.5. Verificação de Conformidade com as Hipóteses de Investigação

Após a análise de conteúdo das entrevistas, procedeu-se à validação das hipóteses de investigação previamente formuladas. Assim, foi verificado que a **H1** não concordou com os resultados da

investigação uma vez que não se constatou grande variabilidade (discrepância) entre as respostas dadas pelo C_p e C_j, ao contrário do estipulado inicialmente.

Foram demonstrados argumentos semelhantes relativamente à qualidade do serviço, por parte quer da direção, equipas e utentes, apontando-se as mesmas fragilidades e forças em termos de recursos humanos e financeiros em cada um dos Centros. Pode-se concluir que estes dois estudos de caso, não representativos do universo de Centros de Dia nacionais, podem ser, no entanto, indicadores da realidade diária da maioria, revelando prós e contras comuns. Assim, a qualidade de serviço prestado de uma instituição pode ser considerada, com base neste estudo, independente da região geográfica onde se encontra, uma vez que fatores mais importantes se elevam.

Em relação à **H2**, considera-se que esta foi suportada de acordo com os resultados, uma vez que há uma clara exigência, por parte dos utentes entrevistados, de maior dinamização e criatividade na abordagem às atividades diárias: muitos queixam-se da falta de entretenimento para utentes em boas condições de saúde (o que pode ser constatado, mais à frente na análise das suas unidades de registo). Além disso, os profissionais referiram o seu desejo de tornar o espaço físico do Centro de Dia ainda mais “viável” à criação de atividades, cuja participação fosse incutida em todos, promovendo, assim, um Envelhecimento ativo generalizado. Ficou assim comprovado que um Centro de Dia “recheado” de atividades adaptadas e do gosto de cada utente representa um verdadeiro espaço de interação, convívio e desempenho, para a maioria dos idosos, absolutamente fulcral no preenchimento das suas vidas quotidianas, ajudando no bem-estar da pessoa idosa enquanto ser humano.

Por fim, a **H3** também é suportada no que diz respeito à concordância entre equipas, utentes e direção, em cada Centro de Dia: há bastante sintonia verificada na relação entre as chefias e o pessoal, promovendo a participação de todos os intervenientes, o que se reflete na opinião positiva dos utentes face ao serviço prestado. De facto, o espírito de camaradagem nos recursos humanos de uma instituição de apoio ao público idoso é um grande passo na hospitalidade transmitida ao mesmo. No entanto, os resultados desta investigação demonstraram que a resposta de ambos os Centros ainda não é totalmente qualificada, existindo uma falta de medição e monitorização uniforme dos objetivos de qualidade implementados, não sendo estes registados correta e temporalmente.

CONCLUSÃO

Segundo o INE, *citado por* Social, (2010: 28), Portugal será um dos países da UE com menor proporção de população ativa em 2050, gerando um verdadeiro problema à sustentabilidade de longo-prazo do Estado-Providência. Também foi considerado, segundo a OMS, um dos cinco piores países a tratar dos seus idosos⁹⁴. A não renovação das gerações potencialmente ativas em Portugal, vem a verificar-se desde 1982, com um Índice de Fecundidade inferior a 2 filhos por mulher. Entre 1960 e 2001, o número de pessoas com mais de 65 anos aumentou 140%, estimando-se que, em 2020, o peso das mesmas atingirá os 18.1% na economia nacional (Vaz, 2003: 187). Segundo a Fundação Francisco Manuel dos Santos, (2016: 11) no ano aludido, existiam 138.6 idosos por cada 100 jovens, no nosso país. Segundo Carvalho, 2013: 35, prevêem-se, mundialmente, 2 bilhões de pessoas idosas em 2050, ou seja 22% da população global, sendo que Portugal será o 4º país mais envelhecido da Europa (Eurostat, 2007, *citado por* Romão, 2008: 25).

O objetivo da presente investigação consistia numa comparação entre duas respostas sociais de Centro de Dia, localizadas no mesmo concelho, a fim de detetar discrepâncias e afinidades entre as mesmas, sugerindo possíveis mecanismos de melhoria, tendo em vista a satisfação e o bem-estar final do utente. Neste contexto, importa salientar que foi permitida uma reflexão importante sobre a organização, desempenho e funcionamento de ambas as instituições perante o fenómeno do Envelhecimento macro demográfico, crescente e notável nos dias de hoje.

Neste âmbito, respondendo à pergunta de partida percebe-se que o modelo de administração dos Centros de Dia é um fator determinante da qualidade de resposta prestada aos utentes beneficiários: na opinião dos próprios utilizadores idosos, são as administrações que devem controlar o serviço que lhes é fornecido, a criação de atividades diárias, a alimentação quotidiana, o desempenho dos funcionários, entre outros tantos condicionantes gestionários.

Foram definidos objetivos (geral e específicos) de forma a incrementar a avaliação da adequabilidade da resposta social prestada em ambos os Centros de Dia, caracterizando a amostra em questão e a sua opinião multifacetada em relação à qualidade de cada uma das estruturas seniores. Apontaram-se algumas medidas de apoio à melhoria de resposta social diária praticada por ambos os Centros, com base nas dificuldades referidas na prestação de cuidados.

As implicações que o Centro de Dia tem aquando do seu funcionamento são imensas: o seu impacto positivo no retardamento do processo de institucionalização do idoso, favorecendo também a sua situação de convívio, redução da solidão, e, conseqüentemente, o seu estado de saúde psíquica e física, de acordo com o testemunho de ambas as diretoras técnicas entrevistadas.

Através da análise de dados deste estudo de caso, não generalizado à avaliação das práticas de todos os Centros a nível nacional, conclui-se que o tema é recente nomeadamente, o novo perfil de utente, mais informado, mas também mais debilitado, por viver mais tempo, logo recorre a este tipo de

⁹⁴Notícias da RTP (7 de maio de 2018).

instituições já com uma idade avançada. Também sofreu uma recente alteração o motivo de ingresso de idosos no Centro de Dia, não com tanta frequência pelo desejo de convívio e ocupação dos tempos livres (estavam lá porque queriam), mas por completa necessidade, fragilidade física e/ou psíquica e incapacidade horária de permanência em casa ou com os cuidadores informais (estavam lá porque precisavam), o que muda completamente a visão, missão e valores destas instituições.

