

II Parte

Os cuidados domiciliários em instituições de solidariedade social no concelho de Cascais

Capítulo III

Disposições das instituições e dos serviços domiciliários

“Em toda a parte e, designadamente, no quadro Europeu, vem sendo crescentemente valorizado o papel da sociedade civil na recomposição dos sistemas de protecção social, tendo como pressuposto uma nova repartição das competências do Estado de bem estar entre o Estado e outros agentes privados de protecção. Neste processo, traduzido sumariamente numa privatização de certas funções até agora exercitadas pelo Estado, tendem a ser politicamente privilegiadas, com ênfase variada conforme o enquadramento nacional, as iniciativas de base não lucrativa (ou de solidariedade) mais informais ou institucionalizadas e as formas mercantilizadas de provisão social. Em face disso, a questão que se coloca é a de saber se as instituições privadas não lucrativas são capazes de enfrentar a magnitude dos problemas sociais (das pessoas idosas e familiares cuidadores) num Estado providência mais descentralizado (...)”

Hespanha et al. (2000:119 e 311),
Entre o Estado e o Mercado, as Fragilidades das Instituições de Protecção Social em Portugal,
Coimbra, Quarteto.

Neste capítulo situamos as instituições de solidariedade social com serviços de apoio domiciliário no Estado de bem-estar. A partir dos dados recolhidos através das entrevistas realizadas aos directores das instituições¹²⁶ (Apêndice VI), da consulta dos estatutos, do código cooperativo e do compromisso de irmandade, analisamos o tipo de instituição, ano da fundação, iniciativa do seu surgimento, missão, objectivos e população-alvo, tipo de acordos e relação com o Estado, estrutura e funcionamento, modo de eleição e duração do mandato, responsabilidade e tomada de decisão, participação da equipa técnica e dos clientes nos órgãos de gestão. Também a acção social e recursos, critério e processo de acesso às valências, sistema de queixas e reclamações, recursos humanos, logísticos e financeiros, fontes de financiamento, parcerias e responsabilidades foram examinadas. Ponderamos nessa análise a capacidade de acção estratégica relativamente à democratização da gestão, à capacidade de gerar recursos e conceber respostas sociais e de relacionamento com o Estado. Consideramos também o contexto territorial – o Concelho de Cascais – onde as mesmas estão implantadas.

Concomitantemente, apreciamos a estrutura e organização dos serviços de apoio domiciliário tendo em conta o ano do surgimento, as pessoas apoiadas e os objectivos, a área

¹²⁶ Os directores entrevistados são três do sexo feminino e um do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 38 e os 55 anos. Todos têm curso superior, sendo dois licenciados em Serviço Social e os outros dois em Psicologia e em História. Nenhum tem formação específica ou complementar em gestão de instituições, ou noutra área. Actualmente, dois ocupam o cargo de vice-presidente da instituição, um de director dos serviços dos assuntos sociais e outro de vogal da direcção. A antiguidade no cargo oscila entre 12 e 17 anos. Além deste cargo, três elementos acumulam a função de director técnico e executivo. Uma das directoras exerce ainda outra função noutra instituição, a de tesoureira na Fenacerci.

da abrangência, os dias e horário de funcionamento, a tipologia dos cuidados disponíveis, as solicitações mensais e critérios de acesso, a equipa prestadora de cuidados, as competências e autonomia da coordenação, situando a profissão de ajudante de apoio domiciliário, as competências e formação e, por último, a evolução do SAD e as principais mudanças. Estas questões foram aferidas através da análise dos regulamentos de SAD (Apêndice I) e das entrevistas realizadas aos coordenadores de SAD¹²⁷ (Apêndice VII). Vejamos de seguida o resultado das análises efectuadas.

1 – Função das instituições de solidariedade social no Estado de bem-estar

As instituições de solidariedade social têm especificidades que decorrem do processo sócio-histórico da sua formação, do tipo de estrutura e forma organizativa, do tipo de relação com o Estado, das áreas de intervenção, dos serviços prestados e do contexto territorial onde estão implantadas. Nestes últimos anos têm adquirido um papel muito importante no sistema de bem-estar em Portugal, sobretudo na área da prestação de cuidados pessoais e sociais. O valor atribuído actualmente a esta área não lucrativa foi recentemente sujeito a um estudo realizado por uma equipa de investigadores nacionais e internacionais (Franco et al., 2005) com o objectivo de conhecer este sector em Portugal comparativamente com outros países.

Mas o que significa “não lucrativo” neste contexto? Para Carvalho (2005) Nunes et al. (2001; 40), não lucrativo significa que as instituições são organizações, privadas ou particulares, não distribuidoras de lucro, auto-governadas e voluntárias e visam o bem-estar ou o equilíbrio social. Têm não só uma estrutura organizativa, mas também regularidade no seu funcionamento para a concretização dos objectivos, implicando reuniões regulares, existência de membros e alguma estrutura de procedimentos na tomada de decisão reconhecida como legítima pelos seus participantes, sejam eles grupos informais ou legalmente registados, e operam segundo modelos organizacionais inspirados nas fórmulas empresariais existentes nos sectores lucrativos.

Estas entidades são privadas porque são institucionalmente separadas do Estado, apesar de poderem receber financiamento deste para a concretização das suas actividades. São

¹²⁷ Os coordenadores entrevistados são três do sexo feminino e um do sexo masculino, têm idades compreendidas entre os 26 e os 38 anos, três são licenciados em Serviço Social e um em Política Social. O tempo de exercício da sua função na instituição varia entre os dois e os dez anos. Só um tem formação especializada na área, com frequência de um mestrado em Serviço Social, e nenhum exerce outra actividade fora da instituição.

não distribuidoras de lucro porque não são primeiramente comerciais no seu propósito e, por isso, não distribuem lucro aos directores, accionistas, sócios ou gestores¹²⁸. São também auto-governadas porque têm os seus próprios mecanismos de governação interna, estão aptas a cessar a sua actividade e a controlar todas as suas operações. Têm uma gestão autónoma face ao Estado. São voluntárias porque estão organizadas com base em valores de altruísmo, filantropia, solidariedade e atenção ao outro e porque cada membro deve saber definir o que é um propósito público válido em virtude da sua decisão de tomar parte nas organizações, isto é, de ser voluntário. A orientação destas organizações atribui predomínio do factor trabalho sobre o capital, enfatiza teoricamente a qualidade do serviço a prestar aos seus destinatários e aposta no desenvolvimento dos que nela trabalham (Decreto-lei nº 119, de 1983; Franco et al., 2005; Nunes, et al., 2001: 40).

Esta noção de organização não lucrativa no âmbito da solidariedade social permite “integrar organizações formais e informais religiosas e seculares, pessoas remuneradas e outras voluntárias ou só constituídas por voluntárias” (Franco et al., 2005). No âmbito do Estado de bem-estar, estas organizações desempenham tanto funções de expressão como de serviço. A função de expressão corresponde à defesa de causas culturais, comunitárias, ambientais, de direitos humanos, religiosas, de interesse e expressão política. As funções de serviço incidem nas áreas da saúde, educação e acção social e investigação (cf. Franco et al., 2005). Estas funções não se excluem mutuamente, podendo existir organizações híbridas que têm simultaneamente funções de expressão e de serviço, dependendo dos seus objectivos.

Dada a heterogeneidade e multiplicidade de formas, é comumente aceite a *International Classification of Nonprofit Organizations* – ICN-PO. Este instrumento identifica doze categorias de organizações não lucrativas que permitem ultrapassar a dicotomia função de serviço-função de expressão enunciada acima (Franco et al., 2005). São elas: cultura e lazer, educação e investigação, saúde, serviços sociais, ambiente, desenvolvimento e habitação, participação cívica e defesa de causas, intermediários filantropos, nível internacional, congregações religiosas, empresários e profissionais, sindicatos e outros. Porém, no âmbito deste trabalho, as que nos interessam evidenciar são aquelas cujos serviços completam ou substituem a acção do Estado nas áreas sociais, em particular nos cuidados domiciliários a prestar às pessoas idosas, quer seja em situação de dependência, quer em situação de fragilidade social.

¹²⁸ Podem conceber lucros, mas estes têm de ser reinvestidos nos seus objectivos, o que significa que a propriedade institucional não é repartível pelos participantes.

Formas legais e funções

Actualmente, estas instituições provenientes da sociedade civil podem assumir várias formas: associações, fundações¹²⁹, institutos de desenvolvimento local¹³⁰, misericórdias, organizações não-governamentais para o desenvolvimento¹³¹, associações mutualistas¹³² e cooperativas. Mas as que nos interessa aqui explicar, porque fazem parte do objecto de estudo, são as associações, as misericórdias e as cooperativas. As primeiras são constituídas no âmbito do direito privado e de certas sessões do direito civil, nalguns casos sob a alçada de utilidade pública. Podem ser associações de bombeiros voluntários, de profissionais, de consumidores, de estudantes, de pais, de mulheres, de jovens, de imigrantes, de activistas ambientais, de deficientes, de idosos, de famílias, entre outras. Existem 17.000 associações sem fins lucrativos. Destas, 3500 são IPSS (Franco et al., 2005: 8-9). As segundas, as misericórdias, concentram-se na assistência social e na saúde. Excepto a SCML, que é juridicamente um Instituto Público, todas as outras podem constituir-se como IPSS. Existem 400 misericórdias em Portugal. As terceiras, as cooperativas, são governadas pela lei das cooperativas (Decreto-lei nº 51, de 7 de Setembro de 1997 e Código Cooperativo de 1997). Existem 3000 cooperativas em Portugal (cf. Cedru, 2008: 122 e segs.; Franco et al., 2005: 8-9) em áreas como o desenvolvimento, o ensino e a solidariedade social.

Estes tipos de instituições representam o sector não lucrativo, actualmente com uma dimensão relativamente considerável¹³³, e constituem um empregador expressivo de quase um quarto de milhão de trabalhadores a tempo integral, correspondendo a 4,2% da população economicamente activa no país. Apesar disso, este valor é ainda inferior ao da maioria dos países estudados por Franco et al., (2005: 13). Neste estudo, a Holanda é o país onde esta área está mais desenvolvida e a que emprega maior percentagem de população activa, com 14,4%, seguindo-se o Canadá com 11,1%, a Bélgica com 10,9%, a Irlanda com 10,4%, os Estados Unidos com 9,8% e o Reino Unido com 8,5 %.

¹²⁹ As fundações são um tipo de organização lucrativa recente em Portugal, mas foram reconhecidas pela primeira vez no Código Civil de 1867. Existem 350 fundações registadas em Portugal, das quais 100 mantêm operações activas.

¹³⁰ Os institutos de desenvolvimento local operam sobretudo em áreas rurais com estratégias de *empowerment* de pessoas e territórios. A forma legal varia e pode incluir entidades públicas, privadas lucrativas e não lucrativas.

¹³¹ As organizações não-governamentais para o desenvolvimento são organizações não lucrativas que levam a cabo programas sociais, culturais, ambientais, cívicos ou económicos em Portugal e em países em desenvolvimento.

¹³² As associações mutualistas são formadas sob o estatuto de IPSS para o fornecimento de ajuda mútua aos seus membros e familiares e financiados pela cota destes, excepto as seguradoras ou os bancos (mútuas). Existem cerca de 120 mutualidades que se regem por leis próprias.

¹³³ Todos estes tipos de organizações de solidariedade contribuem com 4,2% para o PIB (Franco et al., 2005: 11-26).

Outra das particularidades de Portugal prende-se com a forte presença de organizações não lucrativas direccionadas para a prestação de serviços em detrimento das que têm funções de expressão. As organizações que prestam serviços centram-se em áreas sociais e de educação, da saúde, do desenvolvimento e da habitação, correspondendo a 60% do total das organizações não lucrativas. Com 25% encontram-se as organizações de expressão, nomeadamente as que desenvolvem actividades de cultura e lazer, as associações profissionais e sindicais, de participação cívica e defesa de causas. As restantes organizações, 5%, correspondem a um outro tipo que não se encaixa exclusivamente na prestação de serviços, nem na categoria de expressão (Franco et al., 2005: 16-17). Ainda segundo os mesmos autores, os fundos destas organizações provêm de uma variedade de fontes – receitas próprias, sobretudo dos clientes dos serviços, rendimento próprios, nomeadamente a filantropia, doações, mecenato e apoio público e governamental.

Entre a multiplicidade de tipologias de organizações não lucrativas interessa-nos as que podem ser consideradas instituições particulares de solidariedade social, as IPSS. Distinguem-se das restantes porque surgiram da iniciativa de particulares, desenvolvem actividades sociais, culturais, de investigação, de prevenção dos riscos sociais e de protecção social, mas também porque as suas actividades satisfazem a procura de bens públicos e são tutelados e financiados pelo Estado (cf. Barros, 1997: 16). Estas instituições assumem actualmente um importante papel na construção de mecanismos de protecção social, sobretudo na prevenção da exclusão e na promoção da inclusão social dos grupos mais vulneráveis.

As instituições particulares de solidariedade social: IPSS

As instituições particulares de solidariedade social sem fins lucrativos – IPSS¹³⁴ adquiriram uma especificidade que decorre tanto do tipo de estrutura organizativa, como do tipo de objectivos que prosseguem, associadas ao dever de solidariedade. A maioria destas organizações “surge em áreas que são de difícil contabilização, ou cuja rentabilidade, demasiado baixa, não é, ainda, apetecida pelas empresas com fins lucrativos” (Nunes et al., 2001: 104). Actualmente, estão inseridas no sistema de segurança social e devem respeitar os direitos dos beneficiários, assim como a sua dignidade e privacidade¹³⁵. As IPSS encontram-se

¹³⁴ Ver Decreto-lei nº 119 de 1983.

¹³⁵ Actual Decreto-lei nº 4, de 2007, que aprova as bases gerais do sistema de Segurança Social. O art. 32 considera que “o Estado apoia e valoriza as IPSS (...) no prosseguimento de objectivos de solidariedade social. Este exerce poderes de fiscalização e inspecção (...) de forma a garantir o efectivo cumprimento das respectivas obrigações legais e contratuais, designadamente das resultantes dos acordos ou protocolos de cooperação

entre o sector público e o sector privado e ocupam uma posição muito importante na exploração de actividades na área dos serviços sociais, da saúde e da educação (cf. Barros, 1997: 14). Esta exploração faz-se através de contratos-programa efectuados com o Estado.

Estas instituições podem agrupar-se em federações, confederações e uniões (Decreto-lei nº 119, de 1983). As federações representam os interesses das associadas junto do poder político, dos ministérios que as tutelam, como o Ministério da Saúde, Ministério da Educação e Ministério da Segurança Social e da Solidariedade. A defesa de interesses realiza-se através da concertação social no que diz respeito à negociação colectiva de trabalho entre os sindicatos das respectivas áreas, o patronato e as próprias IPSS, mas também através de acordos de cooperação.

No caso das IPSS, a Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade Social – CNISS é a entidade que tem essa função, no caso das CERCI, é a Federação Nacional de Cooperativas de Solidariedade Social – FENACERCI –, e para as misericórdias, a União das Misericórdias Portuguesas – UMP. Estas organizações têm também um papel de assessoria a nível dos recursos humanos, da higiene e da segurança no trabalho em determinados normativos, assim como do acompanhamento jurídico, fiscal, formação e qualificação.

A relação entre o Estado e estas entidades não tem sido pacífica. Da entrevista exploratória efectuada à Direcção da CNISS, foi possível verificar que as mesmas anseiam que o Estado alie as novas orientações da política de prestação de cuidados a um novo tipo de tutela. Uma tutela que, segundo os dirigentes entrevistados, deixe de ser “*de fiscalização autoritária*” para passar a ser “*tutela pedagógica*” (EE1, Apêndice III). Esta consideração fundamenta-se na missão que orienta estas organizações e a uma certa superioridade destas em relação ao Estado relativamente à prestação de cuidados. Os dirigentes consideram que as IPSS “*estão mais próximas das pessoas e famílias, têm mais vocação para prestar serviços*” e que existe uma insuficiência do Estado em prestar cuidados, uma vez que “*não tem capacidade de resposta nestas áreas*” (EE1, Apêndice, III). Segundo estes dirigentes, a acção territorial permite-lhes uma proximidade com o espaço informal (das relações familiares, de amizade, de vizinhança), e a “tradição” na prestação de cuidados – enquanto experiência – coloca as IPSS numa posição vantajosa na negociação com o Estado.

celebrados”. Além da lei de bases, existem outros diplomas que regulamentam a constituição e a acção das IPSS. Um dos primeiros foi a Portaria nº 778, de 23 de Julho de 1983, que regula o registo das IPSS na Segurança Social. São responsáveis pela constituição de IPSS o Ministério do Trabalho e Segurança Social, o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, consoante a área específica de actuação for a acção social, a educação e a saúde.

Esta relação tutelar é fundamental para que o Estado possa fiscalizar e financiar as actividades que desenvolvem. O financiamento depende do tipo de acordo em função da valência ou do serviço que é prestado. Em 2007, o montante financeiro afecto à cooperação com as IPSS foi de 1.049.395.282,00 euros e o montante financeiro destinado à prestação de apoio a idosos foi de 414.279.256,97 euros, correspondendo a 39,5% do total (cf. ISS.IP, 2008).

As instituições de solidariedade social são proprietárias da maioria dos equipamentos sociais existentes em Portugal. Na área das pessoas idosas, desenvolvem serviços em respostas sociais do tipo lar, centros de dia, residências temporárias de recuperação, ou cuidados no domicílio. Se compararmos a rede de equipamentos e serviços das entidades não lucrativas com a rede lucrativa, verificamos que as primeiras têm um peso substancialmente superior às segundas¹³⁶. Segundo dados estatísticos da Carta Social (MTSS, 2006), existe um universo de 5596 entidades lucrativas e não lucrativas.

O sector não lucrativo é responsável por 72,7% dos equipamentos existentes em Portugal e a restante percentagem, 27,3%, corresponde ao sector lucrativo. Do total do sector não lucrativo, 65,8 % são instituições do tipo IPSS, 3,0% são equiparadas a IPSS, 1,9% são organizações particulares sem fins lucrativos, mas não IPSS, 1,7% são entidades públicas, 0,2% são empresas sociais e 0,02% corresponde à acção da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa – SCML. Ainda segundo a mesma fonte, nos últimos oito anos o número destes equipamentos aumentou 80,9%. Este desenvolvimento tem mais expressão nas zonas urbanas, nas zonas litorais e nas capitais de distrito, havendo, contudo, excepções¹³⁷.

