

Pró - Actividade do Serviço Social:
Construção de uma resposta social na população envelhecida

Maria Ana Chibante dos Santos

Trabalho de Projecto submetido como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Serviço Social

Orientadora:

Doutora Maria do Rosário Andrade de Oliveira Serafim, Professora Auxiliar

ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Setembro, 2012

**Pró - Actividade do Serviço Social:
Construção de uma resposta social na população envelhecida**

Maria Ana Chibante dos Santos

Trabalho de Projecto submetido como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Serviço Social

Orientadora:

Doutora Maria do Rosário Andrade de Oliveira Serafim, Professora Auxiliar

ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Setembro, 2012

Agradecimentos

Queria agradecer em primeiro lugar aos meus pais por tudo o que me proporcionaram, pelo amor, carinho, compreensão e paciência ao longo de todas as etapas da minha vida, especialmente por me proporcionarem a realização deste mestrado, sem eles nada era possível. Em segundo lugar ao João pela paciência, amor, apoio, pelos momentos de frustração e angústia, por ter estado sempre do meu lado com palavras e gestos de incentivo, por ser parte significativa da conclusão deste trabalho de projecto. E por último aos meus avós pelo encorajamento constante ao longo de todo este processo.

Resumo

Este trabalho de projecto situa-se no contexto do aumento contínuo do envelhecimento populacional no nosso país, bem como da situação em que se encontra as respostas sociais direccionadas para o alojamento e serviços de cuidados permanentes às pessoas idosas, especialmente no concelho de Coruche.

Pretende por isso planificar uma resposta social de acordo com os requisitos da Segurança Social, na freguesia de Coruche, de forma a criar uma nova alternativa face à sobrelotação das existentes neste concelho, planificando ainda inúmeras actividades a serem desenvolvidas pelos utentes de forma a prevenir danos físicos e mentais, ocupando o tempo com actividades de aprendizagem, de socialização e desenvolvimento pessoal.

Palavras-chave: Envelhecimento populacional, pessoas idosas, Coruche, lar de idosos.

Abstract

This project was situated in the context of the growing popularity of the elderly in our country, such as in the situation you find social responses are directly for permanent shelter and health services for the elderly population, especially for the county of Coruche.

It is intended to plan a social response in accordance with the requirements of the social services, of the borough of Coruche, to create a new alternative to the over populated homes that exist already in this county, also planning further activities for the residents to prevent any physical and mental damage, by occupying their time with educational and social activities and personal development.

Keywords: increase of the population the elderly, elderly, Coruche, elderly home

Índice

Resumo.....	4
Abstract	5
Glossário de Siglas	8
INTRODUÇÃO	9
CAPÍTULO I – O ENVELHECIMENTO E A PESSOA IDOSA NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA DA EUROPA	11
1.1 <i>O envelhecimento e a pessoa idosa</i>	11
1.2 <i>Teorias do Envelhecimento</i>	20
1.3 <i>O Serviço Social e as políticas sociais para pessoas idosas em Portugal</i>	27
1.4 <i>Diagnóstico social do envelhecimento em Portugal</i>	35
1.5 <i>Concelho de Coruche e as respostas sociais existentes</i>	42
1.6 <i>Planeamento de um equipamento social no concelho de Coruche</i>	44
CAPÍTULO II – PLANEAMENTO DO PROJECTO DE INTERVENÇÃO: LAR DE IDOSOS.....	47
2.1 <i>Valores, Visão e Missão da Organização</i>	47
2.2 <i>Objectivos, natureza e construção do projecto de intervenção</i>	51
2.3 <i>Recursos humanos e financeiros</i>	58
2.4 <i>Gestão de qualidade</i>	61
CAPÍTULO III – PLANO DAS ACTIVIDADES OCUPACIONAIS E DE DESENVOLVIMENTO PESSOAL	67
3.1 <i>O Lazer e a ocupação na População Idosa</i>	67
3.2 <i>Planeamento das Actividades</i>	70
CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77
WEBGRAFIA	81
REFERÊNCIAS LEGISLATIVAS	84
CURRICULUM VITAE	85

Índice de Quadros

Quadro 1.1: Evolução do N° de Utentes na Casa de Repouso de Santa Justa, 2002 a 2004 ...	43
Quadro 1.2: Análise SWOT	46
Quadro 2.1: Áreas propostas e a sua comparação ao Despacho Normativo N°12/98	56
Quadro 2.2: Investimento inicial – capital fixo corpóreo (Simulação)	60
Quadro 2.3: Investimento inicial – capital fixo incorpóreo (Simulação)	60
Quadro 2.4: Mapa do plano de financiamento (Simulação)	60
Quadro 3.1: Actividades a desenvolver ao longo da semana pelos utentes da instituição	71

Índice de Figuras

Figura 1.1: Ciclo do desenvolvimento do ser humano.....	12
Figura 1.2: Medidas do sistema público português de apoio a idosos	32
Figura 1.3: Estrutura demográfica da população residente em Portugal, por escalões etários nos últimos trinta anos.....	36
Figura 1.4: Índice de envelhecimento em Portugal, por NUTS II em 2011	37
Figura 1.5: Índice de dependência total, por NUTS II, em 2011	39
Figura 1.6: População Residente no concelho de Coruche por Grupos Etários, em 2001 e 2011	40
Figura 1.7: Repartição da população por grupo etário no concelho de Coruche, em 2011	41
Figura 1.8: Redistribuição da população do concelho de Coruche por sexo, dos 0-14 anos e dos 65 anos ou mais, em 2011	41
Figura 1.9: Evolução do Lar da Santa Casa da Misericórdia de Coruche, 1995 a 2004	43
Figura 2.1: Valores da Organização.....	49