Segundo o autor Santos & Encarnação, 1998: 122, a “gestão da Velhice é o resultado de um longo e laborioso trabalho de racionalização da solidariedade determinado pelo discurso da modernidade, na medida em que o nega”. Assim, os resultados dos Centro de Dia da presente investigação são insubstituíveis, mas ainda não totalmente satisfatórios dadas as sérias lacunas a suprimir, que se levantam crescentemente, levando a uma resposta ainda básica e elementar. A investigadora notou que a maioria dos idosos não tinha grandes perspetivas no futuro, não considerando que o Centro melhorara a sua qualidade de vida.

Sistematizaram-se importantes falhas a colmatar, em concreto: a clara passividade dos utentes em sugerir e participar ativamente na vida quotidiana do Centro de Dia, a notável falta de formação (pouco incentivada, sobretudo no Cj, tal como a inexistência de formas de terapia de grupo) e informação teórica (apenas uma das quatro funcionárias entrevistadas possuía o grau de licenciatura) e a falta tempo de lidar com o idoso, cada vez mais dependente, por parte dos profissionais no terreno (auxiliares de serviços gerais, ajudantes de ação direta, animadora sociocultural e diretoras técnicas).

Foi ainda apurada a inadequação do espaço físico às necessidades dos Centros, dados os insuficientes recursos financeiros, bem como a atual falta de certificação de qualidade, patente na não medição e monitorização ou controlo dos objetivos fixados. Há (ainda) uma noção de que não se propicia o conforto e bem-estar necessários e, sobretudo, suficientes ao público-alvo idoso (o que se reflete também num desejo não cumprido, cansaço e desgaste emocional por parte dos servidores formais, traduzindo-se numa resposta deficiente).

As modalidades do Envelhecimento incluem idosos bem-sucedidos, mas também, a grande maioria, incapazes, cuja autonomia está limitada pela doença e contexto solitário em que vivem. Segundo a Associação Alzheimer Portugal⁹⁵, as demências afetam mais de 182 mil pessoas a nível nacional, sendo urgente uma sensibilização da Sociedade para o seu risco efetivo e revisão do acompanhamento e avaliação desta incapacidade.

Constatou-se que utentes muito dementes estão, em ambos os equipamentos sociais, em contacto com utentes em melhor estado de saúde, o que pode ser desvantajoso, pois, na realidade, as atividades são, na sua maioria, semelhantes para o público-alvo, o que conduz a uma certa frustração dos utentes mais “saudáveis” perante a pouca participação e conformidade própria dos mais débeis (até mesmo inércia), cujo apoio devia ser mais personalizado e específico com tarefas diárias próprias

⁹⁵Diário de Notícias (17 de setembro de 2017).

ao seu grau de debilidade. Este fator também foi bastante referido, também, pelos membros das equipas técnicas.

Os próprios utentes mais independentes sentem-se como que impelidos à apresentação de sugestões, o que, segundo Guedes, (2012: 19), é explicado pelo receio de retaliação em caso de denúncia do que está mal⁹⁶, sujeitando-se a uma aniquilação ou “mortificação do eu”. Nesse sentido verificou-se que os Centros de Dia ainda não respondem qualitativamente às necessidades da comunidade.

Segundo Aristóteles, *citado por* Picolo, (2012: 22), “*a busca da excelência não deve ser um objetivo, e sim um hábito*”. Para Edouard Leclerc, “*O sucesso está em saber que não existe e que tudo deve ser posto em questão todos os dias*” (*apud* Bloch, 1989: 155). As instituições atuais devem possuir uma maior consciencialização das necessidades permutáveis dos Cidadãos em processo de Envelhecimento e uma resposta mais adequada e adaptada a um público-alvo diferente do existente há meio século atrás. “Envelhecer em casa” não obteve o impulso necessário em aspetos qualitativos como quantitativos ao longo da última década em Portugal (Cabrero *et al*, 2006, *citado por* Teixeira, 2016: 178), sendo ainda pouco conhecida a intervenção do Centro de Dia na comunidade. Há muito a fazer em termos de contributo desta resposta social no retardamento da institucionalização do idoso em lar, não se devendo reduzir à oferta de um entretenimento comum, praticado na maioria dos Centros. É fundamental a existência de um referencial de qualidade bem-sucedido, ajustado à Sociedade atual eminente. Ainda existem lacunas em matéria de recolha e sistematização da informação estatística disponível, muito reduzida por sinal, em redor da resposta social Centro de Dia, bem como em todas as restantes ERPI’s.

Segundo Jacob, 2007: 18-19, a procura por algumas das respostas tradicionais ao Envelhecimento vai continuar a aumentar, gerando esperas não satisfeitas em várias valências (Jacob, 2007: 120). Enfrentaremos sérias alterações futuras a fazer: os Centros de Convívio, exigentemente mais dinâmicos evoluirão para Universidades de Terceira Idade, os Centros de Dia alargarão o seu horário de funcionamento, incluindo, também os fins-de-semana, possuindo também, novas formas de animação dos utentes, facilitadoras da sua “*adaptação a uma vida comunitária imposta*”, (Jacob 2007: 22), o SAD será reformulado de forma a se tornar cada vez mais específico e especializado, atendendo cada vez mais idosos necessitados em suas casas, também à noite e os lares especializar-se-ão, possivelmente em grandes dependentes e idosos com demências.

O Estado e as instituições competentes, assim como a Comunidade, precisam de tomar um papel mais ativo fomentando uma maior exigência de responsabilidades e melhorando a sua eficácia na obtenção de resultados visíveis e palpáveis, coproduzidos por todos. Segundo Lucas, 2010: 5, os atuais desafios das IPSS surgem a nível micro, dentro da instituição e nas relações inter-

⁹⁶Uma das senhoras entrevistadas temeu estar a ser ouvida pela direção aquando das questões da investigadora sobre os pontos menos positivos da sua experiência com o Centro de Dia.

organizacionais de natureza horizontal e vertical, sendo a qualidade e a gestão da diversidade de valências dois deles. Exige-se uma mudança de visão e mentalidade quer das instituições quer da sociedade-civil, outra das fontes de financiamento público existente, numa altura onde os recursos são seguramente escassos. É nossa responsabilidade contribuir para a sustentabilidade a prazo dos serviços, possuindo uma consciência envolvida, desde que a instituição tenha abertura suficiente à comunidade, a quem exige confiança e desde que a última se reveja no funcionamento da primeira.