A maioria dos equipamentos desenvolve respostas para as pessoas idosas, infância e juventude, reabilitação integral da pessoa com deficiência, família e comunidade, pessoas em situação de dependência, toxicodependência, doença mental e pessoas infectadas pelo HIV/SIDA. Verifica-se, apesar de tudo, uma certa desigualdade na distribuição do número de equipamentos e serviços por essas áreas, prevalecendo os serviços para os idosos com 51,1%, e para a infância e juventude com 36,4%. Segue-se de longe a área da reabilitação e deficiência com 5,4 %, a família e comunidade com 3,7%, as pessoas em situação de dependência com 1,9%, a área da toxicodependência com 0,6 %, a saúde mental com 0,4% e a do HIV/SIDA com 0,3%.

¹³⁶ A proporção é de 6 equipamentos da rede solidária para 1 equipamento da rede lucrativa.

¹³⁷ As excepções são Bragança, Castelo Branco, Coimbra, Évora, Guarda, Portalegre e Viseu (MTSS, 2006).

Estas instituições, como já se referiu, estão implantadas em determinados territórios próximo dos problemas das populações. Perante este facto a análise procurar situar esse contexto e compreender a sua relação com as instituições de solidariedade social no Concelho de Cascais.

2 – Estruturação das instituições de solidariedade

O concelho de Cascais está integrado na área metropolitana de Lisboa. É um concelho urbano com 20,07 km² e situa-se entre o concelho de Oeiras, o concelho de Sintra e o oceano Atlântico. Em 2001 (INE, 2001), tinha cerca de 170.683 habitantes divididos por seis freguesias: Alcabideche com 31.801 habitantes, Carcavelos com 20.037 habitantes, Cascais com 33.255 habitantes, Estoril com 23.769 habitantes, Parede com 17.830 habitantes e S. Domingos de Rana com 43.991 habitantes. Do total, cerca de 25.757 habitantes tinham 65 ou mais anos, o que correspondia nessa data a 15 % da população. Para dar resposta às pessoas idosas no concelho existem 12 equipamentos com serviços domiciliários¹³⁸, geridos por uma misericórdia, uma cooperativa de solidariedade, uma associação de (utentes) clientes¹³⁹ como associações laicas, sendo os restantes centros sociais paroquiais e/ou comunitários. Apesar destas diferenças, as instituições estudadas serão identificadas a partir deste ponto como instituições de solidariedade social. Vejamos então o resultado da análise às variáveis relativas à estrutura e ao funcionamento.

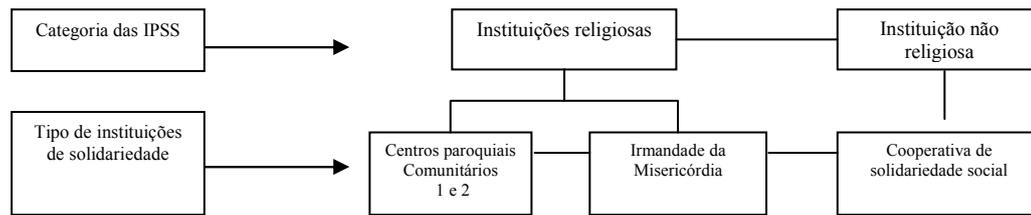
Tipo de instituição e ano da fundação

Tendo em conta a legislação existente (Decreto-lei nº 119, de 1983), consideramos dois tipos de instituições: as religiosas e as não religiosas. Na primeira, podemos reconhecer dois subtipos, os centros paroquiais comunitários (art. 40 e seguintes do Decreto-lei nº 119, de 1983) e a Irmandade da Misericórdia (art. 68 do Decreto-lei nº 119, de 1983). A instituição não religiosa corresponde a uma cooperativa de solidariedade social.

¹³⁸ Dados de 2007. Além dos SAD, desenvolvem outras valências para as pessoas idosas e familiares, tais como lares, centros de dia e de convívio.

¹³⁹ Nesta análise, os utilizadores ou utentes das organizações vão ser denominados clientes das mesmas.

Figura 3.1 – Instituições estudadas



Os centros paroquiais comunitários surgiram no início da década de oitenta. Um foi fundado em 1980 e o outro “*inaugurado (...) em Maio de 1981*” (ED2). A Irmandade da Misericórdia foi fundada em 1551, sendo uma das instituições desta natureza mais antigas em Portugal. É uma associação de fiéis, constituída na ordem jurídica canónica, tal como as outras instituições religiosas anteriores. As instituições religiosas do tipo paroquial desenvolvidas no contexto da assistência formaram-se como instituições privadas de solidariedade com o Decreto-lei nº 519-G2, de 29 de Dezembro de 1979 e posteriormente como IPSS com a Decreto-lei nº 119, de 1983. Este reformulou o decreto anterior e possibilitou às instituições existentes e às mais recentes aceder ao actual estatuto de IPSS.

As instituições religiosas definem-se pelos seus estatutos e a Irmandade da Misericórdia pelo compromisso de irmandade. O actual compromisso foi aprovado em 25 de Março de 1982 pela cúria patriarcal de Lisboa. Desde o seu surgimento até à década de setenta do século XX, estava vocacionada para prestar cuidados de saúde¹⁴⁰. A nacionalização dos hospitais, logo após o 25 de Abril de 1974, transformou a sua acção, reconfigurou as suas áreas de actuação, privilegiando a área social e educacional, em vez da saúde. A instituição não religiosa, por seu turno constituiu-se em 1976 como cooperativa de ensino, tendo-se transformado em 2001 em cooperativa de solidariedade social (Lei das Cooperativas nº 51, de 1996) e rege-se pelo Código das Cooperativas. Esta cooperativa de solidariedade social é equiparada a IPSS.

Iniciativa do seu surgimento

O surgimento destas instituições decorre de iniciativas particulares, identificando-se algumas especificidades. Uma das organizações religiosas comunitárias “*surgiu por iniciativa da população local (...) foram as pessoas que sentiram a necessidade dos idosos terem um*

¹⁴⁰ Era responsável pelo actual hospital distrital de Cascais e por uma farmácia.

local onde (...) passar os seus tempos livres” (ED1) e a outra surgiu por iniciativa do pároco, uma figura incontornável desta instituição. Foi “*o Padre Aleixo, que era o prior na altura, que (...) foi o mentor (...), e que também definiu (...) os objectivos para o Centro, e esta abertura inclusivamente*” (ED2). Já a Misericórdia surgiu da constituição da Irmandade da Misericórdia, associação de fiéis formada por um grupo de irmãos¹⁴¹.

A organização não religiosa, a cooperativa de solidariedade, deve o seu surgimento à “*iniciativa de pais e técnicos*” (ED4). Estas também denominadas CERCI surgiram na década de setenta do século XX associada a uma actividade social denominada “movimento cooperativo¹⁴² no domínio da educação e reabilitação de crianças deficientes em Portugal” (Queirós e Henriques, 1996: 26). Este movimento teve início logo após a revolução de Abril de 1974 e integrava pais, crianças, técnicos e outras pessoas interessadas na defesa das causas sociais, que formaram um grupo associativo e solidário que reivindicava direitos para os cidadãos deficientes.

Missão, objectivos e população-alvo

A missão das organizações “responde à sua razão de ser e determina as acções, o público-alvo, as estratégias e a configuração organizacional a implementar” (Nunes et al., 2001: 127). A razão de estas instituições existirem é, por um lado, “a resolução de problemas existentes na comunidade” e, por outro, o “interesse mútuo” (Nunes et al., 2001: 128), podendo, contudo, existir instituições cuja missão está relacionada simultaneamente com a resolução de problemas e com o interesse mútuo. Quer nas instituições religiosas, quer nas não religiosas, a missão e os objectivos incidem sobretudo na resolução de problemas existentes na comunidade. Estes podem estar associados a grupos específicos como, por exemplo, “*satisfazer as necessidades que os idosos tenham. Não só da alimentação, mas todas (...) as outras respostas*” (ED1). No caso da cooperativa de solidariedade, o objectivo é a “*reabilitação e a integração das pessoas com deficiência na sociedade*” (ED4).

Também podem ter como objectivo a resolução de problemas mais alargados relacionados com as “*necessidades que existem na comunidade*” (ED2) e com a “*satisfação de carências sociais*” (ED3). A ideia de carências sociais decorre da natureza das instituições religiosas estudadas. O objectivo estatutário é a satisfação das carências e a prática de “actos

¹⁴¹ Para se ser irmão da misericórdia é necessário ser maior de idade, residente no concelho, ter boa reputação moral e social e comprometer-se a colaborar na prossecução dos objectivos da instituição.

¹⁴² A primeira CERCI existente em Portugal com esta configuração foi a de Lisboa.

de culto (...) assentes nos princípios de doutrina e moral cristãs” (art. 68 do Decreto-lei nº 119, de 1983).

Porém, uma instituição de cariz religioso paroquial considera que, apesar de os seus objectivos estarem definidos estatutariamente estes vão sofrendo alterações mediante os problemas que vão surgindo na comunidade. Segundo a directora, os objectivos são flexíveis e permitem ir “*adaptando as actividades e as respostas às necessidades no momento (...) no sentido de construir comunidade*”. Esta maleabilidade tem a finalidade de “*ir adaptando e reavivando, fazendo nascer e morrer e «matar» actividades (...) conforme elas são necessárias*” (ED2). Na instituição não religiosa, a missão e os objectivos, além de visarem a satisfação de carências e a resolução de problemas, também decorrem do interesse mútuo, pois foram os pais das crianças, jovens e adultos deficientes e técnicos desta área que, através do movimento CERCI, manifestaram interesse em responder à falta de cuidados especializados para os cidadãos deficientes.

As respostas desenvolvidas decorrem da capacidade estratégica de as instituições concretizarem os objectivos e orientam-se para uma população-alvo previamente delimitada. Estas instituições, religiosas ou não, têm uma característica comum: todas organizam serviços para a população idosa. Uma instituição religiosa paroquial desenvolve actividades em exclusivo para pessoas idosas. A outra instituição desta natureza, e a Irmandade, além das actividades para a população idosa, desenvolvem actividades para infância, jovens e famílias carenciadas, incidindo a acção da primeira também na população toxicodependente com HIV/SIDA, desempregados e imigração e a da segunda na população com doença mental, crianças em risco e idosos muito dependentes com cuidados continuados integrados. A instituição não religiosa desenvolve a sua acção preferencialmente junto dos cidadãos portadores de deficiências e de doença mental.

Tipo de acordos e relação com o Estado

Os acordos que estas instituições estabelecem com o Estado podem ser de cooperação e de gestão. Os acordos de cooperação “visam a prossecução, por parte das instituições, do apoio a crianças, jovens deficientes e à família, bem como a prevenção e a reparação de situações de carência, de disfunção e marginalização social e o desenvolvimento e promoção social” (Despacho Normativo nº 75, de 1992; Luís, 1997: 131).

Os acordos de cooperação podem ser típicos ou atípicos. Nos primeiros, a contratualização do serviço e o financiamento são efectivados por valências e pelo número de

peças que são apoiadas dentro dos limites do acordo estabelecido. Os segundos referem-se a acordos e financiamentos em função do serviço prestado e do seu custo global. Os acordos de gestão efectuados entre o Estado e as IPSS são frequentemente atípicos e “visam confiar às instituições a gestão de instalações, serviços e estabelecimentos, que devam manter-se afectos ao exercício das actividades do âmbito da acção social, quando daí resultem benefícios para o atendimento dos clientes, interesses para a comunidade e um melhor aproveitamento dos recursos disponíveis” (Despacho Normativo nº 75, de 1992; Luís, 1997: 131).

As instituições religiosas estudadas têm acordos típicos e atípicos de cooperação e de gestão. Uma instituição religiosa paroquial mantém exclusivamente um acordo de cooperação típico e a outra tem um acordo atípico. A Irmandade alia o acordo típico com o acordo de gestão atípico¹⁴³. Os acordos típicos e atípicos de cooperação e de gestão, associados à acção social, são preferencialmente realizados com o Centro Distrital da Segurança Social. A outra instituição religiosa tem exclusivamente um acordo de cooperação típico. Independentemente do tipo de acordo, as instituições religiosas paroquiais têm acordos unicamente com o Centro Distrital de Segurança Social de Lisboa e a Irmandade, assim como a instituição não religiosa, têm também acordos de cooperação típicos com a Direcção Regional de Educação de Lisboa.

Estrutura e funcionamento

As instituições religiosas paroquiais têm como órgãos dirigentes exclusivamente uma direcção e um conselho fiscal. Segundo o Decreto-lei nº 119, de 1983, que define os estatutos das instituições particulares de solidariedade, estas são obrigadas a ter pelo menos os dois órgãos mencionados. A direcção é um órgão executivo cuja função é gerir a instituição e representá-la (art. 13), competindo-lhe: a) garantir a efectivação dos direitos dos beneficiários; b) elaborar anualmente e submeter ao parecer do órgão de fiscalização o relatório de contas da gerência, bem como o orçamento e programa de acção para o ano seguinte; c) assegurar a organização e o funcionamento dos serviços, bem como a escrituração dos livros, nos termos da lei; d) organizar o quadro do pessoal e contratar e gerir o pessoal da instituição; e) representar a instituição; f) zelar pelo cumprimento da lei, dos estatutos e das deliberações dos órgãos da instituição.

Ao conselho fiscal (art. 14º do Decreto-lei nº 119, de 1983) compete fiscalizar o cumprimento da lei e dos estatutos e: a) exercer a fiscalização sobre a escrituração e

¹⁴³ Os acordos atípicos dizem respeito à gestão do Centro de Apoio Social do Pisão (saúde mental) e a uma Casa de Acolhimento na área da protecção das crianças em risco.

documentos da instituição, sempre que o julgue conveniente; b) assistir ou fazer-se representar por um dos seus membros às reuniões do órgão executivo, sempre que o julgue conveniente; c) dar parecer sobre o relatório de contas e de orçamento e sobre todos os assuntos que o órgão executivo submeta à sua apreciação. As instituições religiosas têm disposições especiais (artigos, 44º, 45º, 46º e 48º), que obrigam os seus estatutos a estarem conformes ao regime concordatário celebrado entre a República Portuguesa e a Santa Sé, no que respeita ao seu reconhecimento e aprovação e à tutela da autoridade eclesiástica.

Nas instituições religiosas paroquiais estudadas, o presidente da direcção é sempre o pároco. Apesar disso, numa delas o vice-presidente é um técnico superior que exerce a função de director, e noutra instituição o técnico superior director da instituição exerce a função de vogal. Estas direcções reúnem quinzenal ou mensalmente para o prosseguimento das suas finalidades e o conselho fiscal reúne de três em três meses. Verificamos que nestas instituições há uma tendência para a profissionalização da direcção executiva.

A Irmandade da Misericórdia tem como órgãos de gestão a mesa administrativa¹⁴⁴, o conselho fiscal ou definitório e a assembleia-geral. Compete à mesa administrativa, entre outras funções, executar as deliberações da assembleia-geral, admitir e excluir irmãos, administrar os bens e elaborar orçamentos e relatórios de contas da gerência, cobrar receitas e liquidar despesas, elaborar regulamentos, aprovar os quadros de pessoal e criar, extinguir e fixar vencimentos (SCMC, 1981, art. 33º do compromisso).

O conselho fiscal tem como funções apreciar e fiscalizar o funcionamento dos serviços administrativos, verificar os balancetes da tesouraria, dar parecer sobre qualquer assunto que a mesa administrativa lhe propuser, apresentar à mesa as sugestões que considere útil ao funcionamento dos serviços, dar parecer no relatório de contas para ser apreciado pela assembleia-geral (SCMC, 1981, art. 49º do compromisso).

À assembleia-geral compete, em termos gerais, definir as linhas fundamentais de actuação da associação, eleger os membros da mesa, apreciar e votar o orçamento, o programa de acção e o relatório e contas, adquirir imóveis, alterar os estatutos, demandar os membros dos corpos gerentes, aprovar a adesão a uniões e federações e fixar a remuneração dos membros dos corpos gerentes (art. 58º do Decreto-lei nº 119, de 1983; SCMC, art. 34º do compromisso). Fazem parte da assembleia-geral todos os cooperantes ou membros da Irmandade. No caso destas, existem também algumas especificidades organizativas (artigos

¹⁴⁴ A mesa administrativa é constituída por nove membros efectivos e três suplentes. A mesa pode delegar quaisquer das suas atribuições no provedor (SCMC, 1981, art. 36 e art. 44 do compromisso).

68º, 69º, 70º do Decreto-lei nº 119, de 1983) no que diz respeito à sua natureza e fins, regime jurídico e associados. A mesa administrativa reúne várias vezes por mês, o conselho fiscal três vezes por ano e a assembleia-geral duas vezes por ano.

A instituição não religiosa tem como órgãos de gestão uma assembleia-geral, uma direcção e um conselho fiscal. A assembleia-geral representa todos os sócios da cooperativa e é composta por um presidente, dois vogais efectivos e dois suplentes. Compete-lhe eleger os órgãos sociais, apreciar e votar o balanço, o relatório e contas e o parecer do conselho fiscal, assim como apreciar e votar o orçamento e o plano de actividades, alterar os estatutos e regulamentos, aprovar a dissolução da cooperativa e a filiação em uniões, federações e confederações entre outros (art. 26º dos Estatutos da Cooperativa, Diário da república III-Série, nº 65, de 17 de Março de 2000).

A direcção é um órgão de administração e representação da cooperativa e as suas competências são idênticas às referidas anteriormente e inscritas no Decreto-lei nº 119 de 1983, acrescidas de competência para salvaguardar os princípios cooperativos e promover cursos específicos para a formação cooperativa e profissional dos seus membros (art. 31º dos Estatutos da Cooperativa). As funções do conselho fiscal são idênticas às enunciadas no estatuto das IPSS referidas anteriormente. Nesta instituição, o presidente da direcção representa os pais dos cidadãos portadores de deficiência e os vogais também podem ser pais dos clientes dos serviços e dos técnicos. Todos os órgãos da cooperativa têm um presidente que é obrigatoriamente um pai de um utente (art. 19º dos Estatutos das Cooperativas, Diário da República nº 65, de 17 de Março de 2000). A cooperativa de solidariedade social rege-se pelo código cooperativo.

Modo de eleição e duração do mandato

Relativamente ao modo de eleição dos órgãos de gestão, nas instituições religiosas paroquiais esta realiza-se por “imposição”. Significa que não há uma eleição democrática explícita dos órgãos de gestão. Os presidentes são sempre os párocos, que também têm a responsabilidade de “seleccionar” e apresentar uma lista dos elementos que devem fazer parte destes órgãos. Esta é elaborada com pessoas da comunidade que são convidadas para os respectivos cargos¹⁴⁵.