Glossário de Siglas

ADN - Ácido desoxirribonucleico;

APQ - Associação Portuguesa para a Qualidade

CNEC - Campanha Nacional de Escolas da Comunidade

DGS - Direcção Geral de Saúde

EQUASS - European Quality in Social Services

ERP - European Platform for Rehabilitation

FIAS - Federação Internacional dos Assistentes Sociais

HACCP - Hazard Analysis Critical Control Points

IASSW - International Association of Schools of Social Work

INE - Instituto Nacional de Estatística

IPSS - Instituição Particular de Solidariedade Social

NUTS II - Nomenclaturas de Unidades Territoriais, nível II

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PAII - Programa de Apoio Integrado a Idosos

RUTIS - Rede de Universidades da Terceira Idade

SWOT - Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats

UE - União Europeia

INTRODUÇÃO

O fenómeno do envelhecimento demográfico, é actualmente considerado pelas sociedades modernas como o mais importante aspecto do século XXI, trazendo inúmeras alterações à nossa vida diária, quer seja social ou económica. Cada vez mais se observa um aumento da esperança média de vida, embora esta também se encontre acompanhada pela redução da taxa de natalidade. Contudo, apesar do prolongamento da vida dos indivíduos ser um aspecto de extrema importância, em inúmeras áreas, como por exemplo na medicina, também acarreta a questão da qualidade de vida da população envelhecida.

De acordo, com a definição elaborada pelo INE (2011), consideram-se como pessoas idosas, os homens e as mulheres com idade igual ou superior a 65 anos. Este aspecto traz algumas divergências, uma vez que o envelhecimento não é igual para todos os indivíduos, não devendo caracterizá-los como um grupo homogéneo.

Podemos encontrar inúmeras explicações sobre o processo de envelhecimento, nas mais diversas áreas, desde a medicina, à sociologia até à psicologia. Contudo, não existe nenhuma concordância sobre a verdadeira origem do envelhecimento. Uma das explicações apresentadas por psicólogos enquadra-se num modelo biomédico, uma vez que pretendem explicar este fenómeno através das inúmeras fases de desenvolvido que o indivíduo passa durante toda a sua vida, entrando em declínio após atingir o desenvolvimento total.

A sociedade actual é confrontada diariamente pela presença de estereótipos associados ao envelhecimento, quer seja através da comunicação ou *media* ou através de grupos próximos. Contudo, não nos podemos apoiar nestes estereótipos para caracterizar o envelhecimento, uma vez que nem sempre correspondem à verdade, nem se podem aplicar a todos os casos.

As sociedades cada vez mais têm aplicado medidas capazes de combater alguns dos problemas associados ao envelhecimento, através da emergência de políticas sociais que permitam responder às inúmeras dificuldades financeiras, habitacionais e de saúde que esta parte da população sente diariamente, como resultado das baixas reformas que podemos evidenciar no nosso contacto com estes indivíduos.

Os dados apresentados sobre este fenómeno em Portugal tornam evidente as enormes alterações que se observam na estrutura demográfica da população, verificando-se um aumento da população de idade mais avançada e uma redução da

população mais jovem, tornando o nosso país cada vez mais envelhecido. O concelho de Coruche, onde se pretende executar este trabalho de projecto, não é excepção.

Segundo dados relativos ao Diagnóstico Social de Coruche (2004), este concelho possui poucas respostas sociais a nível de Lares de Idosos, estando as existentes consecutivamente a alargar as suas capacidades, chegando mesmo a encontrar-se em sobrelotação, motivo que indica a necessidade de construir uma outra alternativa no que diz respeito à institucionalização de pessoas idosas, a partir de uma instituição de cariz privado e lucrativo, mas com valores associados ao social e aos direitos humanos.

Contudo, para ser possível implementar este projecto é de extrema importância que este esteja de acordo com os requisitos impostos pelo Ministério do Trabalho da Solidariedade Social, relativamente às condições de implantação do estabelecimento, da estrutura física e orgânica do edifício, assim como os indicadores de pessoal, garantindo a qualidade dos serviços prestados aos seus utentes. Outra forma de garantir estes serviços passa pela aplicação de um sistema de gestão de qualidade, que pode ser aplicado através de dois modelos certificados de qualidade, nomeadamente a Avaliação de Qualidade para Estruturas Residenciais para Idosos, apresentada pela Segurança Social e o EQUASS (European Quality in Social Services) concebido pela ERP (European Platform for Rehabilitation), viabilizando a aplicação do trabalho de projecto.

Com o intuito de melhorar a qualidade de vida e o bem-estar das pessoas idosas que irão usufruir dos serviços proporcionados pela aplicação deste trabalho de projecto, prosseguiu-se à planificação de actividades ocupacionais e de desenvolvimento pessoal de diversos tipos, nomeadamente, lúdico-recreativas, culturais, sociais, intelecto-formativas, espirituais, quotidianas e desportivas, capazes de beneficiar os utentes com animação, entretenimento, prevenindo e melhorando os problemas físicos e psíquicos.