Seria útil, em futuras investigações académicas perceber como as obrigações impostas pelo Estado influenciam o modelo organizacional das IPSS, em cada uma das suas áreas de intervenção e entender o tipo de aptidões e características inerentes aos recursos humanos que lidam e possuem contato direto com pessoas idosas, investigando pormenorizadamente este público-alvo. Outra sugestão seria a de interrogar os cuidadores informais de pessoas idosas mais carenciadas, ouvindo o seu parecer sobre a qualidade de resposta dada ao seu familiar, quer pública, quer privada.

Ao realizar a presente dissertação surgiram algumas limitações, características do processo evolutivo de uma investigação na área social, entre as quais, a circunscrição ao estudo de dois Centros de Dia no concelho de Oeiras. Para além disto, a amostra selecionada foi constituída por conveniência, não se podendo generalizar os resultados da presente investigação para futuros estudos com a mesma temática. Também se constatou a existência de um número reduzido de idosos inscritos, sobretudo no C_p, no ano letivo proposto no estudo. Adicionalmente, ambos os Centros de Dia alertaram para a presença de utentes com sérias debilidades físicas e/ ou mentais, dificuldades de abstração, lentidão de pensamento ou iliteracia/ coeficiente escolar reduzido, impeditivos ao preenchimento dos questionários de forma individual. Assim, foi inicialmente alterado o método de recolha de dados para uma técnica qualitativa através do uso de entrevistas, ao invés da aplicação de questionários.

O constrangimento temporal foi, também impeditivo da escolha de um método de recolha de dados adicional. Por fim, notou-se uma clara falta de disponibilização online de bases de dados capazes de proceder a uma agregação de estatísticas relativas à ajuda da Segurança Social aos Centros de Dia, bem como a reduzida existência de estudos científicos nesta temática.

BIBLIOGRAFIA

- Araújo, J. F. F. (2002). *Gestão Pública em Portugal: mudança e persistência institucional*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Asensio, M., & Madureira, C. (2013). *Handbook de Administração Pública*. Lisboa: INA Editora.
- Bloch, P., Hababou, R., & Xardel, D. (1989). *Serviço incluído: clientes felizes fazem empresas de sucesso*. Lisboa: MONITOR – Projetos e Edições, Lda.
- Bonfim, C., & Saraiva, M. E. (1996). *Centro de Dia (Condições de localização, instalação e funcionamento)*. Lisboa: Direcção Geral da Acção Social.
- Bovaird, T., & Löffler, E. (2003). *Public Management and Governance*. London: Routledge.
- Branco, F. (2008). Acção social, individuação e cidadania: a construção do acompanhamento social no contexto do Estado Social activo. *Cidades-Comunidades e Territórios*, 81-91.
- Câmara Municipal de Oeiras (CMO). (2013). *PEMPI – Plano Estratégico Municipal para as Pessoas Idosas 2013-2015*. Oeiras: CMO.
- Capucha, L. (2014). Envelhecimento e políticas sociais em tempos de crise. *Sociologia, Problemas e práticas*, (74), 113-131.
- Carapeto, A. C. C., & de Jesus Fonseca, M. D. F. (2005). *Administração pública: modernização, qualidade e inovação*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Cardoso, S., Santos, M. H., Baptista, M. I., & Clemente, S. (2012). Estado e políticas sociais sobre a velhice em Portugal (1990-2008). *Análise Social*, (204), 606-630.
- Carrasco, L. C. C. (2013). *Avaliação da satisfação com a vida em pessoas com deficiência intelectual em processo de envelhecimento*. (Master's thesis). Instituto de Ciências Sociais e Políticas, ISCSP, Lisboa.
- Carreira, H. M. (1996). *Políticas Sociais em Portugal*. Lisboa: GRADIVA Publicações, Lda.
- Carrilho, L., Gameiro, C., & Ribeiro, A. (2015). Envelhecer no concelho de Oeiras: Estudo numa população institucionalizada. *Análise Psicológica*, 33(1), 121-135.
- Carvalho, C. S. M. (2008). *A qualidade do Serviço público: O Caso da Loja do Cidadão* (Doctoral thesis). Faculdade de Economia, Universidade do Porto.
- Carvalho, M. I. L. B. (2010). *Os cuidados domiciliários em Instituições de Solidariedade Social no concelho de Cascais* (Master's thesis). ISCTE-IUL, Lisboa.
- Carvalho, M. I. L. (2013). *Serviço Social no envelhecimento*. Lisboa: PACTOR – Edições de Ciências Sociais, Forenses e de Educação.
- Censos 2011 Resultados Definitivos – Região Lisboa. (2012). Retirado do Instituto Nacional de Estatística – Statistics Portugal. Retrieved from http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacao_det&menuBOUI=13707294&contexto=pu&PUBLICACOESpub_boui=156651739&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1
- Chiavenato, I. (1999). *Administração nos novos tempos*. São Paulo: Editora Afiliada.
- Chiavenato, I. (2007). *Introdução à Teoria Geral da Administração*. Rio de Janeiro: Elsevier Editora. 7ª edição.
- Cunha, N.P (2002). *Introdução à qualidade de Serviço: a perspectiva da Gestão de recursos humanos*. ISPA Edições.
- Daniel, F., Monteiro, R., & Ferreira, J. (2016). Cartografia da oferta pública e privada de serviços dirigidos à população idosa em Portugal. *Serviço Social & sociedade*, (126), 235-261.
- Diogo, C. (2016). *Avaliação da qualidade sentida e satisfação dos clientes de uma estrutura residencial para idosos* (Relatório de Estágio). Instituto Politécnico de Portalegre, Portalegre.
- Figueiredo, J. V. (2001). *Para a História da Misericórdia de Oeiras*. Oeiras: Santa Casa da Misericórdia.
- Eco, U. (2008). *Como se faz uma tese em ciências humanas*. 7ª Edição, Lisboa: Editorial Presença
- Faria, D., Oliveira, M., & Simões, J. A. (2012). Políticas Públicas de Defesa e Promoção dos Direitos dos Idosos. *Revista Portuguesa de Bioética*, 16, 67-79.
- Fernandes, A. (2000). *qualidade de serviço pela gestão estratégica*. Cascais: Pergaminho, Lda.
- Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2016). *Retrato dos Municípios*. Retrieved from <https://www.pordata.pt/ebooks/PT2016v20160530/index.html>.
- Guedes, J. (2012). *Viver num lar de idosos – identidade em risco ou identidade riscada?* 1ª Edição, Lisboa: Coisas de Ler.
- Hespanha, P., Monteiro, A., Ferreira, A. C., Rodrigues, F., Nunes, M. H., Hespanha, M. J., Madeira, R., Van den Hoven, R., & Portugal, S. (2000). *Entre o Estado e o Mercado: As fragilidades das instituições de proteção social em Portugal*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Instituto da Segurança Social, I.P. (2014). *Guia Prático – Constituição de Instituições Particulares de Solidariedade Social*, 9002, 4(2).
- Jacob, L. (2007). *Animação de Idosos. Actividades*. Coleção Idade do Saber n.º 6. Lisboa: Edições AMBAR.
- Joaquim, C. (2015). Proteção social, terceiro setor e equipamentos sociais: que modelo para Portugal? *Cadernos do Observatório sobre Crises e Alternativas*, 3, 5-71.