Na Irmandade e na instituição não religiosa, existe um sistema de eleição para os órgãos de gestão, direcção, mesa, conselho fiscal e assembleia-geral que poderá ser

¹⁴⁵ A lista é submetida pelo pároco à nomeação do ordinário diocesano.

tendencialmente mais democrático. Podem existir várias listas, encabeçadas sempre por um presidente ou um provedor, sujeitas à votação dos membros (um elemento um voto) da cooperativa ou da Irmandade. Em todas as instituições, religiosas e não religiosas, a duração dos mandatos dos órgãos de gestão identificados varia entre dois e quatro anos. A rotatividade das pessoas nos cargos de direcção decorre da duração do mandato e de apresentação de lista.

No caso das instituições religiosas paroquiais, o número de presidentes varia consoante o número de párocos que permaneceram na paróquia. Nos dois centros comunitários, já exerceram essa função quatro párocos, sendo actualmente um deles presidente há três anos e o outro há quatro anos. Na Irmandade, “*os órgãos de gestão, os principais (...) são eleitos de três em três anos*” (ED3). Nesta instituição, não foi possível precisar qual o número de provedores que existiram, mas o actual exerce o mandato há doze anos.

A cooperativa tem algumas especificidades na gestão, pois “*qualquer sócio pode apresentar lista (...) desde que cumpra os requisitos e depois em assembleia-geral são votadas*” (ED4). O princípio que está aqui presente é o de rentabilizar os rendimentos dos seus elementos, através de um processo de tomada de decisão democrático, o que significa que cada membro tem direito a um voto. A selecção da direcção faz-se entre os membros da cooperativa e a estrutura organizativa é preservada pelos membros que a controlam e a utilizam. Nesta linha de análise, como refere Nunes et al., (2001: 102) a definição da política da cooperativa é quase pública.

Nesta instituição, apesar de, na teoria, o processo de eleição ser tendencialmente mais democrático, a actual lista exerce o mandato há oito anos e a directora executiva da instituição exerce essa função há vinte e seis anos. A razão prende-se, segundo a mesma, com a criação de estabilidade na direcção, com a dificuldade de se encontrar pessoas para trabalhar voluntariamente, assim como com os obstáculos por parte dos pais em participar na vida da cooperativa, sobretudo devido à sobrecarga de trabalho com os filhos deficientes. A questão da participação é muito importante para o exercício da cidadania. De uma forma geral, esta prática, adquirida com o 25 de Abril de 1974, tem-se vindo a perder em Portugal e isso também é visível na participação nas assembleias-gerais destas instituições.

Responsabilidades e tomada de decisão

As direcções e/ou a mesa administrativa têm a responsabilidade de proceder a actos administrativos. Os assuntos mais frequentemente abordados são os que dizem respeito aos recursos humanos – Quadro 3.1.

Quadro 3.1 – Assuntos frequentes tratados nas reuniões de direcção

	Nº de respostas
Planeamento de novas construções: valências e edifícios	ED2; ED4
Estabelecimento de mecanismos de controlo para o funcionamento da instituição	ED4
Aprovação do plano e relatórios de actividades	ED2; ED4
Análise do orçamento/questões financeiras	ED2; ED4
Recursos humanos: admissão/despedimentos e processos disciplinares	ED1; ED2; ED4
Recursos humanos: gestão de carreiras/formação/definição de funções	ED1; ED3

Fonte: Entrevistas aos directores das instituições estudadas

As questões que mais preocupam a direcção referem-se sobretudo aos recursos humanos relativamente à admissão, despedimentos e processos disciplinares (ED1; ED2; ED4), planeamento de novas construções e abertura de valências, aprovação do plano e relatórios de actividades, análise do orçamento e de questões financeiras (ED2 e ED4), recursos humanos no que diz respeito à gestão de carreiras, formação e definição de funções (ED1 e ED3) e estabelecimento de mecanismos de controlo para o funcionamento da instituição (ED4).

Quanto à tomada de decisão, esta processa-se em conjunto, por unanimidade e por consenso, tendo em conta as competências dos elementos que compõem os órgãos e os níveis de decisão intermédias, nomeadamente as direcções de serviços e a coordenação das valências. Mas existem algumas especificidades. Assim, as decisões da instituição não religiosa são tomadas por unanimidade e por consenso e com respeito pelas competências da coordenação intermédia (ED4). Esta é também a postura adoptada pela Irmandade (ED3). Nas instituições religiosas, as decisões são tomadas pelo confronto com as pessoas (ED1) ou em conjunto (ED2).

Participação da equipa técnica e dos clientes nos órgãos de gestão

A presença dos técnicos nas reuniões de direcção é frequente em todas as instituições estudadas, sobretudo quando exercem cargos de chefia, tais como direcção-geral ou executiva ou coordenação de valências. A participação dos técnicos pode assumir diferentes papéis. O principal é o da fundamentação das decisões e criação de consensos (ED2; ED3; ED4) representando uma postura activa. Mas podem desempenhar ainda outros papéis – Figura 3.2: responsabilidade pelo plano pedagógico (ED4) representando uma postura autónoma; observação e fonte de informação (ED1 e ED3) representando uma postura passiva; e

compreensão das responsabilidades na tomada de decisão por parte da direcção (ED1 e ED3) representando uma postura normativa.

Quadro 3.2 – Papel dos técnicos nas reuniões de direcção

	Nº de respostas
Observar e transmitir informação	ED1; ED3
Fundamentar as decisões técnicas/criar consensos	ED2; ED3; ED4
Compreender as responsabilidades da participação	ED1; ED3
Responsabilidades pedagógicas	ED4

Fonte: Entrevistas aos directores das instituições estudadas

Na instituição não religiosa, os técnicos têm um papel pedagógico activo e autónomo, que pode influenciar as decisões da direcção. Para esta instituição, compete ao técnico fundamentar as decisões de modo a criar consensos (activo) e é-lhe atribuída uma responsabilidade pedagógica acrescida, que representa, de certo modo, uma autonomia do saber técnico face ao poder executivo da direcção (ED4). Neste caso, o técnico é responsável pelo plano de intervenção pedagógico dos clientes (autónomo). Contudo, apesar da abertura da instituição à participação dos técnicos, esta autonomia é relativa: segundo o director, os técnicos podem participar nas reuniões e manifestar-se sempre, mas quem toma a decisão final é a direcção.

Quanto às instituições religiosas paroquiais e à Irmandade, existem diferentes modalidades de participação – o “técnico observador e o técnico fonte de informação” (passivo), o técnico que compreende as responsabilidades das decisões (normativo) (ED1; ED3) e o técnico que fundamenta as decisões e cria consensos (activo) (ED2; ED3; ED4). Porém, existem algumas especificidades, pois numa instituição paroquial predomina um tipo de participação passiva e normativa. A função do técnico é a de observar, transmitir informação e ser responsável (ED1). Numa das instituições religiosas paroquiais, o papel dos técnicos é o de fundamentar as decisões de modo a criar consensos (ED2). No caso da Irmandade, o técnico tem tanto um papel de observador, como de responsabilidade pela fundamentação das suas decisões técnicas (ED3).

Identifica-se ainda outra modalidade de participação na direcção ou mesa administrativa associada a comissões como, por exemplo, instalação de equipamentos e valências. Esta particularidade de participação nas decisões da direcção verificou-se em duas instituições religiosas. No caso da paróquia, foi suscitada pela implementação de uma nova valência, um centro de convívio (ED1) e, no caso da Irmandade, pela implementação de uma

nova resposta para a da rede de cuidados continuados (ED3). Vejamos agora a participação dos clientes nos órgãos directivos – Quadro 3.3.

Quadro 3.3 – Participação dos clientes dos serviços nos órgãos de gestão

	Nº de respostas
Não estão presentes na direcção/mesa	ED1; ED2
Não há associação de clientes	ED2
Participam em reuniões nas valência/escolha de actividades	ED1; ED2
Os clientes estão representados na assembleia-geral/sócios	ED3
Os clientes estão representados na direcção, conselho fiscal e assembleia-geral pelos pais	ED4
Discussão individual com os pais do plano individual do utente	ED4

Fonte: Entrevistas aos directores das instituições estudadas

A participação dos clientes dos serviços nos órgãos de gestão é inexistente nas instituições religiosas paroquiais (ED1 e ED2). Na Irmandade, há participação sobretudo na assembleia-geral (ED3). Na instituição não religiosa, os clientes dos serviços são representados pelos pais, que estão presentes em todos os órgãos directivos (ED4).

Nas instituições religiosas paroquiais não existe participação dos clientes nos órgãos de gestão. No caso das pessoas idosas, a participação é remetida para as reuniões efectuadas nas valências com o objectivo de escolher as actividades a desenvolver (ED1 e ED2). A explicação que é dada para a não participação na direcção refere más experiências anteriores e também o facto de não ser exigida pelos estatutos. A diversidade de áreas de intervenção e de público-alvo são razões dadas para a não participação dos clientes. Também a ideia de “centro aberto à comunidade”, pois a ideia é a de que os próprios utentes e voluntários já representam os “clientes” do centro.

Nas instituições que funcionam com uma assembleia-geral existe teóricamente mais participação dos clientes nos órgãos de gestão, mas verifica-se que o nível de participação é muito baixo. No caso da Irmandade, na *“assembleia-geral estão presentes todos os irmãos da Misericórdia que querem estar presentes, mas devo dizer que a medida associativa não é uma medida muito forte por níveis de participação”* (ED3).

A instituição onde teoricamente a participação dos clientes poderá ser mais efectiva é a cooperativa, pois os pais dos clientes não só os representam, como também fazem parte dos órgãos de gestão. No entanto, no caso das assembleias-gerais, estas também não contam com muita participação, sendo o absentismo evidenciado pela directora da instituição.

A participação dos clientes dos serviços é muito importante para aumentar a qualidade das respostas. Quando questionámos os directores sobre o modo como os serviços podem melhorar a participação dos clientes, verificou-se que só uma instituição respondeu a esta questão. É possível que exista uma certa dificuldade em perceber essa transformação, tendo em conta a abrangência do objectivo – melhorar a qualidade através da participação dos clientes. A que respondeu (EC3) considera importante implicar os clientes nesse processo, mas também manifesta as dificuldades que grandes mudanças internas e externas acarretariam. A dificuldade interna identificada está associada às práticas dos funcionários, que não vêem com bons olhos essa participação. A dificuldade externa resulta da fraca receptividade da comunidade em executar trabalho voluntário.

Quanto à melhoria da participação dos clientes na gestão, há a tendência dos dirigentes para considerarem que aqueles têm pouca apetência para participar e tomar parte em processos inovadores de gestão em que esses procedimentos sejam possíveis. A explicação dada interliga-se com as características dos clientes – predominância de mulheres, falta de cultura de reclamação e por receio do eventual efeito negativo nos serviços prestados. Para colmatar a não participação dos clientes nos órgãos de gestão, numa instituição religiosa paroquial (ED2) são desenvolvidas algumas actividades no sentido de a promover. Disso são exemplo a organização de grupos de voluntariado social, para inserir as pessoas na comunidade e no quotidiano das instituições, e de grupos de auto-ajuda. Seja qual for a tipologia da instituição, religiosa ou não religiosa, verifica-se que o modo de gestão é híbrido entre a gestão profissional remunerada e a gestão voluntária não remunerada dos membros eleitos para os cargos directivos (Nunes et al. 2001: 132). Em todas as instituições, existe a tendência para o prosseguimento de uma gestão profissional efectuada por técnicos especializados, sobretudo com as funções de direcção geral ou executiva e de coordenação intermédia das valências, mas a participação dos outros técnicos ainda não é valorizada.

Acção social e recursos

A acção social desenvolvida por estas instituições é variada, mas predominam as respostas com serviços para as pessoas idosas, sobretudo nas religiosas paroquiais. Numa dessas instituições, só existem valências para os idosos: um centro de dia e um SAD. A outra instituição de tipo paroquial, além da área sénior e SAD, desenvolve actividades de “*acção social, educação e prevenção, da toxicodependência e HIV/SIDA. Também de informação, de formação, do voluntariado e da dinamização comunitária*” (ED2).

A Irmandade da Misericórdia desenvolve actividades através de diversos equipamentos para as pessoas idosas em lares, centros de dia, centros de convívio e SAD e também na área da infância, juventude, famílias carenciadas, doentes mentais e crianças em risco. Esta entidade é proprietária de creches e de uma escola básica, gere ainda um equipamento dirigido a doentes mentais e uma casa de acolhimento para crianças em risco.

A instituição não religiosa é especializada nas valências e serviços na área da deficiência mental e multideficiências e também na área das pessoas idosas e deficientes dependentes. Desenvolve também serviços de educação precoce, educação especial, formação profissional, centro de recursos, centro de apoio ocupacional, residências, fisioterapia, SAD e projectos em empresa de jardinagem, gráfica, e actividades na piscina.

Além destas respostas, todas as instituições desenvolvem serviços para as pessoas idosas, sendo os cuidados domiciliários o que as equipara. Três instituições desenvolvem serviços de centro de dia e de convívio. Numa instituição paroquial, estes serviços são denominados “Espaço Sénior”, com múltiplas actividades. Aqui, os clientes têm à sua disposição uma série de serviços como ginástica, informática, aulas de inglês, cabeleireiro, pedicura, lavandaria, almoço e lanche, grupo coral e de folclore e projectos intergeracionais com as escolas. A Irmandade desenvolve serviços em lar para pessoas idosas, existindo duas valências dessa natureza, uma com 80 clientes e outra com cerca de 70, incluindo 30 camas integradas na rede de cuidados continuados de saúde. A área de abrangência das valências decorre do tipo de instituição. No caso dos serviços de apoio domiciliário, a área de abrangência é o concelho, variando entre o espaço geográfico da freguesia e o das localidades dentro das freguesias.

Critérios e processos de acesso às valências

Os critérios gerais de acesso às valências remetem para carências sociais, área geográfica e existência de vaga em todas as instituições estudadas – Quadro 3.4. Quanto à organização do processo, identificamos o atendimento social, a transmissão de informação oralmente e a inexistência de guia de acolhimento escrito, revelando também uma homogeneização de procedimentos no que se refere ao acesso (ED1; ED2; ED3; ED4).

Quadro 3.4 – Organização do processo de acesso às valências

	Nº de respostas
Atendimento na secretaria	ED2
Atendimento social	ED1; ED2; ED3; ED4
Visita domiciliária /SAD	ED1
Informação escrita transmitida/regulamento	ED3
Não existe guia de acolhimento escrito	ED1; ED2; ED3; ED4
Lista de documentos a entregar para elaborar o processo	ED1
Informação transmitida oralmente	ED1; ED2; ED3; ED4
Integração em “exercício” da responsabilidade de residente e técnicos	ED4

Fonte: Entrevistas aos directores das instituições estudadas

Deste modo verifica-se que não existe a cultura de organização dos procedimentos de acesso com documentos escritos, como é o caso do guia de acolhimento e regulamento. Este procedimento só é realizado na Irmandade (ED3) e na cooperativa sobretudo para as respostas residenciais (ED4). Alguns destes documentos existem para outras respostas, mas só são facultados nas valências do tipo residencial (ED4). Nas instituições religiosas paroquiais é revelador a importância da visita domiciliária e a entrega aos clientes de lista de documentos necessários (ED1). Em alguns casos, o atendimento pode ter de passar primeiro pela secretaria (ED2). Este exemplo ocorre numa instituição religiosa, onde existe um espaço sénior com serviços que os clientes podem escolher. Neste caso, a pessoa pode simplesmente inscrever-se na secretaria e aceder ao mesmo, consoante a actividade em que quer participar. Mas para aceder ao SAD, tem de existir sempre um atendimento diferenciado, que pode ser efectuado em visita domiciliária ou na própria instituição. Estes procedimentos também se verificam em todas as organizações.

O processo de acesso às valências é revelador de uma certa informalidade que se traduz na lacuna organizativa do processo. Para as valências de SAD, um dos primeiros passos é realizar uma inscrição que origina um atendimento social e eventual abertura de um processo social. Esta conduta é considerada vantajosa quando os clientes conhecem à partida os procedimentos para aceder aos serviços. Vejamos o modo como numa instituição religiosa se pode aceder aos serviços disponíveis:

“Na secretaria, no caso das pessoas não conhecerem, porque há muitos casos que a pessoa já sabe e pergunta directamente ao técnico. Há vários casos em que a pessoa do apoio domiciliário já sabe e telefona directamente à coordenadora e marca entrevista” (ED2)

Também verificamos que na sociedade tecnológica e da informação, só duas instituições, uma religiosa paroquial e a outra não religiosa, têm uma página de *Internet* onde é possível efectuar a consulta dos serviços disponíveis, identificar os contactos e solicitar informações complementares. A primeira investe também em folhetos informativos escritos para a divulgação das suas actividades, assim como num guia de voluntariado.

Na prática, há maior racionalidade no acesso às valências no caso das residências do tipo lar, ou noutros equipamentos, particularmente nos destinados à infância, que dispõem de procedimentos que não existem no SAD. Quando se iniciou o estudo, só uma instituição utilizava um documento escrito, um contrato para o apoio domiciliário. No decorrer do mesmo, todas as instituições aprovaram o regulamento da valência¹⁴⁶ e a reformulação da ficha de processo social e o denominado plano de desenvolvimento individual. Segundo os directores, a partir deste ano e depois de ser aprovado pela direcção, o regulamento será entregue aos clientes. Apesar de existirem diferenças de conteúdo, o regulamento é um documento muito importante pois inclui, grosso modo: os objectivos do centro, como se processa a admissão, quais os deveres e direitos dos clientes e funcionários, como se processa o cálculo das mensalidades, quais as actividades desenvolvidas nas valências do centro de dia e do apoio domiciliário – Apêndice I.

Sistema de queixas e reclamações

Considerar a opinião dos clientes, enquanto dimensão subjectiva de avaliação da qualidade dos serviços, é muito importante para a melhoria destes, para o exercício da cidadania e, conseqüentemente, para a promoção da autonomia enquanto participação na organização. Um dos indicadores fundamentais para aferir a qualidade objectiva e a participação dos clientes é a existência de livros de reclamações ou sugestões e também a avaliação periódica do grau de satisfação dos clientes através de questionários internos. Relativamente a esta questão, verifica-se que todas as instituições têm livro de reclamação (ED1; ED2; ED3; EC4), mas só na Irmandade existem queixas escritas (ED3). Nenhuma mencionou a aplicação de questionários para aferir a satisfação dos clientes do serviço SAD.

¹⁴⁶ Projecto de protocolo de apoio domiciliário da Câmara Municipal de Cascais 2006.

Estes procedimentos existem sobretudo na área da infância e nas áreas residenciais, não na área dos cuidados domiciliários¹⁴⁷.