CAPÍTULO I – O ENVELHECIMENTO E A PESSOA IDOSA NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA DA EUROPA

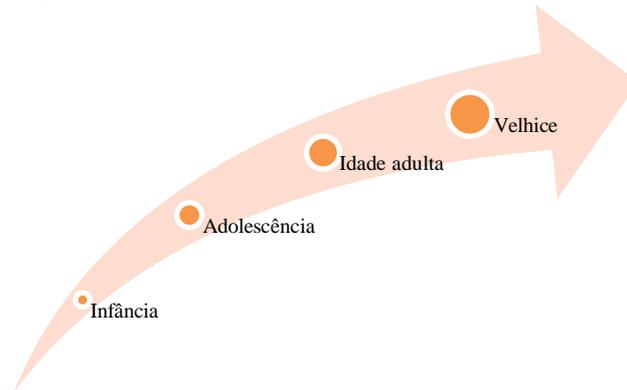
O envelhecimento demográfico é segundo o INE (2011) um dos fenómenos mais importantes do século XXI nos países desenvolvidos, devido às modificações que trouxe ao nosso estilo de vida, bem como ao surgimento de novas implicações na esfera sócio-económica.

Apesar de o envelhecimento poder ser encarado de forma diferente de pessoa para pessoa, e até de sociedade para sociedade, esta é uma das fases do desenvolvimento do ser humano, caso este siga o percurso natural da vida.

1.1 O envelhecimento e a pessoa idosa

De forma a compreender melhor o processo que o ser humano vai vivendo ao longo da sua evolução, as ciências sociais e biológicas estabeleceram, segundo Fernández-Ballesteros (2004a), inúmeras e diversas fases do desenvolvimento que o ser humano percorre ao longo da sua vida, sendo a primeira a infância, seguida da adolescência, a idade adulta e por fim a velhice, como demonstra a figura 1. Ainda de acordo com Fernández- Ballesteros (2004a) alguns psicólogos que seguem um pensamento evolucionista, consideram que as características psicológicas dos indivíduos são algo inerente à evolução de cada ser humano, podendo definir-se a vida, desde o nascimento até à idade adulta, como sendo um período de desenvolvimento, uma vez que é nesta fase que ocorre um crescimento a nível comportamental, amadurecendo o indivíduo conforme o meio ambiente social e familiar em que se encontram. Contudo, após o amadurecimento do indivíduo, este entra na fase da velhice, onde é possível encontrar o estereótipo de que a velhice se inicia a uma determinada idade, tendo como consequência o declínio social da pessoa “velha”.

Figura 1.1: Ciclo do desenvolvimento do ser humano



De acordo com a definição obtida pelo INE (2011), consideram-se como pessoas idosas, os homens e as mulheres com idade igual ou superior a 65 anos. Porém, muitas das pessoas com mais de 65 anos encontram-se bem de saúde, com capacidade de desenvolver diversas actividades e possuidores de autonomia, tornando então este grupo homogéneo, uma vez que uma pessoa considerada idosa poderá ter mais ou menos capacidades que outra.

Todavia, existem inúmeras concepções e divergências relativamente à altura em que se inicia a fase do envelhecimento.

Segundo Fernández-Ballesteros (2004a), alguns psicólogos têm seguido um modelo biomédico para explicar como se processa o envelhecimento num indivíduo, estabelecendo um período de crescimento durante as diversas fases de desenvolvimento, e que após este pico de crescimento os nossos sistemas biológicos começam a perder a eficiência, entrando então o indivíduo na fase da velhice e do envelhecimento. Contudo, ela discorda desta ideia, mencionando que não é este aspecto biológico que “inicia” o processo de envelhecimento, nem o que ocorre nos sistemas comportamentais das pessoas idosas, mas sim as inúmeras situações de conflito, nomeadamente a idade da reforma, a perda dos entes queridos, o progresso de doenças que podem conduzir à deficiência e até mesmo a dependência física, aproximando-se cada vez mais da morte. Assim, é inevitável que ao passarem por este tipo de situações, os indivíduos venham a sofrer de reações emocionais negativas, como por exemplo as depressões, o sentimento de solidão e o mal-estar físico e emocional.

A definição de envelhecimento concebida por Shock (1985), vem caracterizar este facto como um processo individualizado, uma vez que não é igual para todos os indivíduos, que com o aumento da idade vai acentuar cada vez mais as diferenças interindividuais de base, originando um padrão de grande inconstância com a idade. Isto

significa que com o avançar dos anos e com a aquisição de diversas experiências, os idosos venham a perceber quais as suas “diferenças de partida”, realçando as suas competências e as suas dificuldades, que resultam da sua interação com o meio, afastando-se assim da genética individual. Desta forma, a definição de heterogeneidade é o ponto essencial e primordial da problemática do envelhecimento, bem como da sua compreensão.

O envelhecimento é caracterizado por Birren (1995), como um processo onde se interage o organismo com o património genético que este possui, nomeadamente o físico e o social. Todavia, Paúl (2006) discorda desta concepção, uma vez que afasta a hipótese de os factores biológicos e genéticos serem os aspectos principais do asseguramento do bom desenvolvimento humano, sendo imprescindível tomar conhecimento dos diversos contextos do envelhecimento, bem como dos processos e mecanismos do envelhecimento celular. Desta forma, a definição que utiliza usualmente para este conceito sublinha a importância de não se considerarem as pessoas idosas como um “grupo homogéneo de pessoas a que chamamos idosos, e muito menos, uma terceira idade, de contornos ainda mal definidos, cujo marcador social – a reforma – flutua ao sabor das políticas sociais e económicas e responde sobretudo a critérios políticos e não biológicos” (Paúl, 2000: 53).