- Lucas, F., & Pereira, H. (2010). Gestão das IPSS com valências diversificadas: proposta de um modelo de referência de actuação estratégica dos dirigentes. *Colóquio Ibérico de Cooperativismo e Economia Social*, 5, Santarém, 2009.
- Manuel, P. F. T. (2015). *Os desafios de um sistema de gestão da qualidade: a realidade das IPSS* (Doctoral dissertation). ISCTE-IUL, Lisboa.
- Marques, S., & Calheiros, M. M. (2006). O modelo lógico como instrumento de avaliação da qualidade: o Centro de Dia para Pessoas Idosas. *Kairós*, 9(2), 147- 167.
- Marquilhas, C. J. C (2013). Momentos de Partilha – *O Contributo do Assistente Social em Centro de Dia* (Master's thesis). ISCTE-IUL, Lisboa.
- Martins, R. M. (2006). Envelhecimento e políticas sociais. *Millenium*, 32, 126-140.
- Matos, M. I. M. N. (2014). *O Estado-Providência em Portugal e as Políticas Sociais: avaliação da implementação das Cantinas Sociais* (Master's thesis). ISCTE-IUL, Lisboa.
- Melo Conti, D. (2010). Uma abordagem do tema: Gestão Social. *Revista Iluminart IFSP*, 1(4) Sertãozinho, 162-163.
- Moreira, J. M., Jalali, C., & Alves, A. A. (2008). *Estado, Sociedade Civil e Administração Pública: Para Um Novo Paradigma do Serviço público*. Coimbra: Edições Almedina, SA.
- Mozzicafreddo, J. (1992). O Estado-Providência em Portugal: estratégias contraditórias. *Sociologia – Problemas e Práticas*, 12, 57-89.
- Neves, A. (2002). *Gestão na administração pública*. Pergaminho/ Bertrand.
- Nunes, L., & Menezes, O. (2014). *O bem-estar, a qualidade de vida e a saúde dos idosos*. Lisboa: Editorial Caminho.
- Oliveira, E. C. L. (2015). *satisfação profissional, qualidade de serviço e segurança do utente. Um estudo de caso em instituições de Economia Social* (Master's thesis). Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra.
- Percy-Smith, J. (1996). *Needs Assessments in PublicPolicy*. Buckingham: Open University Press.
- Perea, E. A., Crespo, I., Martínez, I. C., & Lago, M. M. (2009). *Metodología de la ciencia política*. CIS.
- Picolo, C. M. B. (2012). *Implementação da Certificação de qualidade no Serviço de Apoio Domiciliário da Santa Casa de Misericórdia de Sintra*. (Relatório de Estágio). Universidade Atlântica, Barcarena.
- Pimentel, L. (2001). *O Lugar do Idoso na Família: Contextos e Trajectórias*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Pimentel, T. (s.a). *Município de Oeiras. Diagnóstico Demográfico e Projeção da População 1960-2040*. Excel. Rede de Escolas de Excelência.
- Pinto, S. S. (2003). *Gestão dos Serviços: A Avaliação da qualidade*. Lisboa: Editorial Verbo.
- Pollitt, C., & Bouckaert, G. (1995). *Quality Improvement in European Public Services: Concepts, Cases and Commentary*. Londres: SAGE Publications.
- Procuradoria Geral Distrital de Lisboa, Ministério público, <http://www.pgdlisboa.pt/home.php>.
- Quintão, C. (2011). O Terceiro Sector e a sua renovação em Portugal. Uma abordagem preliminar. *IS Working Papers*, 2(2), Instituto de Sociologia, Universidade do Porto. Retrieved from: <http://hdl.handle.net/10216/54358>.
- Ramos, T. M. P. (2017). *Cuidar de idosos com demência: necessidades de apoio e recursos ótimos de intervenção na perspectiva dos cuidadores formais* (Master's thesis). ISCSP, Lisboa.
- Rede Social. (2014). *Plano de Desenvolvimento Social de Oeiras 2014-2017*. Retrieved from: <http://www.cm-oeiras.pt/pt/viver/servicossociais/Documents/Plano%20de%20Desenvolvimento%20Social%20de%20Oeiras%202014%20-%202017.pdf>
- Rodrigues, M., & Araújo, F. (2010). A nova gestão pública na governação local. *INA3.º Congresso Nacional de Administração Pública*, Oeiras. Retrieved from: <http://hdl.handle.net/10198/1627>
- Romão, A., Pereira, A., & Gerardo, F. (2008). *As necessidades dos cuidadores informais. Estudo na área do Envelhecimento*. Lisboa: Santa Casa de Misericórdia de Lisboa.
- Santos, J. M. F., & Encarnação, M. F. N. D. S. (1998). *Modernidade e gestão da velhice*. Centro Regional de Segurança Social do Algarve.
- Santos, C. C. (2016). Social Policy: From the Death of Welfare State to the State “Nameless”. An historic overview of Social Policies in South and Eastern Countries. *Journal of Social Theory, Empirics, Policy and Practice*, 13, 41-54.
- Schneider, B., & White, S. S. (2004). *Service Quality: Research Perspectives*. Sage Publications.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Porto: Lidel edições técnicas, lda.
- Silva, F. C. (2013). *Os portugueses e o Estado-Providência: uma perspetiva comparada*. ICS. Imprensa de Ciências Sociais.
- Silvestre, H. (2010). *Gestão Pública – Modelos de Prestação no Serviço público*. Escolar Editora.
- Soares, L. M. P. (2008). *A Ética na Administração Pública*. Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