Não existindo nenhuma reclamação ou sugestão escrita nos livros, como reclamam então os clientes do SAD, as pessoas idosas e os seus familiares? Nas instituições estudadas, as queixas dos clientes são efectuados oralmente, pessoal ou telefonicamente (ED1; ED4), ou por escrito, em carta ou bilhete dirigido à coordenadora (ED2) ou directamente à direcção (ED4). Existe ainda uma instituição onde existe uma caixa de sugestões (ED4). Estas modalidades de realizar queixas reflectem novamente a informalidade do processo de prestar cuidados.

As reclamações podem ser dirigidas ao coordenador do SAD, mas também ao director da instituição. Nas instituições religiosas, as reclamações mais frequentes na área das pessoas idosas incidem sobre os serviços de que usufruem (ED1; ED2) e o relacionamento com os funcionários (ED2; ED3). No caso da instituição não religiosa, as reclamações centram-se sobretudo no desacordo dos pais com o plano de cuidado dos jovens portadores de deficiência (ED4).

Estas queixas são respondidas de várias formas. As instituições religiosas tendem a satisfazer a expectativa do cliente face ao serviço, esperando que ele aceite as normas e as regras existentes, sem provocar alterações no funcionamento do serviço (ED1). No caso da instituição não religiosa, as queixas são respondidas tendo em atenção as expectativas das pessoas e o parecer dos técnicos, de modo a criar consensos que sejam úteis às partes envolvidas (ED4).

Recursos humanos e logísticos

Não foi possível aferir objectivamente os recursos humanos e logísticos disponíveis em todas as instituições, sobretudo naquelas cujos recursos são consideráveis, uma vez que na entrevista não foi possível obter informação exaustiva relativamente a este assunto. Neste item, privilegiámos a análise dos recursos humanos e de alguns recursos logísticos, os recursos financeiros e as fontes de financiamento, as parcerias institucionais e o papel da instituição nessas parcerias. Nas instituições religiosas paroquiais, o número de funcionários varia entre 16 e 40, na cooperativa de solidariedade e na Irmandade varia entre 150 e 500. Nas instituições paroquiais, os recursos humanos incluem técnicos superiores e intermédios, mas predomina o pessoal auxiliar de prestação de cuidados. Na Irmandade e na instituição não

¹⁴⁷ No decorrer do estudo observou-se que a cooperativa de solidariedade iniciou esse procedimento.

religiosa há maior número de técnicos especializados e também um grande número de pessoal auxiliar e administrativo de prestação de cuidados. Os recursos logísticos das instituições religiosas variam entre um e dois edifícios e carrinhas de transporte e outros complementares. Na Irmandade, os recursos logísticos são significativos, incluindo vários edifícios próprios, edifícios cedidos e veículos do tipo carrinhas. A instituição não religiosa é proprietária de uma quinta de cinco hectares com vários edifícios e três apartamentos, casas alugadas, edifícios cedidos e várias carrinhas de transporte.

Recursos financeiros e fontes de financiamento

Os recursos financeiros destas instituições provêm do Centro Distrital de Segurança Social, do Ministério da Educação, das mensalidades dos clientes¹⁴⁸, dos contributos da autarquia – Câmara Municipal de Cascais –, de doações e de outros rendimentos próprios. No que diz respeito às valências para os idosos, a principal fonte de financiamento é o Centro Distrital de Segurança Social. Verifica-se que uma instituição religiosa paroquial e a instituição não religiosa são também financiadas outras valências pelo Instituto do Emprego, o Ministério da Educação e a Junta de Freguesia.

Apesar desta regularidade, existem ainda algumas especificidades relacionadas com os serviços disponíveis e com a capacidade de estas instituições construírem mecanismos de financiamento alternativos. Uma instituição religiosa paroquial investe no desenvolvimento de actividades de recolha de fundos, organizando feiras de rua e desenvolvendo projectos junto da comunidade.

A Irmandade tem recursos financeiros próprios provenientes de uma bomba de gasolina, de uma farmácia, da concessão do terreno do mercado de Cascais e de uma loja de alimentação. A instituição não religiosa recorre a mecenas e a candidaturas a projectos europeus, tendo também como recursos próprios empresas sociais de jardinagem, de tipografia e de actividades físicas em piscina. Porém, apesar destas alternativas, o Centro Distrital da Segurança Social¹⁴⁹ é a fonte de financiamento que tem maior expressão no orçamento destas instituições.

¹⁴⁸ Os utilizadores dos serviços contribuem com uma mensalidade de acordo com o seu rendimento *per capita*.

¹⁴⁹ No caso dos SAD, o Centro Distrital de Segurança Social financia, nos acordos típicos e por cada utente, 217,81 euros (valor de 2007).

Parcerias e responsabilidades

As parcerias que estas instituições desenvolvem representam um trabalho conjunto cujo objectivo é a mobilização e complementaridade de recursos. Segundo um director da instituição não religiosa, “*neste concelho já existe uma cultura de parceria já com muitos anos*” (ED4). Esse facto faz com que as instituições acreditem na parceria para a resolução dos problemas.

Quadro 3.5 – Parcerias e papel da instituição nas parcerias

Entidades parceiras identificadas	Papel da instituição na parceria	Respostas
CLAS/Junta de Freguesia	Rentabilizar recursos (acompanhamento e encaminhamento) e receber financiamento	ED2; ED4;
Rede Social	Rentabilizar recursos (acompanhamento e encaminhamento)	ED1; ED4
Autarquia (Protocolo de SAD)	Concretização das acções (prestar os serviços) e receber financiamento	ED1; ED2; ED3; ED4
Segurança Social e IEFP	Concretização das acções (prestar os serviços) e receber financiamento	ED1; ED2; ED3; ED4
Centro de Saúde	Concretização das acções (prestar os serviços)	ED1; ED2; ED3; ED4
Banco Alimentar	Rentabilizar recursos (acompanhamento e encaminhamento) e concretização das acções	ED1; ED2
Ministério da Educação	Concretização das acções (prestar os serviços) e receber financiamento	ED3; ED4
Projecto NICE (Novas Ideias para uma Cidade Evoluída)	Rentabilizar recursos (acompanhamento e encaminhamento)	EC1
Escolas de Terceira Geração	Rentabilizar recursos (acompanhamento e encaminhamento)	ED1
Comissão Permanente para a Protecção Social da Pessoa com Deficiência	Rentabilizar recursos (acompanhamento e encaminhamento)	ED4

Fonte: Entrevistas aos directores das instituições estudadas

Cada instituição estabelece parcerias tendo como base as actividades de acção social, de saúde, educação e formação desenvolvidas, existindo um papel atribuído a cada uma – Quadro 3.5. As entidades com as quais estabelecem protocolos são diversas e o seu papel nas mesmas varia, desde a rentabilização dos recursos (acompanhamento e encaminhamento), passando por receber financiamento até à concretização das acções (prestar serviços).

Existem três tipos de instituições com as quais todas as instituições estabelecem parcerias: a Segurança Social, a Autarquia e o Centro de Saúde. Mas não se consegue diferenciar o papel que as instituições religiosas e não religiosas têm nas mesmas, pois todas atribuem a si o papel de encaminhar, acompanhar, rentabilizar recursos, prestar serviços e o de receber financiamento.

Visão de conjunto da organização e funcionamento das instituições estudadas

Depois de procedermos a uma análise comparativa da estrutura e organização das instituições, considerámos uma visão de conjunto que revelasse alguma homogeneidade. Estas instituições surgiram por iniciativa de particulares, laicos ou religiosos, e satisfazem a procura de bens públicos. Todas têm funções de serviço e uma delas tem também funções de expressão relativamente à defesa de interesses dos pais e dos cidadãos deficientes, ainda que de uma forma implícita. Têm como objectivo principal a resolução de problemas associados a carências. As actividades que desenvolvem dirigem-se a uma população-alvo identificada como carente nas áreas das pessoas idosas, infância, juventude, saúde, emprego, entre outras.

O modo como concretizam essas actividades decorre da capacidade de gestão estratégica dos objectivos. Estes representam um percurso cruzado entre a assistência social e os direitos. Significa que os objectivos são validados tanto pelas orientações de política do Estado-providência – direitos humanos –, como por princípios e valores de caridade cristã (o dever moral) implícitos e associados ainda à assistência social (cf. Barreto, 2003). Por um lado, a legislação existente define as normas e as regras de funcionamento destas instituições bem como o tipo de tutela do Estado, por outro, para além destes procedimentos, as instituições religiosas ainda são submetidas ao controlo eclesiástico do Patriarcado no que respeita aos estatutos e supervisão dos órgãos de gestão.

Estas instituições podem ter uma estrutura simples a nível dos órgãos directivos, apenas com uma direcção e um conselho fiscal, ou podem ter uma estrutura mais alargada e participada, integrando também a assembleia-geral de cooperantes, ou de irmãos no caso da Irmandade. A tutela do Estado a estas instituições pressupõe uma “fiscalização das suas acções”, mas subentende também determinado tipo de financiamento dos serviços prestados ou desenvolvidos em função do acordo estabelecido.

Estes acordos são típicos e ou atípicos, de cooperação e de gestão. A tutela é efectuada a nível regional pelos centros distritais do Ministério da Segurança Social, mas estes concretizam a política definida a nível central. Significa que, independentemente do tipo de instituição, da região ou do local onde está, existe uma tutela uniformizada das suas actividades por parte do Estado¹⁵⁰, materializada na homogeneização dos suportes.

¹⁵⁰ Disso são exemplo os protocolos de cooperação entre o Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social e a CNISS (2005), *Protocolo de cooperação anualmente celebrado para definir os valores da comparticipação financeira da Segurança Social às IPSS*. Lisboa, MTSS e CNISS.

Apesar dessa homogeneidade, pode existir uma diferenciação quanto ao acordo estabelecido, que decorre da capacidade negocial da instituição e da sua acção estratégica, consubstanciada na diversidade de valências, actividades e recursos humanos e logísticos de que dispõe para fazer face às necessidades do meio onde está implantada. Neste sentido, verifica-se que, quanto mais alargados e diversificados são os recursos, mais capacidade negocial a instituição mantém com os centros distritais de solidariedade social.

Um aspecto central dos acordos é o financiamento das acções que as instituições desenvolvem. O Estado tem aqui um papel muito importante na sobrevivência financeira das mesmas. O grau de dependência é variável, diferenciando-se as que sobrevivem exclusivamente com o financiamento do Estado e dos clientes das que sobrevivem também com financiamentos provenientes de fundos próprios. Apesar de estas instituições não terem autonomia de financiamento (cf. Hespanha et al., 2000), têm uma autonomia relativa na gestão executiva, a cargo dos elementos da sociedade civil que fazem parte dos órgãos directivos. Mas será que esta autonomia na gestão é geradora de boas práticas, tendo em conta a promoção da participação dos clientes na mesma? Verifica-se que esta autonomia, ainda que relativa, pode ser geradora de uma acção estratégica que potencie algumas iniciativas inovadoras.

Nas instituições religiosas, e com mais expressão na Irmandade, existe uma tendência para a centralização e profissionalização dos órgãos directivos. Disso é exemplo a figura da direcção executiva, a cargo de técnicos com formação na área social. Além da direcção executiva, existe um nível intermédio ocupado pelos coordenadores e directores de área. Estes têm uma autonomia relativa nas funções técnicas que desempenham e na decisão dos órgãos de gestão. Este poder de decisão é sobretudo técnico e pedagógico. O facto de os técnicos participarem na construção e nas decisões de gestão das instituições é um aspecto positivo a salientar. Já a não participação dos clientes dos serviços é um aspecto negativo a ter em conta nesta análise, pois verifica-se também uma “assimetria informativa entre os produtores dos serviços e os seus clientes ou compradores” (Nunes et al., 2001: 104), sendo difícil a estes últimos não só saber que serviços existem e os modos de acesso a eles, como consequentemente participar na gestão da instituição.

O défice de participação dos clientes neste processo é agravado no caso das pessoas idosas, pois constata-se que até na instituição onde teoricamente existe uma maior abertura à participação dos clientes nos órgãos de decisão, estes não representam as pessoas idosas mas sim os cidadãos portadores de deficiência e/ou os familiares das crianças. Neste sentido,

podemos inferir que nas instituições de solidariedade não existe uma cultura de participação dos clientes idosos no processo de gestão da instituição.

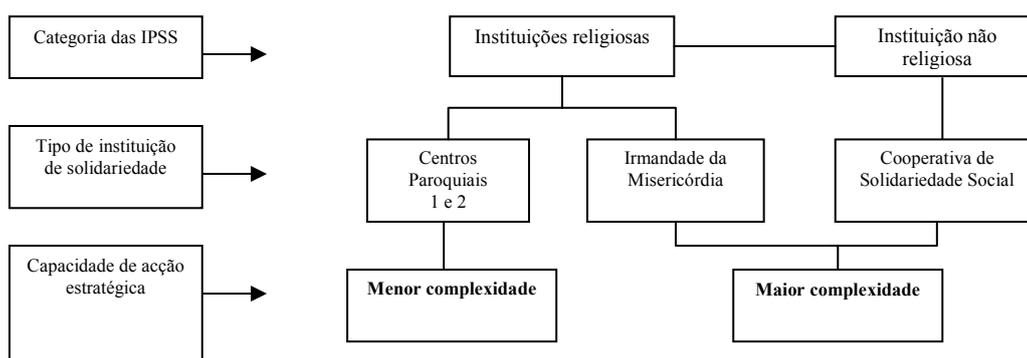
As actividades são desenvolvidas em áreas diversificadas (pessoas idosas e dependentes, infância, famílias, deficiência, toxicoddependência, crianças em risco, doença mental), excepto numa instituição especializada em serviços para as pessoas idosas (Centro de Dia e SAD). Apesar desta diversidade, é comum a todas o desenvolvimento de cuidados no domicílio para as pessoas idosas. Os critérios de acesso às valências baseiam-se na dependência e carência, área geográfica e à existência de vaga. Estes critérios podem ser tanto de exclusão como de integração da mesma. O processo para aceder à valência SAD não é muito transparente e não existe informação escrita para identificar com precisão o modo como se processa. Os critérios subordinam-se à análise técnica que o coordenador efectua à situação problema no atendimento social.

Relativamente às reclamações estas são realizadas não no livro de reclamações mas directamente ao coordenador e o director. As reclamações mais frequentes efectuadas dessa forma referem-se aos serviços de que os sujeitos usufruem, nomeadamente a alimentação e o mau relacionamento com os funcionários. São respondidas por aqueles com o intuito de se obter um consenso que pode ser a favor do utente, a favor da instituição ou de ambas as partes.

3 – Maior e menor complexidade: tipologia de instituições

Depois de apresentados os dados sobre a estrutura e organizações das instituições de solidariedade com SAD, analisamos a sua capacidade de acção estratégica (Apêndice – XVIII). Esta decorre: i) da democratização da gestão e funcionamento; ii) da capacidade de desenvolver recursos e respostas sociais; iii) do tipo de relação com o Estado. Esta análise identificou duas tipologias, as instituições que revelam maior complexidade e as que revelam menor complexidade – Figura 3.2.

Figura 3.2 – Tipologia das instituições



A tipologia de maior complexidade caracteriza a Irmandade (instituição religiosa) e a de menor complexidade caracteriza as instituições paroquiais religiosas. Na primeira e na segunda tipologia analisamos a democratização da gestão e funcionamento a partir das seguintes variáveis: surgimento, tipo de gestão, modo de eleição dos órgãos de gestão; tipo de direcção prosseguida; participação dos técnicos e dos clientes na gestão e a gestão das reclamações são características constantes na Figura 3.3.

A tipologia com maior complexidade apresenta uma estrutura organizativa mais complexa. Os órgãos de gestão são submetidos a uma votação pelos sócios ou irmãos da Misericórdia. Apesar disso, os elementos que compõem estes órgãos têm-se mantido nessas funções por mais tempo, não havendo muita rotatividade. Os técnicos superiores são profissionais importantes na tomada de decisões, sobretudo para criar consensos. Os clientes têm de ser sócios e, como tal, estão aptos a proporem-se a listas para os órgãos directivos. O processo de reclamações instituído é o obrigatório por lei com livro de reclamações, mas nas respostas para os idosos não há queixas escritas, excepto nas respostas residenciais.

A tipologia de menor complexidade apresenta uma estrutura organizativa mais simples. Os órgãos de gestão não são submetidos a uma votação. As listas são propostas pelo pároco. Os párocos têm uma relativa rotatividade na paróquia, o que faz com que a presidência da direcção apresente uma maior rotatividade do que as instituições mais complexas. Os técnicos superiores habitualmente não participam nas reuniões de direcção. Mas quando o fazem, a sua função é de observador. Os clientes não participam em nenhuma instância directiva. O processo de reclamações instituído é o obrigatório por lei com livro de reclamações, mas nas respostas para os idosos não há queixas escritas. As queixas são efectuadas informalmente e

respondidas com a preocupação de que os clientes compreendam que há normas e regras de funcionamento.

Figura 3.3 – Democratização da gestão e do funcionamento da instituição

Acção estratégica	Maior complexidade	Menor complexidade
<p>Democratização da gestão e funcionamento</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estas instituições surgiram antes e após a democratização do país (uma secular e outra democrática) em resultado da organização de um grupo de irmãos (Irmandade) e de pais (Cooperativa). • A gestão é complexa com assembleia-geral, direcção ou mesa e conselho fiscal. • O modo de eleição é tendencialmente mais democrático, pois exige votação. Apesar disso os elementos da direcção e da mesa administrativa têm-se mantido por mais tempo. Embora eleitos democraticamente, os elementos da direcção têm pouca rotatividade. • A direcção executiva e intermédia (área) é exercida por profissionais. • Os técnicos podem participar nas listas para a assembleia-geral, direcção ou mesa administrativa e conselho fiscal se forem irmãos ou sócios. • Habitualmente, os técnicos superiores só participam nas reuniões de direcção quando há necessidade de criar consensos. • Tal como os técnicos, os clientes também podem participar nos órgãos de gestão e nas decisões se forem sócios ou irmãos e/ou se fizerem parte dos órgãos directivos. • As instituições têm instituído um sistema de queixas e existem queixas escritas, mas a maioria não são do âmbito das respostas para idosos. • A maioria das queixas é efectuada informalmente e são respondidas de modo a criar consensos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estas instituições surgiram após a democratização do país em 1974 fruto de movimentos católicos progressistas. • Apresentam uma gestão menos complexa, com direcção e conselho fiscal e presidente da direcção. O pároco, enquanto presidente da direcção, é substituído frequentemente. • A eleição é realizada através da apresentação de lista pelo pároco que tem de ser aprovada pela tutela eclesiástica. Os párocos têm uma maior rotatividade (de três anos nas paróquias) e por isso, neste caso, a direcção tem maior rotatividade. • A direcção executiva é exercida profissionalmente e estas mantêm-se por mais tempo. • Em geral, o pessoal técnico não participa na gestão dos órgãos directivos. Porém sempre que se tomam decisões, participa para observar como os membros desses órgãos decidem face às mesmas. • Os clientes não participam em nenhuma instância directiva. • Ambas têm sistemas de queixas com reclamações, mas na área dos idosos não há queixas escritas. • A maioria das queixas é efectuada informalmente e são respondidas de modo a que os clientes compreendam que existem regras de funcionamento.