Na concepção elaborada por Wichens (1998) o envelhecimento apenas significa ficar com mais idade contudo, este facto só é aplicado durante as fases de desenvolvimento do ser humano, onde não ocorre nenhum factor de declínio no indivíduo, nomeadamente na fase da infância e da adolescência, uma vez que apesar de o indivíduo “ganhar” mais idade, não ocorre nenhum envelhecimento a nível biológico, apenas cresce em idade e força física e mental, e por isso, o declínio apenas se começa a revelar quando o indivíduo se encontra na vida adulta e atinge a sua maturidade.

Este mesmo conceito é retratado por Costa (2002: 37) como um “processo experiencial subjectivo, que pode definir-se como a auto-regulação exercida através de decisões e escolhas para a adaptação ao processo de senescência”, acrescentando ainda que o envelhecimento deve ser encarado como um processo, onde o organismo biológico deve ser igualado ao corpo humano, e portanto existe num determinado tempo onde se vai se alterando fisicamente, classificando ainda, a senescência como o resultado do aumento da vulnerabilidade do indivíduo e da probabilidade de morrer.

Relativamente ao envelhecimento, Fontaine (2000: 21) não o considera como um estado, mas sim um processo de “degradação progressiva e diferencial” que afecta todos

os seres vivos, tendo como termo natural a morte do organismo. Contudo, menciona que é impossível datar em que altura da vida se inicia o processo do envelhecimento, uma vez que a velocidade e a gravidade do mesmo, varia de indivíduo para indivíduo consoante o nível em que este se encontra, seja ele biológico, psicológico ou sociológico. Este aspecto é então, segundo Paúl (2006) uma das grandes dificuldades encontradas no estudo do envelhecimento, uma vez que a idade cronológica não se apresenta como um critério fidedigno no enquadramento da iniciação deste processo. Este aspecto deve-se essencialmente, ao facto de o número de anos que um indivíduo viveu não ser capaz de nos informar sobre a sua qualidade de vida, a sua saúde e das suas vivências psicológicas e sociais.

Segundo o estudo realizado por Montepare e Lachman (1989) é possível diferenciar a identidade etária de um indivíduo da sua idade cronológica, pois em indivíduos adolescentes as suas identidades etárias mostraram-se mais velhas, enquanto que um adulto de idade avançada demonstrou uma identidade da mesma idade. Demonstrando ainda, que os indivíduos mais velhos, principalmente do sexo feminino, assumem idades identidades mais jovens, isto é, sentem-se mais jovens do que a sua idade indica, indicando uma discrepância entre a sua idade biológica e a idade que se associam psicologicamente.

Podemos considerar, segundo Pául (2000), três tipos de idades: a idade biológica, a idade psicológica e a idade social. A idade biológica caracteriza-se pelo funcionamento das capacidade funcionais ou virais, que após o seu limite de vida, começam a perder a sua capacidade adaptativa e de auto-regulação. A idade social, refere-se aos diversos papéis e hábitos que um indivíduo assume perante a sua sociedade, assumindo os comportamentos por ela esperados. E por último a idade psicológica que diz respeito às capacidades comportamentais que o indivíduo possui para se adaptar ao meio em que se encontra. Apesar, desta ser influenciada por factores de origem biológica e social, envolve aspectos como a memória, a inteligência e os sentimentos, de forma a controlar os comportamentos.

Na concepção de Schroors e Birren (1980, in Paúl, 2000), o envelhecimento tinha três aspectos específicos. O primeiro associa-se ao processo de envelhecimento biológico, que aumenta progressivamente a vulnerabilidade do indivíduo, e por consequente, a probabilidade de morrer, designada de senescência; o segundo consiste no envelhecimento social, relacionado com os papéis sociais esperados pela sociedade, de acordo com a faixa etária em que se encontram; e por último, o envelhecimento

psicológico, que se define pela auto-regulação do indivíduo no campo de forças, através da tomada de decisão e opção, auxiliando na adaptação ao processo de senescência e envelhecimento.

Hoje em dia, o envelhecimento é um tema bastante estudado por diversas áreas, quer seja na medicina, na psicologia ou na sociologia, contudo, de acordo com Schroots, Fernández-Ballesteros e Rudingen (1999), este estudo deve estar fundamentado numa perspectiva de dois estágios de vida, nomeadamente o desenvolvimento (crescimento) e o envelhecimento (senescência), caracterizando-os como dois processos de mudança que se prolongam no tempo, mas que têm como ponto de transição a maturidade do indivíduo.

O processo de envelhecimento pode ser agrupado em grupos distintos, segundo Birren e Schroots (1996), que apresentam a definição elaborada por Busse (1969) de envelhecimento primário e secundário. O primeiro refere-se às mudanças intrínsecas irreversíveis relacionadas com o processo de envelhecimento, enquanto que o segundo, diz respeito às alterações originadas por doenças, ou que estejam relacionadas com a idade mas que são reversíveis. Apresentando ainda um novo grupo, o envelhecimento terciário, elaborado por Birren e Cunningham (1985), onde se incluem as mudanças que paralisam precipitadamente durante este processo.