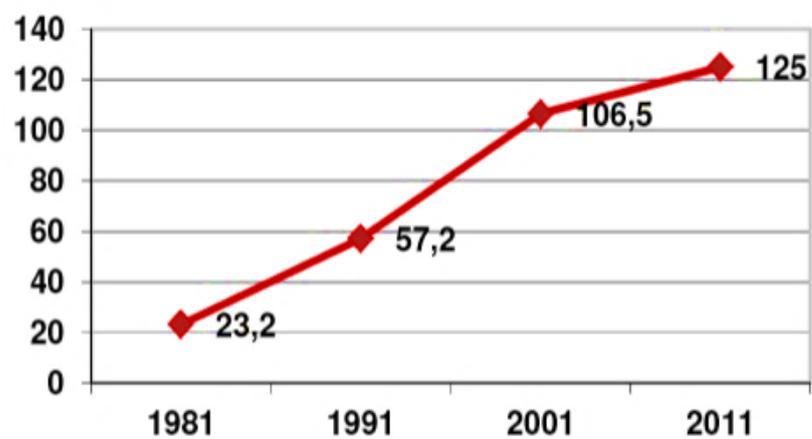
- Social, C. (2010). *Rede de Serviços e Equipamentos. A dependência: o apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados*. Gabinete de Estratégia e Planeamento, Ministério do Trabalho e da Solidariedade. Retrieved from: http://www.cartasocial.pt/pdf/estudo_dependencia.pdf
- Social, S. (2010a). *Manual de Avaliação da qualidade – Centro de Dia*. 2ª Edição. Retrieved from: http://www.seg-social.pt/documents/10152/13687/gqrs_centro_dia_modelo_avalia%C3%A7%C3%A3o/4ad496ec-17a3-4df6-9dcb-ee7b0074d5a2
- Social, S. (2010b). *Manual de Processos-Chave – Centro de Dia*. 2ª Edição. Retrieved from: <http://www.poatfse.qren.pt/upload/docs/Manuais%20ISS/CentroDia.pdf>
- 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* (Doctoral thesis). Departamento de Ciências Médicas, Universidade de Aveiro. Retrieved from: <http://hdl.handle.net/10773/16584>
- Thiry-Cherques, H. R. (2009). Saturação em pesquisa qualitativa: estimativa empírica de dimensionamento. *Revista PMKT*, 3(2), 20-27.
- Vaz, E., Silva, B., & Sousa, I. (2003). Configurações de vida na velhice. *Antropológicas*, (7), 181-209.

FONTES

- Circular Normativa n.º 3, 97/05/02.
- Circular Normativa n.º 7, 97/08/14.
- Decreto-Lei n.º 172 - A/2014. Diário da República, 1ª série, n.º 221, 14 de novembro de 2014.
- Decreto-Lei n.º 33/2014. Diário da República, n.º 44, 4 de março de 2014.
- Decreto-Lei n.º 99/ 2011. Diário da República, 1ª série, n.º 187, 28 de setembro de 2011.
- Decreto-Lei n.º 166 - A/ 99. Diário da República, 1ª série, n.º 111, n.º 13 de maio de 1999.
- Decreto-Lei n.º 183/ 86. Diário da República, 1ª série, n.º 158, 12 de julho de 1986.
- Decreto Regulamentar n.º 36/2012. Diário da República, 1ª série, n.º 62, 27 de março de 2012.
- Despacho n.º 19354/2010. Diário da República, 2ª série, n.º 252, 30 de dezembro de 2010.
- Despacho do MESS, 03/08/1993.
- Despacho Normativo 75/92. Diário da República, 1ª série, n.º 116, 20 de maio de 1992.
- Guião técnico da DGAS de dezembro de 1996.
- Lei n.º 30/ 2013. Diário da República, 1ª série, n.º 88, 8 de maio de 2013.
- Lei n.º 4/2007. Diário da República, 1ª série, n.º 11, 16 de janeiro de 2007.
- Orientação Técnica Circular n.º 4/ 2014, de 16 de dezembro, da DGSS.
- Portaria n.º 139/ 2007. Diário da República, 1ª série, n.º 20, 29 de janeiro 2007.