Quanto à capacidade de desenvolver recursos e respostas sociais nas instituições com maior ou menor complexidade – Figura 3.4 – foram consideradas as seguintes variáveis de análise: missão e objectivos; população alvo, actividades de acção social desenvolvidas, tipo de

financiamento, recursos humanos e logísticos e parcerias. As instituições que apresentam maior complexidade surgiram para resolver problemas sociais e por interesse mútuo. Dirigem-se a uma população-alvo e actuam em áreas de intervenção diversificadas e nalguns casos altamente especializadas, como educação, saúde mental, deficiência mental e multideficiências. Os critérios de acesso baseiam-se nas carências, na fragilidade social, na existência de vaga, orientam-se nalguns casos pela formalização de processos, como acontece nas residenciais, e por informalidade no acesso às outras respostas.

Figura 3.4 – Capacidade de desenvolver recursos e respostas sociais

Acção estratégica	Maior complexidade	Menor complexidade
<p>Capacidade de conceber recursos e respostas sociais</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ambas surgiram para resolver problemas sociais e de carências e também por interesse mútuo. • A população-alvo e áreas de intervenção são diversificadas e nalguns casos altamente especializadas (educação, saúde mental, e deficiência mental e multideficiências). • As actividades de acção social são diversificadas e altamente especializadas. • Os critérios de acesso baseiam-se nas carências e em situações de fragilidade social mas também na existência de vaga e orientam-se pela formalidade de acesso a valências residenciais e informalidade no acesso às outras respostas. • As instituições desenvolvem fontes de financiamento alternativas ao Estado e ao financiamento proveniente dos clientes, nomeadamente através da gestão de empresas que podem ser ou não sociais e da lei do mecenato. • Estas instituições têm em geral um maior número de funcionários assim de funcionários com qualificações superiores e especializadas. • Os recursos logísticos são significativos e respondem à dimensão da acção da instituição, e por isso as instituições são de grandes dimensões. • As principais parcerias com autarquia, Segurança Social e centro de saúde. A cooperativa destaca-se relativamente ao número e diversidade das mesmas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ambas surgiram para resolver problemas sociais na comunidade associados a carências. • A população-alvo e áreas de intervenção centram-se nas pessoas idosas e nos cuidados à dependência e as respostas não são muito variadas. • As actividades de intervenção centram-se nas pessoas idosas, apesar de uma instituição religiosa desenvolver acções mais diversificadas, que incluem voluntariado, doença mental, actividades lúdicas e culturais e apoio ao HIV. • Os critérios de acesso baseiam-se nas carências e na fragilidade social e orientam-se pela informalidade. • Não apresentam fontes de financiamento autónomas nem explicitamente alternativas. • O número de funcionário é menor assim e o número de funcionários com formação superior é escasso. • Os recursos logísticos são os adequados a instituições de pequena dimensão. • As parcerias identificadas são sobretudo com autarquia, Segurança Social e centro de saúde.

Estas organizações têm a capacidade de desenvolver recursos financeiros alternativos ao financiamento do Estado, através da gestão de empresas, que podem ser sociais ou não, e da lei do mecenato. Podem ser consideradas de grande dimensão tendo em conta o número de funcionários, uma tem cerca de 150 e a outra tem cerca de 500, e os recursos logísticos existentes. As parcerias privilegiadas são com a Segurança Social, a autarquia e o centro de saúde, mas a cooperativa destaca-se por diversas outras parcerias no âmbito da deficiência e reabilitação e integração social desse grupo.

As instituições com menor complexidade têm também uma população-alvo delimitada e operam em áreas de intervenção maioritariamente centradas nas pessoas idosas e em situações de dependência, apesar de uma delas desenvolver respostas em áreas mais diversificadas. Os critérios de acesso baseiam-se nas carências e na fragilidade social e orientam-se pela informalidade. Estas organizações não apresentam capacidade de criar recursos financeiros alternativos ao financiamento do Estado. Por isso, estão dependentes exclusivamente deste e das contribuições dos clientes. Estas instituições podem ser consideradas de pequena dimensão tendo em conta o número de funcionários, uma tem cerca de 20 e a outra cerca de 40, e os recursos logísticos existentes. As parcerias privilegiadas são com a Segurança Social, a autarquia e o centro de saúde.

Quanto ao tipo de vínculo e de relação com o Estado nas instituições com maior e com menor complexidade foram identificadas as seguintes variáveis de análise: tipo de acordo, grau de dependência financeira do estado, controlo do estado ou outro, capacidade negocial com o estado. Estas características estão explicitadas na Figura 3.5. É patente nas instituições que revelam uma maior complexidade uma cooperação com acordos típicos e uma gestão de respostas com acordos atípicos. Estes últimos são mais comuns no caso da Irmandade. Apesar de estas organizações desenvolverem estratégias de criação de fontes de financiamento próprias, o financiamento do Estado é determinante para o seu funcionamento. As acções que desenvolvem são também submetidas à fiscalização do Estado e, no caso da Irmandade, à hierarquia eclesiástica. Apesar disso, são estas que apresentam maior capacidade negocial com o Estado no que diz respeito à organização e gestão de respostas mais alargadas e diversificadas.

Relativamente às instituições com menor complexidade, a relação com o Estado é de cooperação realizadas com acordos típicos e atípicos. Estes últimos estão em vigor numa instituição não religiosa. O financiamento do Estado a estas organizações é determinante para o

seu funcionamento. Estas instituições também são submetidas à fiscalização das acções que desenvolvem por parte do Estado e da hierarquia da Igreja Católica.

Figura 3.5 – Tipo de relação com o Estado

Acção estratégica	Maior complexidade	Menor complexidade
Relação com o estado	<ul style="list-style-type: none"> • A relação com o Estado é de cooperação e de gestão, com acordos típicos (no caso da Cooperativa) e típicos e atípicos (no caso da Irmandade) especialmente com a Segurança Social e o Ministério da Educação. • Há uma dependência total do Estado em termos de fiscalização das acções, mas no financiamento a relação é de complementaridade. • Além do controlo do Estado, uma instituição tem ainda o controlo eclesiástico e a outra rege-se pela lei das cooperativas. • Estas instituições apresentam uma melhor capacidade negocial com o estado. 	<ul style="list-style-type: none"> • A relação com o Estado é de cooperação exclusivamente com a Segurança Social (neste caso, uma funciona com um acordo típico e a outra com um atípico); • A dependência do Estado é total em termos de fiscalização das acções e de financiamento. • Nestas instituições há ainda controlo eclesiástico na direcção e execução das acções. • Ambas apresentam menor capacidade negocial com o Estado para realizarem respostas alternativas, apesar de a instituição que desenvolve acções mais alargadas se encontrar mais bem posicionada.

Em síntese, as instituições de solidariedade social apresentam estruturas organizacionais distintas e a sua acção estratégica decorre da sua maior ou menor complexidade. Os dirigentes destas instituições têm um papel muito importante na definição dessas estratégias de acção. Apesar dessas competências, não conseguem libertar-se da teia de relações com o Estado. Além de dirigirem as actividades e valências para uma população com múltiplas carências, estão também dependentes da sua tutela, financiamento e orientação para a concretização das actividades. As instituições que revelam maior probabilidade de promover a autonomia e a qualidade (entendidas como promoção da participação na gestão) são as que revelam maior complexidade, pois teóricamente é nelas que o processo de gestão pode integrar de forma explícita a participação dos clientes nas decisões que lhes dizem respeito e onde para além disso, são desenvolvidas respostas mais alargadas, mais diversificadas e com profissionais mais especializados.

4 – Dimensão e organização dos serviços de apoio domiciliário

Tendo em conta que a orientação para a qualidade da resposta exige a alteração da noção de SAD, que deixa de estar centrado nas incapacidades e fragilidades (Despacho Conjunto 62/1999 e MTS: 2000) para passar a centrar-se nas capacidades dos indivíduos e serviços – implícita no manual da qualidade de 2005 (MTS, 2005) – entendemos, tal como Rodríguez e Sánchez (2000: 34), que o serviço de apoio domiciliário é uma resposta social de carácter preventivo e reabilitador em que um conjunto de serviços e técnicas de intervenção profissional consistentes se articulam com os cuidados pessoais, familiares e comunitários (actividades básicas e instrumentais da vida diária, mas também apoio familiar e integração social) de base instrumental (básicos de subsistência), complementares (básicos de integração social) e especializados (apoio de saúde e apoio psicossocial).

Neste âmbito, consideramos, tal como as autoras (op. cit), que esta resposta social é um programa individualizado, que não se quer homogéneo e padronizado, mas flexível e heterogéneo. Tal processo exige planificação, direcção por objectivos e flexibilidade, de acordo com as particularidades dos recursos com que se intervém e das circunstâncias pessoais e sociais das pessoas idosas e do contexto familiar. Esta resposta implica o exercício de mecanismos de prevenção e de reabilitação. Em termos preventivos, envolve cuidados que impedem a evolução de situações de dependência e de fragilidade social. É importante criar hábitos de vida saudável que abarquem alimentação, desporto, prevenção de quedas e eliminação das barreiras arquitectónicas, assim como reforçar os vínculos familiares e de vizinhança. A reabilitação implica a recuperação de funções físicas, cognitivas e intelectuais perdidas, o auto-ensino de actividades básicas e instrumentais da vida diária perdidas como comer, andar, tomar banho ou vestir-se, mas também o desenvolvimento da capacidade de comunicação com o exterior através da participação em actividades lúdicas e recreativas.

As técnicas de intervenção neste tipo de resposta não só incluem o acesso aos recursos existentes para prevenir e reabilitar, mas também implicam uma intervenção de proximidade, de avaliação e de reflexão sistemática da concretização das respostas. Exigem uma intervenção profissionalizada e de preferência multidisciplinar que permita avaliar as necessidades, os problemas e as capacidades e definir planos de intervenção compatíveis. Os profissionais que concretizam os cuidados – ajudantes familiares – necessitam cada vez mais de formação especializada, dada a complexidade dos cuidados a prestar, sobretudo a pessoas dependentes e/ou com problemas de demência.

Os cuidados a prestar centram-se na relação e comunicação com a pessoa, nos cuidados domésticos, em actividades de apoio psicossocial a ela e à família, sobretudo ao cuidador primário, e também na integração deste núcleo na comunidade e nos recursos comunitários existentes. Deste modo, os cuidados instrumentais incluem alimentação e acompanhamento na refeição, higiene pessoal e tratamento de feridas, vestir e cuidados de beleza, mudança da cama, adequação do domicílio à dependência pela eliminação de obstáculos, apoio na mobilidade em casa, limpeza da casa/conforto e cuidado da roupa.

As actividades com cuidados complementares incluem serviço de cabeleireiro, manicura e pedicura, compras e respectiva entrega no domicílio, acompanhamento em saídas ao exterior, ajuda do idoso no escolher a ementa, acompanhamento do idoso a votar, gestão do dinheiro, ajudas técnicas, adaptação e obras no domicílio, administração de medicamentos, transporte e apoio em tempo de descanso do cuidador. As actividades com cuidados especializados incluem aconselhamento legal, serviços religiosos, apoio psicossocial ao cuidador e ao utente, grupos de auto-ajuda e formação do cuidador, cuidados médicos, cuidados de enfermagem, cuidados de reabilitação física, actividades de animação no exterior, terapia ocupacional, terapia da fala, terapia com animais e outras.

O apoio domiciliário em Cascais

Nos últimos anos, O SAD foi a resposta social na área das pessoas idosas que apresentou maior crescimento em Portugal. Em 2006 existiam 2261 valências com serviços de apoio domiciliário que apoiavam 67.716 indivíduos, correspondendo a uma taxa de cobertura de 3,9% das pessoas com 65 ou mais anos (Martin e Neves, 2007). Esta valência era a que, nessa data, apoiava maior número de pessoas idosas, comparativamente com a taxa de cobertura dos lares (3,5% - 55.266 indivíduos) e com a dos centros de dia (2,6% - 41.204 indivíduos).

À data do estudo – 2007-2008 – existiam no concelho de Cascais doze instituições de solidariedade que desenvolviam serviços com cuidados domiciliários. Tendo em conta as indicações das políticas, que visam promover a qualidade da resposta (MTS, 2005), a autarquia, em conjunto com as instituições de solidariedade, desenvolve um projecto sob a forma de protocolo, que tem os seguintes objectivos¹⁵¹:

¹⁵¹ Objectivos do início do projecto – 2003.

“Alargar o serviço aos fins-de-semana e feriados, qualificar e inovar as respostas no sentido de responder às necessidades das pessoas que são servidas pelo serviço de apoio domiciliário” (EE1, Apêndice IV).

Este projecto pretende também reconverter as práticas de intervenção, qualificando-as pela organização do processo de intervenção social e de formação profissional, tendo em vista a produção de boas práticas. A autarquia compromete-se a financiar, qualificar e avaliar o serviço quanto aos objectivos estabelecidos e as IPSS comprometem-se a participar nas acções de qualificação e a informar a autarquia do número de pessoas, clientes e funcionários envolvidos nesses procedimentos, sendo este um dos critérios para o financiamento. Em termos metodológicos, esta boa prática pode influenciar os processos de trabalho e a qualidade da resposta e melhorar a satisfação dos clientes, já que tem permitido, segundo a sua coordenadora, *“alargar”, “qualificar”, “requalificar”, “melhorar e contratar novos funcionários.”* (EE1, Apêndice IV)

Além destes procedimentos, a autarquia está envolvida com as IPSS noutros projectos paralelos que complementam e beneficiam este tipo de resposta como, por exemplo: adquirir material de suporte para melhorar o transporte da alimentação; financiar a compra de material como marmitas; ajudas técnicas ou viaturas; financiar obras de requalificação dos equipamentos sociais e da própria habitação dos clientes (cf. EE1, Apêndice IV). Segundo dados do referido protocolo, em Setembro de 2006 estas instituições de solidariedade forneciam serviços no domicílio a 734 pessoas idosas e, em Janeiro de 2008, a 771 pessoas¹⁵², um acréscimo de 8,5% face ao ano anterior.

O Quadro 3.6 apresenta o número de habitantes com 65 ou mais anos das freguesias do concelho em 2001 e demonstra a projecção para o ano de 2011. Nele se pode constatar que o número de pessoas com 60 ou mais anos tende a aumentar cerca de 89%. Verificamos também que, em 2001, existiam 25 757 indivíduos com 65 ou mais anos e que a taxa de cobertura do SAD nesse grupo era de 2,8%. Esta taxa variava de freguesia para freguesia¹⁵³. Em Janeiro de 2008, estas instituições apoiavam 771 indivíduos. A taxa de cobertura deste serviço

¹⁵² Em Março do mesmo ano, foi estabelecido um novo acordo de cooperação para o SAD com uma nova instituição de solidariedade social. Actualmente, existem treze instituições a prestar este serviço (Câmara Municipal de Cascais, 2006 e 2008).

¹⁵³ Existiam duas freguesias que apresentam valores superiores, Alcabideche com 3,8% e S. Domingos de Rana com 4 %, e freguesias com valores inferiores: Carcavelos com 2,8%; Estoril com 2,7%; Parede com 2,5%; e Cascais com 1,4%.

correspondia, nessa data, a 3,1%, um acréscimo relativamente aos valores de 2006, conforme se expõe no Quadro 3.6.

Quadro 3.6 – Características sociográficas das freguesias e taxas de cobertura dos SADs

Freguesias	População com 65 e mais anos (Censo 2001)	Pessoas apoiadas em SAD em Setembro de 2006 ¹⁵⁴	Taxa de cobertura em Setembro de 2006	Pessoas apoiadas em SAD em Janeiro de 2008	Taxa de cobertura em Janeiro de 2008	Projeções da população com 60 e mais anos em 2011	Projeção da taxa de cobertura face aos números da população em 2011
Alcabideche	4.286	130	3,8%	118	2,8%	9285	1,8%
Carcavelos	2902	80	2,8%	83	2,9%	5788	1,4%
Cascais	5534	67	1,4%	84	1,5%	10687	0,7%
Parede	3774	110	2,5%	103	2,7%	5206	1,8%
S. Domingos de Rana	4293	200	4%	218	5%	10931	1,6%
Estoril	4338	147	2,7%	165	3,8%	6826	1,7%
Total	25757	734	2,8%	771	3,1%	48723	1,5%

Fonte: INE, 2001; INE, 2005a; Câmara Municipal de Cascais, 2006 e 2008

O relatório da autarquia (2008) apresenta uma noção mais alargada do tipo de cuidados prestados às pessoas idosas que usufruem dos cuidados destas instituições e que fazem parte do projecto de protocolo do concelho de Cascais. Dos dados apresentados podemos constatar que a higiene pessoal, com 27,9%, e a distribuição de refeições, com 27,7%, representam mais de metade dos cuidados prestados aos idosos. Verifica-se também que cerca de metade dos clientes usufruem de cuidados de higiene pessoal (57%) e de confecção e entrega de refeição no domicílio (56%). Segue-se a higiene da habitação/quarto (22,5%) e a higiene da habitação geral (9,2%), a pedicura e manicura (8,4%), a companhia (5,6%), a assistência na toma da refeição (5%) e o acompanhamento ao exterior para prestar vários serviços (4,9%) ou para assuntos relacionados com a saúde (4,8%).

Com valores inferiores aos anteriormente enunciados surge, por esta ordem, o tratamento de roupas, assistência na toma da refeição, a fisioterapia, o tratamento de roupas no domicílio, a aquisição de bens e serviços no exterior, o cabeleireiro e o acompanhamento ao exterior. As actividades com menos expressão, abaixo dos 2%, são o apoio psicológico, a

¹⁵⁴ Total de pessoas apoiadas com ou sem acordo de cooperação.

confeção da refeição no domicílio, as ajudas técnicas, a terapia ocupacional, a terapia da fala e o acompanhamento a actividades desportivas.

Vejamos de seguida a estrutura e organização dos serviços de apoio domiciliário estudados quanto às variáveis estudadas: o ano de surgimento, as pessoas apoiadas e os objectivos, a área da abrangência, os dias e horário de funcionamento, a tipologia dos cuidados disponíveis, as solicitações mensais e critérios de acesso, a equipa prestadora de cuidados, as competências e autonomia da coordenação, situando a profissão de ajudante de apoio domiciliário, as competências e formação e, por último, a evolução do SAD e as principais mudanças. Esta análise baseou-se na consulta do regulamento dos SAD (Apêndice I) e nas entrevistas realizadas à coordenação (Apêndice VII).