O envelhecimento é então, segundo Fontaine (2000), um processo diferencial, variando de indivíduo para indivíduo, onde se vai revelando os dados objectivos, como a degradação física e a diminuição tendencial do funcionamento perceptivos e mnésicos, bem como os dados subjectivos, que são constituídos pela ideia que a pessoa faz do seu próprio envelhecimento. O que significa que cada indivíduo pode ter diversas idades. Esta concepção é ainda apoiada por Lima (2010), que reforça o lado diferencial do envelhecimento, pois apesar deste ser um processo universal que ocorre de forma gradual na deterioração das funções físicas e mentais, não abrange todos os indivíduos nem todas as funções, de forma semelhante. Resultando num envelhecimento diferente de indivíduo para indivíduo.

Embora, a velhice tenha apenas sido alvo de estudos durante as últimas décadas, Fernández-Ballesteros (2004a) refere que ela está presente desde a antiguidade clássica, através de inúmeras teorias do pensamento. Duas das mais conhecidas, Platão e Aristóteles vão de encontro uma da outra, uma vez que na primeira, Platão considerava a velhice como uma doença e uma fase de declínio, enquanto que para Aristóteles esta era uma fase de conhecimento e sabedoria. Hoje em dia, é possível

afirmar que a sociedade actual encontra-se associada cada vez mais aos pensamento elaborado por Platão, uma vez que rejeita e classifica negativamente as pessoas idosas, o que origina estereótipos desencadeadores de desigualdades sociais. Desta forma, torna-se imprescindível lutar contra estes estereótipos e as falsas percepções sobre o envelhecimento e a velhice, tendo já sido emitido pelas Nações Unidas e pela Organização Mundial de Saúde recomendações no sentido de lidar com as decisões governamentais, que muitas das vezes são o ponto de origem dos estereótipos.

Os estereótipos sociais associados ao envelhecimento são cada vez mais visíveis nas sociedades actuais, por esse motivo Paúl (2000) caracteriza-os como um conjunto de ideias partilhadas por uma sociedade ou cultura, num determinado momento histórico, relacionado com algum objecto ou acontecido do mundo, com o intuito de explicar e resumir essa mesma informação. Inserindo ainda nesta definição, a socialização da criança, uma vez que esta é a principal forma de transmissão do que é considerado adequado no meio em que se encontra.

Ao realizar um estudo através de diversas experiências a uma pequena amostra da população, Bargh, Chen e Burrows (1996) concluíram que os estereótipos são activados automaticamente na presença de características importantes para o ambiente em que se encontram, apesar de ser inconscientemente. Contudo, este comportamento social como qualquer outra reacção psicológica tem a capacidade de ocorrer numa ausência de intervenção conscientemente, por parte dos indivíduos.

Outro estudo realizado por Alves e Novo (2006) sobre a perspectiva das próprias pessoas idosas sobre os estereótipos associados ao seu grupo etário, apontam para uma percepção de discriminação por parte de uma amostra significativa dos participantes, percebidas através de situações de interacção com profissionais de saúde e em contextos onde os interlocutores pressupõe “à priori” que a pessoa idosa sofre de problemas relacionados com a audição ou compreensão.

As maiorparte das situações que originam estereótipos relacionados com a idade são, sobretudo, resultado da falta de contacto com as pessoas idosas, devido à falta de informação existente sobre o processo de envelhecimento. Originando a adopção por parte dos indivíduos, de estereótipos capazes de proporcionar um juízo de valor. Torna-se por isso importante proporcionar um maior contacto entre as camadas mais jovens da população e a população de idade mais avançada, a fim de eliminar as ideias concebidas, e maioritariamente erradas, sobre as pessoas idosas (Paúl, 2000).

Os estereótipos relacionados com o envelhecimento dos indivíduos, podem ser distinguidos, segundo Paúl (2000) em três categorias distintas: cognitiva, pessoal-expressiva e física. A primeira, remete-se aos atributos relacionados com as capacidades intelectuais dos indivíduos; a segunda, diz respeito aos aspectos relacionados com os estados de espírito, atitudes ou relações sociais; e a terceira, refere-se aos atributos relacionados com a aparência física e os estados ou movimentos físicos. Relativamente aos aspectos físicos pode-se observar que vão se alterando consoante a idade, não se transformando necessariamente num estereótipo negativo, todavia não é possível dizer o mesmo sobre os aspectos de personalidade e cognitivos do indivíduo, uma vez que não há só evidência de declínio, como também de desenvolvimento.

Devido a estes estereótipos sobre o envelhecimento, um dos maiores desafios que podemos encontrar nas sociedades modernas, e também dos mais importantes, dirreciona-se para o envelhecimento activo, ou seja, garantir aos indivíduos um envelhecimento permanecendo activo na sua comunidade.

A definição apresentada pela OCDE (2000: 134), define o envelhecimento activo como “a capacidade das pessoas que avançam em idade terem uma vida produtiva na sociedade e na economia. O que quer dizer que possam determinar a forma como repartem o tempo entre as actividades de aprendizagem, o trabalho, o lazer e os cuidados a outros”.