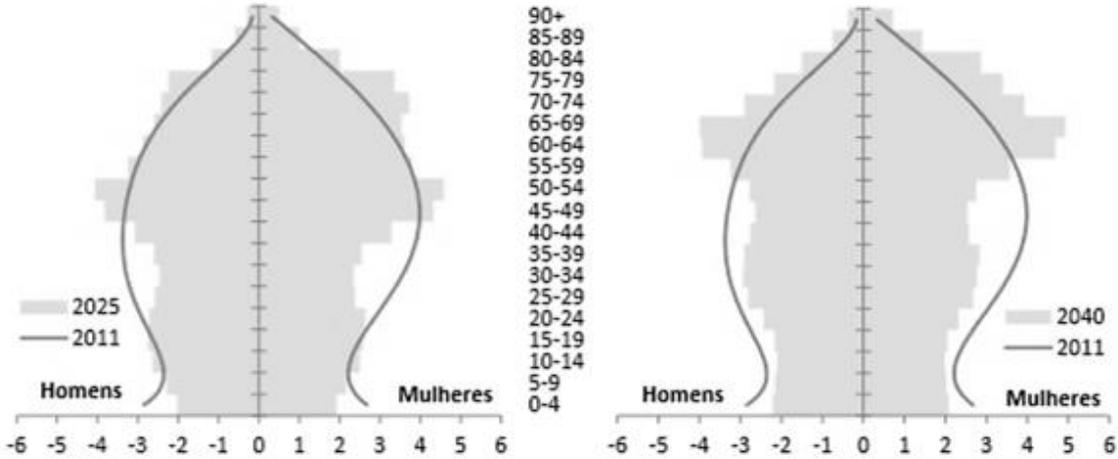
ANEXOS

ANEXO A - Evolução do Índice de Envelhecimento em Oeiras



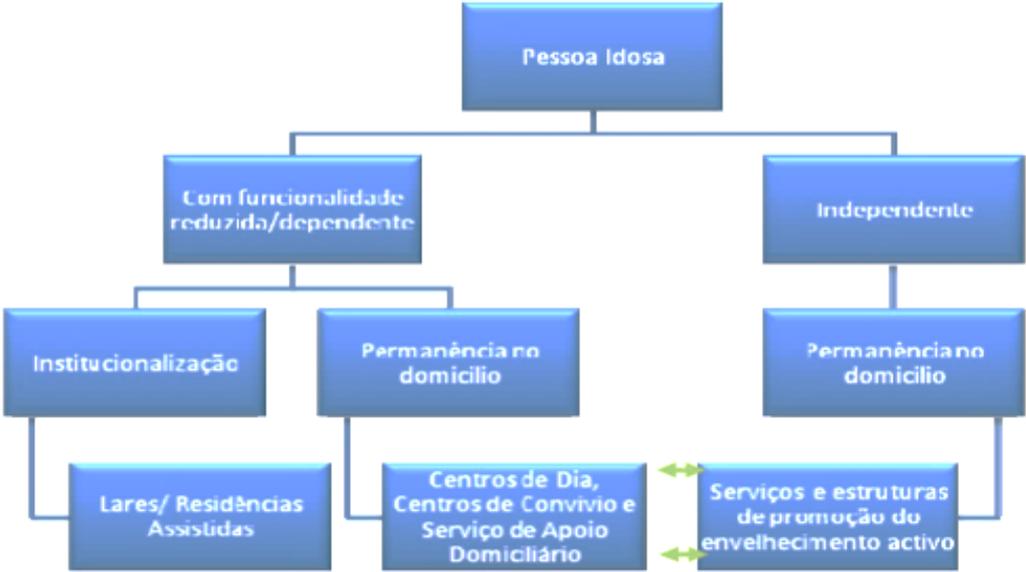
Fonte: INE, 2011 *citado por* CMO, (2013: 23)

ANEXO B - Pirâmide etária de Oeiras prevista para 2025 e 2040, cenário sem migrações



Fonte: Pimentel, T (s.a.: 19)

ANEXO C – Estruturas de apoio da responsabilidade da autarquia e agentes locais face ao Envelhecimento no concelho de Oeiras



Fonte: CMO, (2013: 23)

**ANEXO D – Estratégia Nacional para a Proteção e Inclusão Social dirigidas às pessoas idosas
(Portugal 2008-2010)**

Prestações Sociais		Medidas
		Complemento Solidário para Idosos
Respostas Sociais	Serviços	Serviço de Apoio Domiciliário Apoio Domiciliário Integrado Acolhimento Familiar
	Equipamentos	Lar de idosos Residência Centro de Dia/ Centro de Convívio Centro de Noite Unidade de Apoio Integrado
Programas e Medidas	Transversais	Programa de Alargamento da Rede de Equipamentos Sociais (PARES) Comparticipação directa às famílias Linha Nacional de Emergência Social (LNES) Rede Social Programa para a Inclusão e Desenvolvimento (PROGRIDE) Programa Comunitário de Ajuda Alimentar a Carenciados (PCAAC) Programa de Cooperação para o Desenvolvimento da Qualidade e Segurança das Respostas Sociais
	Específicas	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) Programa Conforto Habitacional para Pessoas Idosas (PCHI) Programa ReCriar o Futuro Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII)

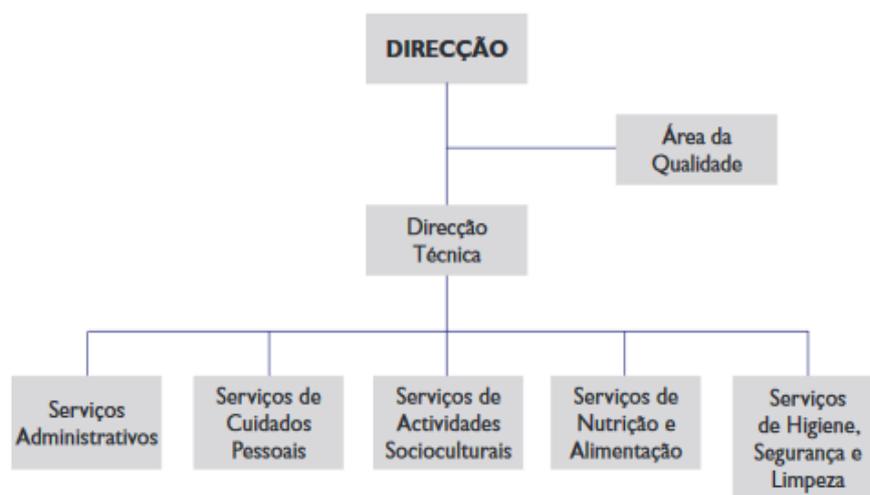
Fonte: CMO, (2013:11)

ANEXO E – Plano de Desenvolvimento Estratégico para Idosos do Município de Oeiras

Objetivos Estratégicos		Objetivos Operacionais		Ações / Projetos	
3.2.	Reforçar as redes de cooperação activa com e entre os vários agentes e promover a coesão social	3.2.4.	Desenvolver e/ou reforçar respostas sociais de apoio à família (infância, idosos, pessoas com necessidades especiais e situações de emergência social)	3.2.4.2.	Programas e Projectos dirigidos à População Idosa e Dependente (Programa de Actividade Física 55+; Programa "Descobrir outros Concelhos"; Programa Turismo Sénior; Promoção de Actividades de Animação Sócio-recreativas para a População Idosa; Cartão do Idoso 65+; Projecto NetSénior; Revista Real Idade; Programa de Participação de Medicamentos; Programa de Cuidados Continuados; Serviço de Teleassistência Domiciliária; Projecto Idosos em Segurança; Serviço Oeiras Está Lá.