Ano do surgimento, pessoas apoiadas e objectivos

Os serviços de apoio domiciliário das instituições religiosas de tipo paroquial iniciaram a actividade na década de oitenta, um em 1980 e o outro em 1984, período em que surge este tipo de serviço em Portugal. As outras duas organizações, a Irmandade e a não religiosa, iniciaram os SAD em 1991 e em 1999, respectivamente. Esta última está associada ao investimento das políticas activas, como o PAII.

Para todas as instituições, o número de clientes inicial era escasso, variando entre 4 e 30 indivíduos¹⁵⁵ em cada instituição. Desde o surgimento do SAD até à actualidade, verificou-se um aumento substancial no número de pessoas apoiadas, que oscila entre as 64 e as 130. Segundo dados do protocolo de apoio domiciliário de Janeiro de 2008, o número de pessoas apoiadas nos SAD destas instituições era numa instituição religiosa paroquial de 101 clientes e na outra 64. Na irmandade 130 e na cooperativa de solidariedade 122 perfazendo 417 indivíduos apoiados¹⁵⁶.

Segundo o seu regulamento – Apêndice I – a finalidade dos SAD é prestar cuidados individualizados e personalizados no domicílio a indivíduos e familiares quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, aqueles não possam assegurar temporariamente a satisfação das suas necessidades básicas e actividades da vida diária. Consequentemente, procura melhorar a qualidade de vida das pessoas e famílias, prevenir situações de dependência e promover a autonomia, prestar cuidados de ordem física e apoio psicossocial

¹⁵⁵ O total de pessoas apoiadas no início de funcionamento destes SAD era cerca de 69.

¹⁵⁶ O total de pessoas que estas instituições apoiam é de 417, correspondendo a amostra a 50,83% do total de pessoas apoiadas pelas doze instituições do concelho.

para o equilíbrio e bem-estar, satisfazer as necessidades básicas e colaborar no acesso à prestação de cuidados de saúde. Os regulamentos destas instituições remetem a noção de SAD para o despacho conjunto de 62/1999 e não para a definição de SAD dos Manuais da Qualidade de 2005 (MTS, 2005). Significa que ainda estão longe de uma visão integrada e inovadora que se espera desta resposta social.

Quando questionámos os coordenadores sobre os objectivos do SAD, verificámos que estes se referiram a dois aspectos fundamentais: a satisfação das necessidades básicas e a promoção da qualidade de vida e integração social. No primeiro, é dada importância à manutenção da pessoa idosa no domicílio (EC1; EC2; EC3), à satisfação das necessidades de alimentação e higiene (EC1 e EC3), à promoção da independência e dignidade pessoal (EC1), à prestação dos cuidados de saúde e complementares (EC3). No segundo, é dada especial atenção à integração social, nomeadamente o acesso a outros serviços da comunidade (EC1 e EC2), o respeito pelas expectativas das pessoas (EC4) e a melhoria da qualidade de vida (EC2).

Quadro 3.7 – Objectivos

		Nº de respostas
Satisfazer as necessidades básicas	Alimentação e higiene	EC1; EC3
	Manutenção no domicílio/evitar a institucionalização	EC1; EC2; EC3
	Aumentar a independência	EC1
	Cuidados de saúde	EC3
	Dignidade pessoal	EC1
	Proporcionar serviços complementares	EC3
Promover a qualidade de vida e a integração social	Apoiar a integração social (acesso a outros serviços da comunidade)	EC1; EC2
	Atenção às expectativas pessoais – participação social dos indivíduos	EC4
	Melhorar a qualidade de vida	EC2

Fonte: Entrevistas aos coordenadores de SAD das instituições estudadas

Identificamos algumas diferenças quanto aos objectivos identificados. Todas as instituições religiosas, paroquiais e irmandade, consideram que estes se referem à satisfação das necessidades básicas (EC1; EC2; EC3). Os centros paroquiais revelam também a necessidade de apoio na integração social (EC1; EC2) e um deles identifica a melhoria da qualidade da resposta (EC2). Na cooperativa de solidariedade o objectivo identificado refere-se à satisfação das expectativas pessoais dos clientes (EC4).

Área de abrangência, dias e horário de funcionamento

A área de abrangência dos SAD contempla a freguesia e suas diversas localidades. Assim, as instituições de solidariedade religiosas e não religiosas respondem aos problemas das pessoas idosas e em situação de dependência nas freguesias onde estão implantadas, uma instituição religiosa paroquial responde aos problemas de várias localidades de uma freguesia e a cooperativa de solidariedade a localidades dentro de várias freguesias. Todos os SAD funcionam de segunda-feira a domingo, incluindo feriados. O horário apresenta pequenas diferenças entre as instituições estudadas: dois SAD têm um horário entre as 9h00 e às 18h00 e outros dois têm um horário rotativo que pode variar entre as 7h00 e as 16h00 e as 8h00 e as 17h00, conforme a disponibilidade das ajudantes familiares.

Tipo de cuidados disponíveis

Independentemente do ano do início da actividade, em todos os SAD, os serviços disponíveis podem ser tipificados como básicos instrumentais, complementares e especializados – Quadro 3.8. Os cuidados instrumentais são pessoais e incluem refeição ou distribuição de refeições e higiene pessoal (EC1; EC2; EC3; EC4). Os cuidados complementares são tipificados como pessoais, sociais e de saúde e têm como objectivo a integração da pessoa na família e comunidade (EC1; EC2; EC3; EC4). Incluem higiene doméstica, tratamento da roupa, pagamento de despesas, administração de medicamentos, compra de géneros alimentícios, acompanhamento a festas na instituição, encaminhamento para os recursos sociais, apoio social de voluntários, acompanhamento a consultas médicas, acompanhamento a actividades desportivas, passeios no exterior, transporte adaptado e férias. Os cuidados especializados são pessoais e familiares e referem-se ao apoio psicossocial quando existem conflitos familiares e aos cuidados de saúde continuados integrando a enfermagem e a fisioterapia (EC1, EC2 e EC4).

Do ponto de vista da coordenação, os cuidados de higiene do domicílio ou da habitação não são concebidos como um serviço básico, mas sim como um serviço complementar (EC1 e EC2). Esta questão é controversa para os coordenadores dos serviços, pois incluem-na no trabalho “de empregadas domésticas” ou “trabalho não profissional”, que pressupõe uma certa desqualificação da profissão de ajudante de apoio domiciliário. Tal entendimento permite aos coordenadores definir estratégias para prestar este tipo de cuidados. A higiene da habitação só é efectuada em situações prioritárias em que se verifique fragilidade social e disfuncionalidade das famílias ou onde não há suporte familiar ou outro informal, pois

segundo os mesmos, estes casos, sobretudo quando existe dependência grave, apesar de serem em menor número, por vezes monopolizam os serviços e consomem todos os recursos humanos e logísticos existentes nas instituições.

Quadro 3.8 – Tipo de cuidados disponíveis

			Nº de respostas	
Básicos	Pessoais	Refeição e distribuição de refeição (almoços e jantares)	EC1; EC2; EC3; EC4	
		Higiene pessoal	EC1; EC2; EC3; EC4	
Instrumentais	Pessoais	Higiene doméstica (mudança da roupa da cama, limpeza do quarto e da casa de banho)	EC1; EC2	
		Tratamento de roupas	EC1; EC2	
		Pagamento de despesas	EC2	
		Administração de medicamentos	EC4	
		Compras de géneros alimentícios	EC2; EC3	
	Sociais	Acompanhamento a festas organizadas na instituição de solidariedade	EC1; EC2; EC3	
		Encaminhamento para os recursos sociais da comunidade	EC2	
		Apoio social dos voluntários	EC2	
	Saúde	Acompanhamento a consultas médicas	EC2; EC3	
	Complementares	Pessoais, familiares e comunidade	Acompanhamento individualizado mediante as necessidades dos indivíduos	EC2; EC4
			Acompanhamento a actividades desportivas (hidroginástica e vela adaptada)	EC4
			Actividades de desenvolvimento pessoal: passeios ao exterior no âmbito do projecto de diminuição da solidão e isolamento	EC4
			Transporte adaptado	EC4
			Colónia de férias	EC4
	Especializados	Pessoais e familiares	Apoio psicossocial quando existem conflitos familiares	EC2
Cuidados continuados de saúde (enfermagem e intervenção terapêutica a nível da fisioterapia e apoio psicológico)			EC1; EC4	

Fonte: Entrevistas aos coordenadores de SAD das instituições estudadas

Solicitações mensais e critérios de acesso

O número de atendimentos e de solicitações varia entre os 15 e os 20 pedidos mensais. Porém, esse valor médio pode sofrer oscilações consoante os meses do ano. Destes pedidos, uns ficam em lista de espera, outros são encaminhados para diferentes instituições e outros são respondidos pela própria instituição. Então, quais são as normas e as regras, isto é, os critérios para aceder ao SAD? De uma forma geral, os coordenadores enunciam três critérios fundamentais: gerais, específicos e complementares – Quadro 3.9.

Os critérios gerais de acesso ao SAD que prevalecem nas instituições estudadas, sejam religiosas ou não religiosas, são o reconhecimento de situações de dependência (EC1; EC2; EC3; EC4), a inexistência de familiares cuidadores ou familiares disponíveis (EC1; EC2; EC4), o local de residência (EC1; EC2) e inexistência de outras redes sociais de suporte alternativas à família (EC2; EC4). Apesar de uma instituição religiosa paroquial identificar a idade como critério de acesso, o que acontece é que esta é secundarizada face a situações de dependência física, cognitiva e intelectual. Nos casos de deficientes grandes dependentes, este indicador é o que prevalece como critério de acesso (EC1).

Quadro 3.9 – Critérios de acesso

		Nº de respostas
Critérios gerais	Local de residência	EC1; EC2
	Idade	EC1
	Dependência	EC1; EC2; EC3; EC4
	Inexistência de recursos financeiros para aceder a outro tipo de resposta (mercado)	EC2
	Inexistência de familiares cuidadores ou familiares disponíveis	EC1; EC2; EC4
	Inexistência de outras redes sociais de suporte alternativas à família	EC2; EC4
	Existência de vaga	EC4
	Data do pedido/ordem de chegada	EC3
Critérios específicos	Fragilidade social (pessoas sem autonomia), capacidade de participar	EC4
	Famílias que não conseguem garantir o suporte por disfuncionalidade ou cansaço do cuidador familiar	EC1; EC4
	Pessoa idosa isolada e que vive só	EC4
	Pessoa deficiente mental sem estrutura familiar	EC4
	Familiares de clientes dos serviços	EC3
Critérios complementares	Sustentabilidade do serviço	EC2; EC4
	Princípio da justiça social (não discriminação)	EC2

Fonte: entrevistas aos coordenadores de SAD das instituições estudadas

Os critérios gerais de acesso estão interligados a critérios específicos referentes a índices de fragilidade social dos indivíduos, a “disfuncionalidades” familiares (EC1; EC4) a solidão e a situações de deficiência sem autonomia e sem estrutura familiar (EC4). Existe também o critério da filiação familiar. Por exemplo, quando o esposo tem serviços, a esposa tem prioridade no acesso (EC3). Os serviços estão direccionados para as pessoas idosas em situação de dependência e de risco social acentuado, porém não devem excluir as pessoas idosas que não estão em situação de grave fragilidade social, sobretudo se necessitarem de apoio e mostrarem ter um rendimento acima da média, pois estes indivíduos, segundos os

coordenadores, são um factor de sustentabilidade do SAD (EC2; EC4). Este é também um dos critérios complementares a ter em conta na acessibilidade ao SAD, assim como o princípio da justiça social (EC2).

Podemos identificar alguns padrões nos critérios de acesso aos serviços. O primeiro, salientado pelos coordenadores dos SAD de uma instituição religiosa paroquial (nº1) e da Irmandade, é a tendência para favorecer os critérios gerais e específicos, o que representa um reforço do apoio a situações de fragilidade social. O segundo, acentuado pelos coordenadores de outra instituição religiosa paroquial (nº2) e pela não religiosa, é a tendência para favorecer os critérios gerais e complementares, implicando uma ideia de sustentabilidade do serviço, por um lado, e de justiça social de acesso ao mesmo, por outro. O terceiro é a tendência para favorecer os três critérios, verificada na coordenação do SAD da instituição não religiosa.

O critério que os coordenadores privilegiam é o da necessidade de cuidados básicos, associada ao nível de dependência e inexistência familiar cuidador, mas também às disfuncionalidades familiares e aos níveis de pobreza relativa. Este tipo de procedimento alia-se à capacidade de resposta das instituições, isto é, à existência ou não de vaga para o serviço necessário em cada situação. Na verdade, a existência de vaga é o principal critério de acesso. Porém, em caso de impedimento, a coordenação define mecanismos para integrar os indivíduos, que podem ser: encaminhamento para outra instituição; ficar em lista de espera; e em último recurso “criar” vagas. Este último procedimento é comum sempre que os indivíduos revelem dependência acentuada, relacionada com os índices de fragilidade já identificados.

Então quem fica à espera? Sobretudo as pessoas que, no entender da coordenação do SAD, podem e querem aguardar pela prestação dos serviços porque ainda não manifestam índices de dependência e de fragilidade social acentuada. Nas instituições estudadas, a lista de espera só funciona para os casos que não revelam esses indicadores. Nos casos em que não é possível encaminhar para outra instituição, os coordenadores, tentam responder com os próprios recursos, criando estratégias para integrar mais uma pessoa de acordo com o horário disponível na instituição. Esta reorganização pode conduzir a uma sobrecarga da ajudante familiar e dos restantes recursos disponíveis.

A equipa prestadora de cuidados

Segundo a Carta Social (MTS, 2000: 280-281) relativa aos recursos humanos na área dos equipamentos para pessoas idosas, designadamente na área dos cuidados no domicílio, as equipas técnicas são compostas pelo director/coordenador, perfazendo quase 50% dos recursos

humanos técnicos, pelos técnicos de Serviço Social com 10 % e por outros profissionais, como enfermeiro, professor, médico, educador, monitor, terapeuta e professor de educação física com os restantes 40%. Mas se os coordenadores são preferencialmente assistentes sociais, os prestadores dos cuidados domiciliários são maioritariamente ajudantes familiares, denominados actualmente ajudantes de apoio domiciliário. Nas organizações estudadas, mantém-se essa tendência, mas existem excepções. Nos SAD estudados, as equipas são compostas por assistentes sociais, ajudantes de apoio domiciliário, auxiliares de ajudantes de apoio domiciliário, técnicos de fisioterapia e fisioterapeuta.

Quadro 3.10 – Composição da equipa

Profissionais de cuidados	Instituições religiosas			Instituição não religiosa	Total
	Centro Comunitário (1)	Centro comunitário (2)	Irmandade	Cooperativa de Solidariedade	
Coordenadores do SAD	1 Assistente Social	1 Assistente Social	1 Assistente Social	1 Assistente Social	4
Ajudantes de apoio domiciliário	7	5	15	10	37
Auxiliares de ajudantes de apoio domiciliário	0	0	0	6	6
Técnicos de fisioterapia/fisioterapeutas	0	0	1	1	2
Total	8	6	17	18	49

Fonte: entrevistas aos coordenadores de SAD das instituições estudadas

Nas instituições religiosas paroquiais, as equipas são compostas exclusivamente por assistentes sociais e ajudantes de apoio domiciliário, e nas outras duas instituições as equipas são compostas por assistentes sociais, ajudantes de apoio domiciliário, um técnico de fisioterapia e, no segundo caso, por um fisioterapeuta. Além destas categorias profissionais, na instituição não religiosa, as equipas incluem profissionais com uma deficiência mental ligeira que exercem a função de auxiliar de ajudante familiar. Esta boa prática visa não só integrar os cidadãos portadores de deficiência no mercado de trabalho, mas também promover outro tipo de cuidados, tais como limpeza do domicílio, tratamento de roupa e outras tarefas complementares.

Se tivermos em conta o número efectivo de clientes do SAD dado pelo projecto da autarquia em 2008, verificamos que o rácio entre estes e a coordenação é menor nas instituições religiosas paroquiais, com 1 coordenador para 64 clientes numa instituição religiosa paroquial e um coordenador para 101 utentes na outra. O rácio é maior na Irmandade, com 1 coordenador para 130 clientes, assim como na instituição não religiosa, com um

coordenador para 122 clientes. Em qualquer dos casos, parece exagerado o número de clientes para um único coordenador de SAD, já para não falar dos profissionais de fisioterapia (técnicos ou fisioterapeutas) existentes nestas duas últimas instituições.

Se realizarmos a mesma análise para os profissionais que prestam os cuidados, verificamos que, ao contrário da coordenação, aqueles que têm mais clientes são os que, conseqüentemente, têm um rácio mais baixo. Se excluirmos o coordenador, existe numa instituição religiosa paroquial uma relação de 7 profissionais para 101 clientes (rácio de 14,4 clientes por ajudante de apoio domiciliário), e na outra uma relação de 5 profissionais para 64 clientes (rácio de 12,8 por ajudante de apoio domiciliário), na Irmandade uma relação de 15 profissionais para 130 clientes (rácio de 8,6 por ajudante de apoio domiciliário) e na Cooperativa de Solidariedade uma relação de 16 profissionais para 122 clientes (rácio de 7,6 por ajudante de apoio domiciliário e auxiliar de ajudante familiar). Constata-se, assim, que este rácio (ajudantes de apoio domiciliário) é mais baixo nas instituições com maior complexidade e mais alto nas instituições com menor complexidade.

Competências e autonomia da coordenação

A acção do assistente social insere-se numa organização com atribuições legalmente definidas. Deste modo, o profissional responsável pelo SAD tem competências de intervenção indirecta e de intervenção directa integrada. A primeira diz respeito à coordenação da equipa e à organização das respostas, a segunda à intervenção e controlo da concretização dos cuidados – Quadro 3.11. A coordenação da equipa, função enunciada por todos os coordenadores das instituições estudadas, engloba a organização e planificação do trabalho de equipa (EC1; EC2; EC3), a recolha de informação essencial à equipa alargada (ajudantes familiares) (EC3 e EC4), o acompanhamento da prestação dos cuidados na reunião de equipa (EC2) e, por vezes, o levantamento de processos disciplinares (EC4). Quanto à organização da resposta, esta refere-se à elaboração de instrumentos indispensáveis à organização do serviço (EC1, EC2, EC3), à avaliação da qualidade do serviço (EC1), à elaboração de plano de actividades (EC3), à gestão do orçamento e à procura de fontes de financiamento (EC4). A maioria dos coordenadores valoriza a tarefa de elaborar instrumentos de trabalho pois, como já foi referido, estes SAD estão a ser objecto de uma intervenção nesse sentido em parceria com a autarquia. Apesar dessa mais-valia, identificam essa tarefa como um esforço burocrático que os impede de acompanhar com mais efectividade a prestação de cuidados (EC2, EC4).