Tendo como referência a definição fornecida pela OMS (2012), o envelhecimento activo é um processo de optimização de oportunidades relacionadas com a saúde, participação e segurança, com o intuito de melhorar a qualidade de vida das pessoas que vão envelhecendo, permitindo que as pessoas idosas tenham a percepção do seu potencial de desenvolvimento físico, social, mental e bem-estar durante esta etapa da vida humana, contribuindo ainda de forma activa na vida da sociedade, obtendo desta a protecção, a segurança e os cuidados adequados. Desta forma, o envelhecimento activo tem como principal finalidade o aumento da vida saudável e qualidade de vida para as pessoas idosas, frágeis, incapazes ou que necessitem de ajuda a ultrapassar esta fase do desenvolvimento humano, beneficiando não apenas o indivíduo mas também a sociedade.

A concepção de envelhecimento activo trouxe algumas modificações, segundo Hooyman e Kiyak (2008), uma vez que alterou a forma como classificávamos o envelhecimento, passando a associá-lo como um período de passividade direccionado para a participação continuada na família, na comunidade, no trabalho e na vida

religiosa e política. Associado ainda a esta definição encontra-se o curso de vida, que consiste na percepção de como as experiências de vida anteriores, bem como decisões tomadas ao longo da vida afectam as oportunidades durante a vida adulta, e por conseguinte as gerações futuras, podendo então caracterizar o envelhecimento activo como um processo que ocorre ao longo da vida do indivíduo, onde o seu estilo de vida, a sua situação socioeconómica, de saúde, actividades educativas e sociais realizadas durante a infância e adolescência e o meio em que se insere, vai influenciar e determinar a qualidade de vida dos indivíduos durante o envelhecimento. Assim, estes autores mencionam quais as características adjacentes para que seja possível ocorrer um envelhecimento activo, nomeadamente os comportamentos dos indivíduos, as suas características pessoais, o ambiente psicológico, social, económico e de segurança, bem como o acesso aos serviços de saúde ao longo da vida, como factores primordiais para que o indivíduo possa viver um processo de envelhecimento de forma saudável e útil, quer tanto para si próprio como para a sociedade em que vive.

Apesar destas serem as definições mais conhecidas sobre o envelhecimento activo, a maioria dos indivíduos ainda associa o envelhecimento de sucesso e o de insucesso, à distinção entre a saúde e a doença. Embora, este facto ser uma componente importante para um envelhecimento bem-sucedido, não chega por si só, uma vez que um indivíduo pode não estar doente, mas apresentar um elevado risco de o ficar, assim como um indivíduo pode apresentar um estado de saúde bom, e viver num meio solitário e inactivo na sua comunidade. Este facto originou a que Rowe e Kahn (1998), apresentassem uma definição de envelhecimento activo, incorporando todos estes factos. Definindo então, o envelhecimento activo como a capacidade de manter três características fundamentais, a 1) baixo risco de contrair uma doença e de doença relacionada com a deficiência; a 2) bom funcionamento das funções físicas e mentais, e a 3) o compromisso activo com a vida. No entanto, cada característica é importante em si mesma, e até mesmo independente dos outros, seguindo uma certa ordem hierárquica, pois a ausência de doença e de deficiência permite uma maior eficácia no correcto funcionamento das funções físicas e mentais, e a manutenção destas funções permite o compromisso activo com a vida.

O ano de 2012 foi declarado pela UE (2012) como o Ano Europeu do Envelhecimento Activo e da Solidariedade entre Gerações. Este ano apresenta um enorme desafio para os políticos e para as partes interessadas, onde se pretende criar mais oportunidades para um envelhecimento activo, bem como facilitar uma vida mais

independente, quer seja a nível de emprego, cuidados de saúde, habitação, transportes, serviços sociais ou educação em pessoas adultas. Desta forma, o Ano Europeu pretende de acordo com a RUTIS (2012):

- Promover a vitalidade e a dignidade de todos;
- Auxiliar na criação de uma cultura de envelhecimento activo na Europa, tendo como ponto central uma sociedade para todas as idades;
- Incentivar e apoiar os esforços dos Estados-Membros, dos seus parceiros sociais, da sociedade civil e das suas autoridades quer sejam regionais ou locais, para que se possa promover o envelhecimento activo, explorando o potencial da população em idade igual e superior a 50 anos;
- Promover a solidariedade e cooperação entre gerações distintas, tendo em consideração a diversidade e a igualdade de géneros;
- Criar melhores oportunidades para que indivíduos com idade mais elevada, independentemente do seu género, para que possam desempenhar o seu papel no mercado de trabalho, combatendo ainda a pobreza e a exclusão social;
- Incentivar a participação activa na vida familiar e na sociedade, de forma a criar oportunidades para um envelhecimento com dignidade.

Segundo a RUTIS (2012), é ainda importante criar condições que facilitem a adaptação das condições de trabalho, lutando contra a discriminação e os estereótipos negativos relacionados com a idade, melhorando as condições de saúde e de segurança no local de trabalho, bem como adaptar os regimes de aprendizagem ao longo da vida às necessidades de uma mão-de-obra que envelhece.

Desta forma, Rowe e Kahn (1998) referem que para alcançar um envelhecimento activo e produtivo não apenas para o indivíduo mas também para a sociedade são necessários três factores. O primeiro, remete-se para a condição física e psíquica do indivíduo, ou seja, deve-se encontrar de boa saúde e com uma capacidade global de funcionar. O segundo, direcciona-se para a participação activa nas suas amizades, bem como em outras relações sociais. E por último, o indivíduo deve acreditar nas suas capacidades, desenvolvendo-as para aproveitar o que a vida lhe oferece.