Fonte: CMO, (2013: 16)

ANEXO F – Modelo Organizacional com Qualidade de um Centro de Dia



Fonte: Social, (2010b: 67)

ANEXO G – Quadro-tipo de Pessoal para 30 utilizadores (Centro de Dia autónomo)

Pessoal/Categorias	Nº de Unidades
Diretor Técnico ^{a)}	1
Técnico de Animação	1
Ajudante de Centro de Dia	1
Ajudante Familiar ^{b)}	-
Motorista	1
Cozinheira	1
Empregado Auxiliar	1
^{a)} Em Centros de Dia com menos de 30 utentes, o Diretor Técnico deve acumular as funções de técnico de animação ^{b)} Em caso de posse de Serviço de Apoio Domiciliário	

Fonte: Adaptado de Bonfim & Saraiva, (1996: 13)

ANEXO H – Consentimento Informado

Esta investigação é de carácter académico, sendo realizada no âmbito da Dissertação de Mestrado em Administração Pública do ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa, sendo orientadora a Professora Doutora Maria Asensio Menchero e coorientador o Professor Doutor Jorge Ferreira, tendo como objetivo geral avaliar a Qualidade de serviço prestado e de resposta social dirigida às pessoas idosas em Centro de Dia.

Com a presente entrevista procuramos fazer a recolha de dados, no sentido de responder aos seguintes objetivos específicos: analisar os procedimentos de Qualidade desenvolvidos nas unidades de estudo; avaliar a eficácia das respostas dadas em Centro de Dia à pessoa idosa; identificar mecanismos de melhoria da administração do Centro de Dia para pessoas idosas, estimando necessidades não satisfeitas pelas entidades competentes e contribuir para o aperfeiçoamento de modos de atuação e práticas profissionalizantes condicionantes do bem-estar dos utentes. Recorrer-se-á à gravação da entrevista em suporte áudio, podendo-se retirar do estudo a qualquer momento, sem prejuízos, sanções ou constrangimentos inerentes.

A sua identidade permanecerá no anonimato, sendo as informações recolhidas nesta entrevista confidenciais, e apenas utilizadas na realização da investigação da Dissertação de Mestrado.

Agradeço a sua participação,

A investigadora

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela investigadora. Desta forma, aceito participar nesta investigação de Dissertação de Mestrado em Administração Pública, fornecendo a informação de forma informada e voluntária a partir desta autorização.

Assinatura

Oeiras, ____ de _____ de 2018

ANEXO I - Guião de Entrevista Semiestruturada às Equipas Técnicas

Eu, Inês Maria Estibeiro Peneda Seoane, aluna de 2º ano do Mestrado em Administração Pública no ISCTE – IUL encontro-me a realizar uma pesquisa sobre o tema “*Qualidade de Resposta Social para Pessoas Idosas: Uma Análise Comparada de Centros de Dia no Concelho de Oeiras*”, sob orientação da Professora Doutora Maria Asensio Menchero e coorientação do Professor Doutor Jorge Ferreira. O trabalho tem por objetivo avaliar a Qualidade de serviço prestado e de resposta social dirigida às pessoas idosas em Centro de Dia.

Assim, solicito a vossa colaboração e disponibilização na realização da entrevista, de forma, a concretizar este trabalho de pesquisa, assegurando o anonimato e confidencialidade das informações recolhidas.

Data: _____ **Código:** _____

I. Caraterização Profissional

1. Habilitações literárias.
2. Experiência profissional.
3. Quais são as suas principais motivações enquanto colaborador/a?
4. Referencie as dificuldades que sente na função técnica que desempenha.
5. Quais os processos de acompanhamento ou intervenção que, na sua opinião, deveriam existir de apoio ao trabalho do técnico?
6. Foi-lhe facultada a informação suficiente sobre os devidos cuidados a ser prestados ao utente?

II. Caraterização da Resposta Social de Centro de Dia

7. Qual a tipologia de Serviços prestados/ valências que, na sua opinião, estão em falta?
8. Qual o modelo de gestão implementado? (Que tipo de metodologia é utilizada na resposta social dada pelo Centro de Dia?)
9. A natureza do mesmo é aberta à comunidade? Tem uma abordagem participativa centrada na pessoa?
10. Considera-se satisfeito/a com o seu trabalho? Com a relação que possui com os utentes?
11. Enumere três pontos positivos e negativos que, na sua opinião, melhor caraterizam o Centro de Dia.
12. Qual é o balanço geral que faz de trabalhar neste Centro de Dia?

III. Conhecimentos na área

13. Qual é a sua compreensão do Compromisso de Cooperação para o setor Social e Solidário (Protocolo do Biénio 2017/18)?
14. Que reflexão faz sobre as orientações nacionais da política de cuidados de Centro de Dia? E dos Modelos de Avaliação de Qualidade do Centro de Dia?

ANEXO J - Guião de Entrevista Semiestruturada às Pessoas Idosas

Eu, Inês Maria Estibeiro Peneda Seoane, aluna de 2º ano do Mestrado em Administração Pública no ISCTE – IUL encontro-me a realizar uma pesquisa sobre o tema “*Qualidade de Resposta Social para Pessoas Idosas: Uma Análise Comparada de Centros de Dia no concelho de Oeiras*”, sob orientação da Professora Doutora Maria Asensio Menchero e coorientação do Professor Doutor Jorge Ferreira. O trabalho tem por objetivo avaliar a Qualidade de serviço prestado e de resposta social dirigida às pessoas idosas em Centro de Dia.

Assim, solicito a vossa colaboração e disponibilização na realização da entrevista, de forma, a concretizar este trabalho de pesquisa, assegurando o anonimato e confidencialidade das informações recolhidas.