Quadro 3.11 – Funções da coordenação

		Nº de respostas
Coordenar a equipa	Organizar e planificar o trabalho de equipa (distribuir horários e clientes)	EC1; EC2; EC3
	Solicitar apoio através de informação privilegiada da equipa alargada (saber especializado)	EC3; EC4
	Acompanhar as situações dos clientes nas reuniões de equipa	EC2
	Levantar processos disciplinares	EC4
Organizar a resposta	Elaborar os instrumentos indispensáveis à organização do serviço (regulamento, contrato)	EC1; EC2; EC3
	Avaliar a qualidade do serviço	EC1
	Elaborar o plano de actividades	EC3
	Elaborar e gerir o orçamento	EC4
	Procurar fontes de financiamento para projectos específicos	EC4
Intervir junto dos clientes dos serviços	Elaborar o diagnóstico inicial	EC1; EC2
	Admitir os clientes	EC4
	Preencher os instrumentos de sistematização da informação (organizar processos sociais: plano e contrato)	EC4
	Realizar visitas domiciliárias	EC1
	Articular com os recursos da comunidade (Centro de Saúde)	EC3
	Supervisionar a prestação de cuidados	EC2

Fonte: Entrevistas aos coordenadores de SAD das instituições estudadas

A intervenção junto dos clientes dos serviços e seus familiares inclui um pré-diagnóstico inicial (EC1 e EC2) determinante para a admissão, ou não, dos sujeitos. A admissão implica o preenchimento de instrumentos de sistematização da informação (EC4). Por vezes também inclui a visita domiciliária (EC1), a articulação com os recursos da comunidade (EC3) e a supervisão dos cuidados prestados (EC2). A coordenação tem uma relativa autonomia na coordenação e na intervenção mas existem procedimentos que são da responsabilidade dos órgãos directivos das instituições – Quadro 3.12.

Quadro 3.12 – Responsabilidades da direcção

		Nº de respostas
Organizar o processo de trabalho	Aprovação de instrumentos (contrato, regulamento, ficha do processo, questionário de avaliação)	EC1
Avaliar o processo de trabalho	Aprovação do plano de actividades	EC1
	Aprovação do relatório de actividades	EC1
	Reuniões de partilha do saber e de motivação (ponto da situação do SAD)	EC2; EC3; EC4
Gerir a parte financeira e os recursos humanos	Aprovação do orçamento do serviço	EC3; EC4
	Admissão de pessoal e contratos	EC3; EC4

Fonte: Entrevistas aos coordenadores de SAD das instituições estudadas

Os procedimentos que são da competência da direcção dizem respeito a decisões de organização, avaliação do processo de trabalho e de acompanhamento, à gestão financeira e aos recursos humanos. A direcção é responsável pela aprovação dos instrumentos de trabalho, dos planos, dos relatórios de actividades (EC1), assim como por supervisionar o SAD em reuniões periódicas (EC2; EC3; EC4). Também a aprovação do orçamento, a admissão de pessoal e a realização de contratos de trabalho são suas funções (EC3 e EC4). Nas instituições religiosas de tipo paroquial dá-se mais importância à partilha e transmissão do conhecimento e à aprovação dos instrumentos de trabalho. De facto, a primeira instituição é uma das únicas a ter esses instrumentos já consolidados. Nas outras duas instituições, a Irmandade e a instituição não religiosa, a responsabilidade da direcção centra-se no acompanhamento do serviço, na aprovação do orçamento, na elaboração de contratos e admissão de pessoal.

A profissão de ajudante de apoio domiciliário

Esta profissão desenvolve-se no espaço privado das pessoas idosas, a sua casa, e faz a articulação com o espaço público, representada pela organização prestadora de cuidados (Caradec, 1996; Duriez, 1996). Estes autores consideram que esta profissão tem algumas particularidades decorrentes, em primeiro lugar, da entrada no espaço doméstico e no espaço de intimidade da família, em segundo lugar, do seu conteúdo funcional de tarefas “domésticas”, mas não de empregada doméstica, e em terceiro, do tempo de intervenção, que pode ser longo e até tornar-se “quase permanente”.

O trabalho desempenhado por estas profissionais não se limita às tarefas “domésticas” próprias da vida quotidiana. Implica uma dimensão social sócio-relacional que as transforma em tarefas técnico-relacionais. A finalidade principal da ajuda domiciliária é manter a integridade e a coesão familiar, completando ou substituindo os cuidadores pessoais quando estes se encontram com alguma restrição de capacidade, ou complementando os cuidadores familiares prestados no sentido de promover um envelhecimento bem sucedido.

Existem vários tipos de relações que se estabelecem entre as ajudantes domiciliárias, a pessoa idosa e a sua família. Por exemplo, o estudo efectuado por Caradec (1996) chega à conclusão de que existem duas formas de construção desta relação com a pessoa idosa, uma por habituação e outra por familiarização. A primeira centra-se nas tarefas predefinidas, não existindo uma partilha de territórios quer para a ajudante familiar, quer para a pessoa idosa, sendo a relação estritamente profissional. A segunda vai para além da execução das tarefas

predefinidas e a ajudante familiar torna-se confiante e amiga, assumindo funções que vão muito além dessas tarefas.

Esta tipologia de relações depende mais das características das pessoas idosas, das características pessoais e profissionais das ajudantes familiares e da empatia que se estabelece ou não entre elas do que de outros factores, como o grau de dependência ou independência ou a situação económica e/ou familiar do clientes do serviço. Estas relações também são comuns com os membros cuidadores da família – mas podem ser inexistentes, quando a família se demite das suas funções, ou podem complementar as suas funções, quando esta está presente no processo de cuidar da pessoa idosa dependente.

Competências e formação das ajudantes de apoio domiciliário

Nas instituições estudadas, as ajudantes de apoio domiciliário são todas mulheres em idade activa, entre os vinte e os cinquenta anos, com grau de escolaridade diverso, predominando o ensino básico e o ensino secundário. Estas profissionais prestam cuidados pessoais e sociais no domicílio da pessoa idosa e são as que, no quotidiano, estão mais próximas dos seus problemas. Esta profissão insere-se nas categorias de ajudantes de cuidados pessoais, ou de acção directa, que inclui as ajudantes de lar, de centro de dia, de internato, ajudantes familiares e ajudantes de apoio domiciliário.

Estas profissionais têm especificamente a tarefa de prestar cuidados de higiene e conforto e tratar das refeições no domicílio, cabendo-lhes ainda a função de acompanhar os clientes nas suas deslocações ao exterior (MTS, 2000). O Instituto para a Qualidade na Formação (2005) definiu algumas competências desta profissão, competindo-lhes prestar cuidados de apoio directo às pessoas ou famílias, colaborando na promoção da saúde, na prevenção da doença e da dependência, respeitando as indicações da equipa técnica e os princípios deontológicos.

Cabe-lhes: informar os clientes dos serviços e cuidados que estão ao seu dispor; prestar cuidados de saúde e de higiene; proceder à higienização e arrumação dos espaços; instalações e equipamento; controlar a manutenção das condições de higiene e salubridade; efectuar a manutenção física dos clientes; promover a mobilidade e a adopção de posturas correctas; zelar pelas condições de conforto dos clientes; colaborar na prevenção da monotonia, do isolamento e da solidão; promover a participação no seu projecto de vida; apoiar a realização de actividades de animação; colaborar na prevenção de acidentes domésticos; vigiar e controlar a saúde do cliente; verificar a toma de medicamentos; orientar e transmitir

conhecimentos aos familiares sobre os cuidados a ter com a pessoa idosa; e articular a sua acção com a equipa técnica face às informações que possuem acerca da situação dos clientes e família (Instituto para a Qualidade na Formação, 2005).

Dado o crescimento do número de serviços de apoio domiciliário, esta categoria profissional tem aumentado em número e o mesmo acontece com a oferta formativa. Estes profissionais representam a maior percentagem dos recursos humanos não técnicos, nestas instituições de solidariedade. No que diz respeito aos serviços de apoio domiciliário e segundo dados da Carta Social (MTS, 2000: 281), esta categoria profissional representa cerca de 60% do pessoal não técnico, seguindo-se outro pessoal auxiliar, os cozinheiros, os administrativos, os motoristas, os barbeiros e outros.

Na última década, esta categoria profissional aumentou quantitativamente devido ao crescente número de serviços pessoais e domésticos nas organizações não lucrativas¹⁵⁷ (Guerreiro, 2001). A importância da prestação de cuidados requer das ajudantes de apoio domiciliário um perfil ou competências pessoais e sociais adequadas ao seu exercício profissional (Instituto para a Qualidade na Formação, 2005). Além de saberes técnicos sobre cuidados pessoais e gestão do quotidiano e de conhecimentos teóricos sobre matérias fundamentais como geriatria, fisioterapia, enfermagem e deontologia profissional, as ajudantes de apoio domiciliário devem possuir o saber-fazer sócio-relacional que lhes permita articular a sua acção com a pessoa a cuidar, a família e a restante equipa prestadora de cuidados.

No caso dos SAD estudados, a formação frequentada é sobretudo na área da geriatria (técnicas de levante, de cuidar de feridas e primeiros socorros) em todas as instituições estudadas (EC1; EC2; EC3; EC4). Algumas delas também investem na formação na área gerontológica de apoio no luto e na morte (EC1) e nas relações humanas (EC2). A formação é ministrada, segundo os coordenadores, pelo menos uma vez por ano, apesar de não contemplar todas as ajudantes de apoio domiciliário, e é realizada em contexto de trabalho a partir da experiência prática. Estes tipos de conteúdos são manifestamente insuficientes para promover uma prestação de cuidados que se quer de qualidade.

Da análise depreende-se que as profissões que prestam cuidados às pessoas idosas são pouco qualificadas e há pouco investimento em formação. A explicação para este não investimento pode estar na ideia de que qualquer pessoa, sobretudo as mulheres, pode prestar cuidados aos idosos, o que revela uma certa desvalorização de uma actividade que é intensiva,

¹⁵⁷ Por exemplo, em 1991, a categoria de vigilante de crianças, ajudantes familiares e técnicos de serviço social tinha 0,7% no total do país, e em 1998 tinha 1,9%, sendo das profissões na área dos serviços pessoais e domésticos a que registou um aumento mais significativo (Guerreiro, 2001).

mal paga e dominada pelo trabalho manual das mulheres (cf. Moss e Cameron, 2002: 20). Segundo estes autores, parte-se do princípio de que qualquer pessoa com uma “certa aptidão, para cuidar, inata, é capaz de o executar” e não se promove uma formação mais alargada, intensiva e continuada, isto é, ao longo da vida, para estes profissionais.

Evolução dos SAD e principais mudanças

Apesar de a formação ser deficitária e ainda não estar devidamente consolidada nesta área dos cuidados centrando-se muito em questões operacionais do cuidar, os coordenadores destas organizações consideram, apesar de tudo, que as principais mudanças nos SAD dizem respeito – Quadro 3.13 – à qualificação profissional (EC1 e EC3), ao aumento dos recursos humanos (EC1 e EC2), às mudanças no processo de intervenção (EC1; EC2; EC3; EC4), ao aumento da necessidade de cuidados das pessoas idosas (EC2, EC3, EC4) e à maior diversidade de respostas (EC1; EC2; EC3; EC4).

Quadro 3.13 – Principais mudanças

		Nº de respostas
Qualificação escolar e profissional	Formação contínua e específica na área dos idosos	EC1
	Escolaridade das ajudantes familiares	EC3
Aumento dos recursos humanos	Número de profissionais com qualificação superior na instituição	EC1; EC2
	Número de ajudantes de apoio domiciliário	EC2
Mudanças no processo de intervenção	Organização de instrumentos de trabalho (contrato/regulamento/ficha do processo)	EC1; EC2; EC3; EC4
	Formalização da intervenção e implicação dos clientes e familiares nesse processo (contrato)	EC1; EC2; EC3; EC4
	Competências técnicas reflexivas	EC1; EC4
Aumento da necessidade de cuidados nas pessoas idosas	Número de clientes dos serviços	EC2; EC3
	Alargamento territorial	EC3
	Mais atenção às pessoas idosas	EC4
Diversificação das respostas (mais diversidade e articulação)	Respostas institucionais próprias (projectos)	EC1; EC2; EC4
	Recursos logísticos próprios (carrinha/marmitas)	EC1; EC2; EC3
	Respostas sociais e de saúde – parcerias	EC1; EC2

Fonte: Entrevistas aos coordenadores de SAD das instituições estudadas

As mudanças no processo de intervenção foram identificadas por todos os coordenadores sendo as mais frequentes as que dizem respeito à organização e racionalização do processo através de instrumentos tais como o regulamento, à ficha de processo social, que inclui a avaliação diagnóstica, ao plano de cuidados, ao contrato e à avaliação do plano de cuidados. O facto destas mudanças terem sido identificadas em primeiro lugar relaciona-se com a participação no projecto em que estão envolvidas de qualificação da resposta SAD. Em

seguida surge o aumento da diversidade das respostas, sobretudo as respostas da própria instituição, mas também recursos sociais da comunidade e ainda a qualificação escolar e profissional dos recursos humanos e o aumento da necessidade de cuidados por parte das pessoas idosas.

Quadro 3.14 – Factores de mudança

	Nº de respostas
Parcerias e poder local	EC1
Alargamento da equipa técnica permitiu centrar a intervenção nos clientes do serviço	EC1
Comportamento dos técnicos (postura de trabalho)	EC4
Aumento da informação acerca da questão das pessoas idosas	EC2
Maior consciência dos clientes sobre os direitos sociais	EC2
Aumento dos serviços	EC3
Maior abertura à mudança por parte das instituições de solidariedade	EC1

Fonte: Entrevistas aos coordenadores de SAD das instituições estudadas

Para esta mudança contribuíram factores de mudança – Quadro 3.14, como o desenvolvimento de parcerias com o poder local, o alargamento da equipa técnica, que permitiu um questionamento crítico da intervenção e uma abertura à mudança por parte das instituições (EC1), o maior conhecimento da questão das pessoas idosas e maior consciência dos cliente sobre os direitos (EC2) assim como ao comportamento dos técnicos (EC4) e ao aumento dos serviços (EC3). Estes factores de mudança são mais visíveis nas instituições religiosas paroquiais (EC1 e EC2) do que nas outras (EC3 e EC4).

Visão de conjunto dos SAD estudados

A maioria dos SAD surgiram de alterações legislativas do início da década de oitenta que incidiram na estrutura e funcionamento das IPSS, assim como das políticas activas na década de noventa. A implementação dos serviços de apoio domiciliário nas instituições de solidariedade fez-se a partir da identificação de carências sociais associadas a situações de dependência acentuada e os serviços prestados visam atenuar as mesmas e não a promoção da participação e escolha dos clientes (autonomia do indivíduo e familiar cuidador). Os dados revelam que existe, da parte dos responsáveis, uma baixa expectativa quanto à participação das pessoas idosas no processo de intervenção do SAD.

Os objectivos dos SAD centram-se na satisfação das necessidades básicas e na promoção da qualidade de vida e da integração social. Todas as instituições dispõem de

cuidados básicos instrumentais, complementares e especializados, mas os primeiros são predominantes face aos outros dois. Para aceder aos SAD, foram identificados critérios gerais, específicos e complementares. Nos primeiros incluem-se situações de dependência seguidas da inexistência de familiares cuidadores, o segundo compreende a disfuncionalidade familiar e o terceiro a sustentabilidade do serviço.

As equipas dos SAD são compostas em geral por assistentes sociais e ajudantes de apoio domiciliário, não existindo diversidade de profissionais que se possam constituir como equipa multidisciplinar (excepto numa das instituições que inclui também auxiliares de ajudantes e um fisioterapeuta). A coordenação tem como função a gestão da equipa, a organização do serviço e a intervenção directa junto dos clientes. Existe um coordenador por cada SAD em todas as instituições, independentemente do número de clientes e de elementos da equipa de ajudantes de apoio domiciliário. O rácio da coordenação varia de instituição para instituição, favorecendo os que têm menos clientes, isto é, as instituições religiosas paroquiais. Já o rácio das ajudantes de apoio domiciliário favorece as instituições com maior número de clientes, com claro privilégio para os clientes das instituições não religiosas, seguidas da Irmandade.

A coordenação da equipa centra-se na organização da prestação de cuidados e na supervisão dos mesmos. Além da coordenação dos SAD, verifica-se que não há uma coordenação local destes recursos. Apesar da rede social existente no concelho, esta não tem a finalidade de coordenar estes recursos sociais de modo explícito. Não existe uma coordenação intermédia regional que potencie os recursos de uma forma mais alargada e organizada, como acontece na rede de cuidados continuados de saúde.

Desde o surgimento até à actualidade, as mudanças nos SAD foram substantivas, sobretudo no número de pessoas apoiadas, no processo de intervenção, no aumento das necessidades de cuidados das pessoas idosas e na diversidade de respostas. Estas mudanças foram possíveis pelo desenvolvimento de parcerias, alargamento da equipa técnica e das ajudantes de apoio domiciliário, assim como pela maior informação e formação sobre dependência nas pessoas idosas, aumento da necessidade de cuidados e maior consciência dos clientes dos recursos existentes face às questões que lhes dizem respeito.

Esta resposta orienta-se para a resolução de problemas sociais e para as necessidades expressas e sentidas, quando estas já estão instaladas, isto é, quando um público-alvo é identificado como dependente física, cognitiva e intelectualmente, isolado, sem recursos económicos, sem apoio, sem capacidades para as AVD e AIVD e em situação de fragilidade

social. Identificadas estas incapacidades, as instituições tendem a adequar os recursos disponíveis às necessidades das pessoas idosas. Este tipo de organização e funcionamento está mais próximo da ideia de autonomia como promoção da independência para as AVD e AIVD do que da autonomia como participação e escolha.

Os SAD destas instituições surgiram para prestar cuidados sociais a pessoas idosas e muito idosas e têm-se mantido homogêneos, em termos de organização e de funcionamento, apesar das novas orientações da política como o PAII, os cuidados continuados e a qualidade dos cuidados. Os cuidados destes SAD incidem sobretudo na satisfação das necessidades básicas – alimentação e higiene pessoal – e são unidisciplinares, isto é, não têm recursos humanos com formação diversificada nem especializada. Com esta escassez de recursos humanos e logísticos, estas instituições com SAD tendem a actuar no grupo de pessoas idosas que revelam mais dependências, mais restrição de capacidade e mais fragilidade social, no sentido da sobrevivência e não da emancipação ou capacitação de acordo com o princípios do envelhecimento activo.