Alcançar um envelhecimento activo, é um dos aspectos mais desenvolvidos nas nossas sociedades, contudo é necessário também alcançar um envelhecimento saudável,

que segundo a DGS (2008: 2), caracteriza-se como um “equilíbrio entre o declínio natural das diversas capacidades individuais, mentais e físicas e a obtenção dos objectivos que se desejam”. Desta forma, deve-se tomar algumas providências capazes de proporcionar um envelhecimento saudável.

Um dos aspectos importantes a se ter no envelhecimento saudável, de acordo com a DGS (2008) é a prevenção de doenças, que consiste no atrasamento do seu aparecimento ou na diminuição da sua gravidade, através da actividade física regular e adequada à idade e estado de saúde da pessoa idosa, de uma alimentação cuidada e rica em nutrientes, evitando assim o excesso de peso e os hábitos nocivos para a saúde. A prevenção do isolamento social e da solidão é também um aspecto de grande importância, uma vez que a qualidade de vida, bem-estar e a manutenção das qualidades mentais estão relacionadas com a realização de actividades sociais, de convívio e a participação em grupos específicos. Devendo ainda, participar em actividades promotoras das capacidades cognitivas, como a leitura e treinos de memória, de forma a exercitá-las, para evitar o enfraquecimento que o envelhecimento causa nestas capacidades.

1.2 Teorias do Envelhecimento

Ao longo dos anos, muitos foram os estudiosos que tentaram descodificar o envelhecimento, dando origem a inúmeras concepções sobre o envelhecimento do indivíduo, não havendo nenhum consenso sobre as mesmas.

Com o objectivo de sistematizar os conhecimentos sobre os idosos e o envelhecimento, desenvolveu-se recentemente um campo de investigação denominado de Gerontologia, que segundo Fernández-Ballesteros (2004b), estuda as bases biológicas psicológicas e sociais do envelhecimento. Porém, para Bengston, Rice e Johnson (1999), a gerontologia pretende compreender e analisar um conjunto de três problemas, o primeiro diz respeito aos idosos e aos seus problemas funcionais, ou seja, relacionados com as dificuldades e obstáculos que impedem de terem uma vida independente; o segundo problema foca-se no envelhecimento como um processo de desenvolvimento que ocorre ao longo do tempo, através de aspectos biológicos, físicos e sociais, e o terceiro conjunto envolve o estudo da idade como o ponto central do comportamento humano. Apesar de estes três conjuntos de problemas serem um pouco diferentes no que se refere ao foco e à instrução, eles estão inter-relacionados com a gerontologia, quer seja na pesquisa ou na prática da mesma.

Devido a estes estudos relacionados com a questão da idade, Bengston, Rice e Johnson (1999: 5), caracterizaram o conceito de teoria como uma “construção de explicações explícitas na contabilização dos achados empíricos”, tendo como ponto fundamental a explicação, ou seja, a teoria pretende fornecer um conjunto de “visões”, a partir do qual podemos observar e compreender o que estudamos.

Actualmente, a gerontologia classificou e agrupou as teorias de envelhecimento em três grupos distintos, a de cariz biológico, a de cariz psicológico e a de cariz social (Bengston et al, 2009).

Relativamente às teorias do envelhecimento biológico, Austad (2009) menciona a existência de um paradoxo biológico face ao fenómeno do envelhecimento, colocando em ênfase a questão sobre a auto-reparação do organismo biológico que como uma entidade de auto-reparo deveria ser capaz de executar, apontando então o envelhecimento como o resultado do fracasso dessa mesma auto-reparação. Portanto, o principal objectivo de uma teoria geral do envelhecimento seria a resolução desta questão, explicando o motivo da existência do envelhecimento, classificando ainda o envelhecimento biológico como a decadência gradual e progressiva das funções físicas do corpo humano, que se inicia na idade adulta e termina na morte do indivíduo.

Segundo Vallespir e Morey (2007) as teorias biológicas pretendem compreender e explicar três aspectos, a multiplicação de células ao longo dos anos, a incapacidade das células se dividirem ou renovarem e, por último o controlo dos processos fisiológicos por material não celular, explicando o envelhecimento através das alterações biológicas e físicas que ocorrem no indivíduo.

Podemos identificar quatro tipos de teorias biológicas do envelhecimento, apresentadas por Schock (1977), mas comentadas por Yuste (2004, in Ferreira), nomeadamente a primária, a secundária, a terciária e a multifactorial. As teorias primárias definem-se como deterministas e normalizadoras do envelhecimento, assumindo que é devido ao determinismo genético que se realizam as mutações e rupturas no ADN, causado pela perda dos mecanismos reparadores, originando falhas na sua reparação. As teorias secundárias encontram-se focalizadas no papel acumulativo e aleatório de lesões em moléculas vitais, por efeitos ambientais, causando uma perda progressiva de funções associadas ao envelhecimento. As teorias de carácter terciário focam-se nos diferentes órgãos dos sistemas imunológico, cardiovascular, endócrino e nervoso. E por último, as teorias multifactoriais do envelhecimento, através de uma

biomédica de acordo com estratégias sistémicas, dados empíricos bem como uma racionalidade científica, o que implica uma concepção biológica multifactorial.

Desta forma, podemos referir inúmeras teorias biológicas que pretendem explicar os inúmeros aspectos biológicos associados a este processo, todavia não é possível chegar a nenhum consenso sobre elas, uma vez que não é adoptada apenas uma capaz de explicar todos os processos que o corpo humano vai sofrendo ao longo do seu “declínio” (Netto e Borgonovi, 1999).