Data: _____ **Código:** _____

I. Caracterização Pessoal: Perfil Sociodemográfico

1. Idade, Género e Estado Civil.
2. Que habilitações literárias possui?
3. Como é constituído o seu agregado familiar? A que rede de suporte recorre, normalmente?
4. Antes de vir para esta instituição, onde se encontrava?
5. Que motivo o/ a levou ao ingresso na instituição?
6. Qual o grau de voluntariedade inicial no ingresso?
7. É a primeira Estrutura Residencial Para Idosos a que recorre? Como foi o processo de integração neste equipamento social?
8. Há quanto tempo está neste Centro de Dia? Com que frequência o utiliza?
9. Como perspetiva o seu futuro?

II. Caracterização da Resposta Social de Centro de Dia

10. Como é a sua comunicação/ relacionamento com os restantes utentes do Centro de Dia?
11. O serviço prestado pelos funcionários é rápido, competente, prestável, atento e duradouro consoante as suas carências?
12. O que mais caracteriza os funcionários do Centro de Dia que lhe prestam apoio?
13. Sente-se bem no Centro de Dia? Em que medida este supera, diariamente, as suas expectativas?
14. Considera os horários de funcionamento adequados? E os preços? E a alimentação confeccionada?
15. Há conforto nas instalações? Aprazibilidade, limpeza, luz de ambiente interior.
16. As atividades lúdicas, de lazer/ convívio e o exercício físico dentro e fora do Centro são incentivados? Correspondem aos seus gostos pessoais? (Os seus interesses pessoais e desejos são respeitados?) Que serviços poderiam ser melhorados para tornar a sua participação mais agradável?
17. São disponibilizadas informações quer ao idoso, quer aos seus cuidadores? As suas sugestões são ouvidas?

18. Sente-se seguro/a? A sua privacidade, dignidade e individualidade são respeitadas?
19. Enumere três pontos positivos e negativos caracterizadores do Centro de Dia.
20. A sua Qualidade de vida melhorou desde a frequência na instituição?

ANEXO L - Guião de Entrevista Semiestruturada aos Diretores Técnicos

Eu, Inês Maria Estibeiro Peneda Seoane, aluna de 2º ano do Mestrado em Administração Pública no ISCTE – IUL encontro-me a realizar uma pesquisa sobre o tema “*Qualidade de Resposta Social para Pessoas Idosas: Uma Análise Comparada de dois Centros de Dia no Concelho de Oeiras*”, sob orientação da Professora Doutora Maria Asensio Menchero e coorientação do Professor Doutor Jorge Ferreira. O trabalho tem por objetivo avaliar a Qualidade de serviço prestado e de resposta social dirigida às pessoas idosas em Centro de Dia.

Assim, solicito a vossa colaboração e disponibilização na realização da entrevista, de forma, a concretizar este trabalho de pesquisa, assegurando o anonimato e confidencialidade das informações recolhidas.

Data: _____ **Código:** _____

I. Caraterização Profissional

1. Como define a sua função de diretor/a técnico/a?
2. Há quantos anos se encontra a trabalhar na instituição?

II. Caraterização da Resposta Social de Centro de Dia

3. Qual é, na sua opinião, a atuação ótima de um Centro de Dia no Envelhecimento Ativo da comunidade?
4. Como é a proximidade entre a Direção e a coordenação deste Centro de Dia? E entre o Centro de Dia e as restantes instituições parceiras da comunidade?
5. A missão, visão, valores e política de Qualidade do Centro de Dia estão definidos? E os objetivos estratégicos e operacionais (relatório de atividades)?
6. O Centro de Dia está reconhecido por alguma Entidade Certificada? Se sim, de que nível? Há uma consistente medição e monitorização dos processos-chave?
7. Qual é a frequência de reuniões com a chefia e com a tutela do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social? Qual o n.º de auditorias de Qualidade e planos de ações corretivas por ano?
8. Quais as principais limitações sentidas no cuidado às pessoas idosas pelo Centro de Dia? Como pode isso, no seu entender, ser colmatado? E a nível nacional?
9. Enumere, caso existam, alguns problemas internos (recursos humanos, financeiros, carreiras, desempenho) existentes na instituição e quais as alternativas de intervenção.
10. Enumere três adjetivos que melhor caraterizam o Centro de Dia.

III. Perfil das equipas de contato direto com os utentes

11. Como são caraterizadas as equipas responsáveis pelo cuidado direto? São dotadas de competências necessárias e adequadas face à função realizada? Estarão envolvidas e terão conhecimento dos objetivos do Centro de Dia?

12. Estes foram estabelecidos através de negociação e articulação interna com os funcionários? São reconhecidos e incentivados a avaliarem o seu grau de satisfação perante o serviço prestado?

IV. Perfil da população que recorre ao Centro de Dia

13. O processo de responsabilidade na integração, acolhimento e acompanhamento digno dos utentes tem-se alterado ao longo dos anos?

14. Estes têm acesso a toda a informação pedida, de forma confidencial? São realizados inquéritos do grau de satisfação dos mesmos? Os mesmos são comparados com os resultados obtidos em períodos anteriores, dentro e fora da organização, numa ótica de *benchmarking*?

15. Há uma prevenção de situações de negligência, abusos e maus-tratos?

V. Conhecimentos na área

16. Conhece as orientações nacionais da política de cuidados de Centro de Dia? E o Modelo de Avaliação da Qualidade do Centro de Dia? Estão estabelecidos e são quantificados os objetivos da Qualidade? (p.e Redução do n.º de reclamações em x%? Aumentada satisfação do utente em y%?)

17. Há alguma evidência de que as linhas estratégicas de ação foram efetivamente implementadas e contribuíram para a melhoria do desempenho do Centro de Dia?

18. Como qualifica o grau de exigência imposto relativamente à obrigação de reporte (transparência) da atividade do Centro de Dia?

19. De que forma é que é sentida a ajuda estatal na instituição? O valor participado pela Segurança Social por mês, por cada utente inscrito é justo e suficiente ou deficitário e precário?

20. Conhece o Compromisso de Cooperação para o setor Social e Solidário (Protocolo do Biénio 2017/18)? E o PROCOOP? E o PAII? E a RNCCI? Como é repartido o Fundo de Reestruturação do setor Solidário? Exprima a sua análise crítica.