A disciplina que predomina é o Serviço Social, por ser a formação mais apta a desenvolver acções de coordenação e de intervenção junto da população-alvo pré-definida pelas instituições, e a maioria dos profissionais que prestam os cuidados são ajudantes de apoio domiciliário. Estas nem sempre têm escolaridade e formação suficiente ou adequada às exigências do serviço e às necessidades dos clientes e seus familiares cuidadores. Verifica-se insuficiência de recursos humanos com formação diversificada para responder ao que se espera de uma política de cuidados domiciliários integrada e articulada.

O acesso a este serviço não é universal, os critérios privilegiam as situações de dependência, ou de fragilidade social por escassez de rendimento, indisponibilidade ou inexistência de familiares, assim como índices de solidão e isolamento acentuados. Estes critérios são definidos pelas instituições e pelos coordenadores como forma de controlar o acesso e promover a manutenção do serviço. Vejamos de seguida a estrutura e organização do SAD nas variáveis estudadas, tendo em conta a tipologia das instituições (maior ou menor complexidade).

5 – Manutenção, alargamento e diversidade: tipologia de serviços de apoio domiciliário

Para procedermos à análise das tipologias do SAD tivemos em conta a maior ou menor complexidade das instituições estudadas. A partir deste referencial consideramos as seguintes variáveis relativamente à organização e funcionamento dos SADs: surgimento e objectivos, espaço de implementação, serviços disponíveis, critérios de acesso, autonomia da coordenação, composição da equipa e rácios e inovações introduzidas – Quadro 3.15 e Quadro 3.16.

Quadro 3.15 – Organizações com menor complexidade*Tipologia de SAD

Organizações	Surgimento e objectivos do SAD	Espaço de implementação do SAD	Serviços disponíveis no SAD	Crítérios de acesso ao SAD	Autonomia da coordenação, composição da equipa e rácios do SAD	Inovação na organização do SAD	Tipologia de SAD
Menor complexidade	Surgiu em 1980. O Objectivo satisfazer as necessidades e promover a qualidade de vida	O espaço territorial é fragilizado e os recursos comunitários são escassos	Higiene pessoal, a refeição ao domicílio, a higiene habitacional, o tratamento de roupas e a articulação com os cuidados continuados	O local da residência, a idade e a dependência, a fragilidade social e disfuncionalidades familiares, o isolamento e a solidão	Acto de coordenação, organização e intervenção mas a direcção controla os através da aprovação ou não de instrumentos de trabalho, do plano e do relatório de actividades. 1 Assistente social e 6 ajudantes de apoio domiciliário. Rácio (14 clientes por Ajudante Familiar)	Candidatura ao PAII em 1998. Aumento dos recursos e logísticos da instituição, aumento das parcerias, da e aumento das competências técnicas da intervenção	Manutenção / Sustentação
	Surgiu em 1984 e o objectivo satisfazer as necessidades básicas das pessoas idosas dependentes e promover a sua qualidade de vida.	Espaço territorial privilegiado com recursos comunitários alargados	Higiene pessoal, a refeição ao domicílio, a higiene habitacional, o tratamento de roupas e a articulação com os cuidados continuados, o acompanhamento a consultas e voluntariado	Local de residência, idade, dependência, pobreza e inexistência de redes de suporte alternativas. Também a sustentabilidade do serviço e o princípio da não discriminação no acesso	Têm autonomia para procederem a actos de coordenação, organização e intervenção mas a direcção controla os através de reuniões periódicas. Assistente social e 6 ajudantes de apoio domiciliário. Rácio (12,8 clientes por ajudante familiar)	Aumento dos recursos humanos e logísticos da instituição, melhoria das parcerias, e organização dos processos de trabalho e da formação contínua	Alargamento relativo

A primeira tipologia identificada, da manutenção/sustentação, corresponde a um SAD de uma instituição religiosa paroquial onde a tendência organizativa é para a “manutenção da oferta” não em função das necessidades do meio mas dos objectivos estabelecidos na organização – diminuir as carências (Nunes, et al., 2001: 134). A estrutura e o funcionamento do SAD orientam-se para a manutenção dos cuidados. O serviço de apoio domiciliário surgiu no mesmo ano em que a instituição foi fundada, no início da década de oitenta. Tem como

objectivo fundamental satisfazer as necessidades básicas das pessoas idosas dependentes e promover a qualidade de vida.

Integra-se num espaço territorial fragilizado, uma localidade no interior do concelho de Cascais, onde os recursos são escassos e o rendimento *per capita* é muito inferior ao das freguesias do litoral. Os serviços disponibilizados pelo SAD compreendem a higiene pessoal, a refeição ao domicílio, a higiene habitacional, o tratamento de roupas e a articulação com os cuidados continuados. Os critérios de acesso ao SAD variam entre os gerais e os específicos. Os primeiros consideram o local da residência, a idade e a dependência em simultâneo, e os segundos incluem aspectos mais subjectivos como a fragilidade social e disfuncionalidades familiares, o isolamento e a solidão.

Os profissionais de Serviço Social têm autonomia para proceder a actos de coordenação, organização e intervenção mas a direcção controla-os através da aprovação ou não de instrumentos de trabalho, do plano e do relatório de actividades. Actualmente, a equipa do SAD é composta por 1 assistente social e 6 ajudantes de apoio domiciliário. O rácio de pessoas apoiadas face ao número de funcionários é elevado, cerca de 14 utentes por ajudante de apoio domiciliário. A escolaridade das ajudantes familiares situa-se entre o primeiro ciclo do ensino básico e o secundário, sendo este nível de escolaridade menos frequente. A formação profissional que frequentam não é exclusivamente de geriatria e integra também aspectos relacionados com as relações humanas. Este SAD beneficiou uma candidatura ao PAII com conseqüente aumento dos recursos humanos e logísticos da própria instituição, das respostas sociais a nível das parcerias. Também tem beneficiado em termos de projecto da autarquia na aquisição de competências técnicas reflexivas adquiridas através da formalização da intervenção, como por exemplo a organização dos processos de trabalho.

A segunda tipologia corresponde a um SAD de uma instituição religiosa paroquial onde subsiste a preocupação em organizar e desenvolver os cuidados acordo com as “necessidades envolventes” (Nunes, et al., 2001: 133), promovendo actividades alargadas, ainda que de uma forma relativa. Este SAD foi criado em 1984 e é posterior à fundação da instituição, apesar de não ter tido grandes transformações organizativas até à actualidade. Tem como objectivo satisfazer as necessidades básicas das pessoas idosas dependentes e promover a sua qualidade de vida. Integra-se num espaço territorial privilegiado, uma freguesia do litoral do Concelho, onde os recursos são alargados e o rendimento *per capita* é superior ao das freguesias do interior.

Os cuidados disponíveis abrangem a higiene pessoal, a refeição ao domicílio, a higiene habitacional, o tratamento de roupas e a articulação com os cuidados continuados, o acompanhamento a consultas e voluntariado. Os critérios de acesso ao SAD variam entre gerais e complementares. Os gerais consideram aspectos objectivos como local de residência, idade, dependência, pobreza e inexistência de redes de suporte alternativas. Os critérios complementares têm em conta a preocupação com a sustentabilidade do serviço e o princípio da não discriminação no acesso ao mesmo.

Tal como na tipologia anterior os profissionais de Serviço Social têm autonomia para procederem a actos de coordenação, organização e intervenção mas a direcção controla-os através de reuniões periódicas. A equipa é composta exclusivamente por 1 assistente social e 6 ajudantes de apoio domiciliário. O rácio de pessoas idosas apoiadas por ajudante de apoio domiciliário é de 12,8. A escolaridade das ajudantes familiares varia entre o primeiro ciclo do ensino básico e o secundário, sendo este nível de escolaridade menos frequente. A formação profissional que frequentam é exclusiva na área da geriatria.

Tal como os outros SAD este tem beneficiado do projecto da autarquia do qual resultam alterações associadas ao: aumento dos recursos humanos e logísticos da própria instituição, respostas sociais a nível das parcerias, formalização da intervenção com a organização dos processos de trabalho e da formação contínua. Estas alterações têm permitido um aumento da informação sobre a resposta do SAD. De salientar que este SAD é o único que funcionava com os instrumentos de gestão já identificados.

A terceira tipologia, explicitada no Quadro 3.16, corresponde à Irmandade da Misericórdia, onde há uma preocupação em desenvolver actividades também com as necessidades do meio. Nestes últimos anos tem-se assistido a um alargamento substancial do número de recursos edificados ou contratualizados com o estado, cuidados disponíveis e de pessoas apoiadas e equipas alargadas e especializadas. Além dessa característica inclui uma ampla variedade de valências na área das pessoas idosas, de carácter local e nacional, que podem ser mobilizadas sempre que a resposta SAD seja insuficiente. Denominámos este sub perfil de alargamento substantivo.

O serviço de apoio domiciliário iniciou a sua actividade na década de 90 e pode articular-se com outros suportes complementares disponíveis na instituição para os idosos, tais como lares, centros de dia e convívio e cuidados continuados. O principal objectivo continua a ser o da satisfação das necessidades básicas associado a carências. Integra-se num espaço territorial privilegiado, uma freguesia do litoral, em termos de recursos sociais e de

rendimento *per capita*. Os serviços disponíveis no SAD incluem a higiene pessoal, a refeição ao domicílio, a higiene habitacional, o tratamento da roupa e a fisioterapia. Os critérios de acesso ao SAD situam-se entre gerais e específicos. Os gerais estão associados às situações de dependência e a data de entrada do pedido, os específicos à proximidade de familiares que utilizam os serviços.

Quadro 3.16 – Organizações com maior complexidade*Tipologia de SAD

Organizações	Surgimento e objetivos do SAD	Espaço de implementação do SAD	Serviços disponíveis no SAD	Crítérios de acesso no SAD	Autonomia da coordenação, composição da equipa e rácios no SAD	Inovação na organização do SAD	Tipologia de SAD
Maior complexidade	Surgiu na década de 90 com o objectivo de satisfazer das necessidades básicas associado a carências	Inserse-se num espaço territorial privilegiado com recursos comunitários alargados	Higiene pessoal, a refeição ao domicílio, a higiene habitacional, o tratamento da roupa e a fisioterapia	Situações de dependência e a data de entrada do pedido, a proximidade de familiares que utilizam os serviços	Autonomia para proceder a actos de coordenação, organização mas a direcção controla-os sobretudo através de reuniões periódicas, na aprovação do orçamento e na admissão ou não de pessoal. 1 Assistente social e 15 ajudantes de apoio domiciliário, um técnico de fisioterapia. Rácio (8,6 clientes por Ajudante Familiar)	O SAD articular-se com o lares e cuidados continuados da instituição. O aumento: dos recursos humanos e logísticos, dos processos de trabalho; aumento da escolaridade das ajudantes familiares	Alargamento Substantivo
	Surgiu em 1998 e tem como objectivo principal satisfazer as necessidades básicas e promover a qualidade de vida das pessoas idosas dependentes	Inserse-se tanto em espaço territoriais privilegiados com recursos alargados como em espaço territoriais fragilizados	Higiene pessoal, refeição no domicílio, higiene habitacional, tratamento da roupa e articulação com os cuidados continuados e desenvolve projectos de diminuição do isolamento em SAD	Dependência, inexistência de cuidadores disponíveis e de outras redes sociais de suporte alternativas à família e existência de vaga, fragilidade social, isolamento, deficiência mental, e a sustentabilidade do serviço	A gestão da empresa social SAD é da responsabilidade da coordenação mas a direcção controla através de reuniões periódicas, na aprovação do orçamento e na admissão de pessoal. 1 Assistente social, 10 ajudantes de apoio domiciliário, 6 auxiliar de ajudante de apoio domiciliário e 1 fisioterapeuta Rácio (7,6 clientes por ajudante familiar e auxiliar)	Surgiu no âmbito do desenvolvimento de políticas activas (Horizon, PAII). Funciona como uma “empresa social” com orçamento e gestão própria. Integra profissionais com deficiência mental como auxiliares de ajudante familiar. Aumento dos recursos humanos e logísticos, aquisição de competências técnicas reflexivas	Diversidade / inovação

Ainda na tipologia do alargamento substantivo, os profissionais de Serviço Social continuam a ter autonomia para proceder a actos de coordenação, organização e intervenção mas a direcção controla-os sobretudo através de reuniões periódicas, na aprovação do orçamento e na admissão ou não de pessoal. A equipa de SAD é composta por 1 assistente social e 15 ajudantes de apoio domiciliário, um técnico de fisioterapia, num total de 17 profissionais. O rácio de utentes por cada ajudante de apoio domiciliário é de 8,6. A

escolaridade das ajudantes familiares situa-se entre o primeiro ciclo do ensino básico e o secundário, sendo este nível de escolaridade menos frequente. A formação das ajudantes familiares incide em temas de geriatria.

Também este SAD tem beneficiado de alterações decorrentes da participação no projecto da autarquia que resultaram na sua qualificação: aumento dos recursos humanos e logísticos da própria instituição, formalização da intervenção com a organização dos processos de trabalho e aumento da escolaridade das ajudantes de apoio domiciliário. Estas alterações têm permitido alargar a resposta a um maior número de clientes.

A quarta tipologia está associada à diversidade/ inovação e corresponde a uma instituição não religiosa com maior complexidade, a Cooperativa de Solidariedade, onde os pais e técnicos têm uma postura empreendedora. Este SAD orienta as respostas para as necessidades da população-alvo (deficientes e pessoas idosas) e caracteriza-se pela diversidade e especialização de cuidados disponíveis. O SAD foi organizado no final da década de noventa (1998) pela necessidade de apoiar o grupo de deficientes com alguma restrição de capacidade e para beneficiar das possibilidades financeiras de projectos da UE como o Horizom e o PAII. O serviço de apoio domiciliário surgiu como uma forma inovadora de prestar cuidados no domicílio a pessoas dependentes portadoras de deficiência, no âmbito do desenvolvimento de políticas activas. Actualmente o SAD funciona como uma “empresa social” com orçamento e gestão própria da responsabilidade da coordenação.

Tem como objectivo principal satisfazer as necessidades básicas e promover a qualidade de vida das pessoas idosas dependentes. Integra-se numa freguesia do interior do concelho, onde os recursos são escassos e o rendimento *per capita* é diminuto. No entanto, também presta apoio a deficientes em freguesias mais privilegiadas em termos de recursos. Os cuidados disponibilizados pelo SAD incluem higiene pessoal, refeição no domicílio, higiene habitacional, tratamento da roupa e articulação com os cuidados continuados. Além desse tipo de cuidados padronizados é também desenvolvido um projecto de diminuição do isolamento em SAD. Este projecto tem uma gestão autónoma e integra várias actividades de lazer no exterior. Os critérios de acesso ao SAD variam entre gerais – dependência, inexistência de cuidadores disponíveis e de outras redes sociais de suporte alternativas à família e existência de vaga – específicos – fragilidade social, isolamento, deficiência mental – e complementares – sustentabilidade do serviço.

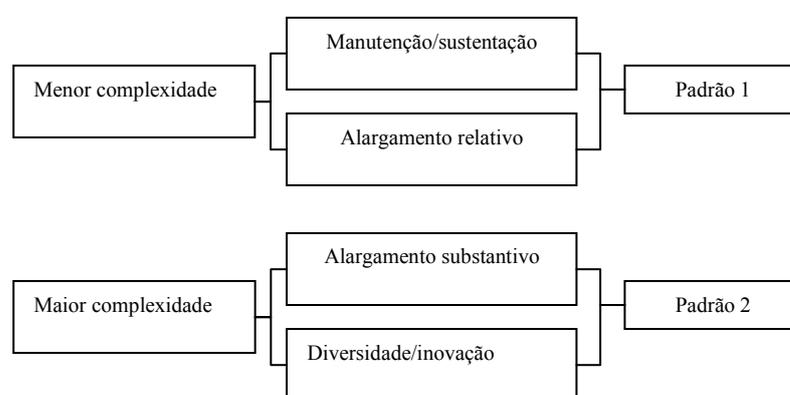
Também aqui, e apesar de o profissional de Serviço Social ter autonomia para proceder a actos de coordenação, organização e intervenção, a direcção controla-o em reuniões

periódicas, na aprovação do orçamento e na admissão de pessoal. A equipa de SAD é composta por 1 assistente social, 10 ajudantes de apoio domiciliário, 6 auxiliares de ajudante de apoio domiciliário e 1 fisioterapeuta, sendo a instituição com melhor rácio de pessoas apoiadas por ajudante de apoio domiciliário e auxiliar de ajudante, isto é, 7,6. Nesta instituição existe a especificidade de integrar profissionais com deficiência mental ligeira no mercado de trabalho como prestadores de cuidados, denominados auxiliares de ajudante de apoio domiciliário, uma boa prática caracterizada como inovadora. A escolaridade das ajudantes familiares varia entre o primeiro ciclo do ensino básico e o secundário, sendo este nível de escolaridade menos frequente. A formação profissional é exclusivamente na área da geriatria e do apoio em situações de luto.

Também este SAD tem beneficiado do projecto da autarquia o que tem permitido introduzir algumas alterações nomeadamente no aumento dos recursos humanos e logísticos da própria instituição, na aquisição de competências técnicas reflexivas adquiridas através da formação do projecto de qualificação das respostas (autarquia) e na consequente reorganização dos processos de trabalho e de intervenção. Estas alterações têm permitido também requalificar a intervenção do coordenador. Este coordenador releva também maior capacidade de acção estratégica.

Ao finalizarmos este capítulo, verificamos que, em termos estruturais, as instituições de solidariedade são diversificadas e revelam maior ou menor complexidade decorrente do modelo de democratização da gestão e do funcionamento, da capacidade de conceber recursos e respostas sociais e da capacidade de negociação com o Estado. Esta tipologia condiciona comportamentos distintos em termos estruturais e de funcionamento dos SADs. Desta análise reconhecemos dois padrões nas tipologias identificadas – Figura 3.6.

Figura 3.6 – Padrões de instituições com SAD



O padrão número um revela organizações com menor complexidade organizacional e com SAD com tendência para a manutenção/sustentação e o alargamento relativo. O padrão número dois revela em termos organizacionais maior complexidade com tendência tanto para o alargamento substantivo e como para a diversidade do SAD. Desta análise depreende-se que são as instituições com maior complexidade e SAD orientados para o alargamento substantivo e diversidade que estão mais bem posicionadas para promover o envelhecimento bem sucedido e também a qualidade da resposta SAD. Dentro destas tipologias, destaca-se o SAD orientado para a diversidade por algumas boas práticas relativamente à organização e composição da equipa. Vejamos, de seguida, se este posicionamento se distingue na concretização dos cuidados, tendo em conta a população visada e a acção do Serviço Social.