Relativamente à Teoria dos Radicais Livres, Netto e Borgonovi (1999) mencionam que esta consiste na explicação do envelhecimento através dos radicais livres que são átomos altamente reagentes, possuidores de um número impar de elétrons na sua camada mais externa. O oxigénio é a principal fonte destes átomos, pois apesar desta molécula possuir um número par de elétrons na sua camada externa, funciona como dois radicais inseridos, existindo ainda inúmeras situações capazes de originar radicais livres, principalmente as que constituem a resposta fisiológica celular normal. Esta teoria pretende então comprovar, que uma produção incontrolada de radicais livres poderia causar uma lesão celular, iniciando assim o processo de envelhecimento, actuando durante toda a vida de um indivíduo deteriorando os seus componentes nucleares e citoplasmáticos, e conseqüentemente a perda progressiva da capacidade funcional celular. Apesar de não existir um fundamento directo na existência dos radicais livres, esta teoria baseia-se nos estudos realizados em animais, que comprovam que aqueles onde o seu consumo de oxigénio fosse maior à proporção do seu tamanho, tinham uma vida mais curta.

Netto e Borgonovi (1999) referem que a Teoria Imunitária encontra-se ligada às Teorias dos Sistemas Orgânicos que teve como ponto principal o facto de estes sistemas, ao apresentarem indícios de declínio com o avançar da idade, e conseqüentemente, demonstrarem sintomas de perda ou de diminuição das suas funções, poderia comandar o processo de envelhecimento, principalmente no sistema imunitário. A actividade deste sistema é exercida através do sistema celular, mediado pelo linfócito T e pelo sistema humoral, constituído pelas imunoglobulinas que têm a sua origem no linfócito B. Segundo as ideias concebidas sobre estes elementos, pensa-se que as alterações da imunidade celular são mais importantes que as da humoral, uma vez que os linfócitos T são os responsáveis pela manutenção do equilíbrio homeostático e pela vigilância imunológica do indivíduo. Assim, esta teoria baseia-se na diminuição

da actividade imunitária devido ao avanço na idade, explicando teoricamente o processo do envelhecimento.

A Teoria do Relógio Biológico, ainda mencionada por Netto e Borgonovi (1999) traduz-se na crença de que cada ser vivo apresenta uma duração máxima de vida, e que seria determinada pelo seu padrão genético. Desta forma, alguns estudiosos defendem e admitem que as células de um indivíduo teriam um relógio biológico intrínseco, caracterizado como uma sequência de eventos programados dentro do genoma, que daria início ao processo de envelhecimento, e que seria a extensão do programa de crescimento e desenvolvimento. Esta teoria considera então, que cada espécie teria um relógio biológico, cuja regulação varia consoante as espécies, embora mante-se a mesma relação entre os eventos.

A Teoria das Ligações Cruzadas caracteriza-se através da ligação cruzadas entre as moléculas de ADN e as proteínas, devido à acção de agentes oxidantes, de radiação ou de substâncias químicas, que poderiam alterar o código genético. Assim, segundo esta teoria o aumento da rede de ligações cruzadas prejudica a permeabilidade dos vasos sanguíneos, dificultando a passagem de nutrientes e metabólitos entre estes e as respectivas células. Esta situação de difusão inadequada iria originar um grande distúrbio na função celular e na redução da sua viabilidade (Netto e Borgonovi, 1999).

Relativamente às teorias comportamentais ou psicológicas estas estão relacionadas com os estudos direccionados para a psicologia do envelhecimento, ou seja, encontram-se dirigidas para as pessoas idosas, numa perspectiva de estádios desenvolvimentais, adoptando ainda uma visão relacionada com diversas características deste grupo, como por exemplo, a viuvez e a reforma (Paúl, 2006). Reforçando esta caracterização, encontram-se Vallespir e Morey (2007) que consideram estas teorias como a ferramenta para a compreensão e explicação das mudanças que ocorrem nos sistemas psicológicos dos indivíduos, com o avanço do tempo e da idade. Desta forma, podemos mencionar algumas das teorias psicológicas que caracterizam o envelhecimento.

Segundo Belsky (1999), a Teoria Psicanalítica do envelhecimento desenvolvida por Sigmund Freud, nas primeiras décadas do século XX, tinha como fundamento o comportamento do indivíduo. Segundo a concepção de Freud a personalidade de um indivíduo é formada durante a infância, permanecendo relativamente estável, possuindo ainda na sua camada mais profunda três aspectos de grande importância: o id, existente desde o nascimento caracterizava-se pelos instintos, desejos e necessidades que sentimos ao entrar no mundo; o ego, parte consciente do indivíduo, forma-se quando as

crianças percebem que as suas necessidades nem sempre podem ser satisfeitas, e o superego, desenvolve a internalização inconscientes das normas e ideais impostas pelos pais e pela sociedade. Assim, Freud considerava que o comportamento que os indivíduos apresentam durante idade avançada, é resultado da personalidade imposta durante os seus primeiros anos, através de diversos testes de funcionamento psicológico, como por exemplo a doença, a viuvez e reforma. Assim, é durante estas crises que o indivíduo quebra e desenvolve sintomas psicológicos, caso as suas experiências infantis não tenham sido as mais indicadas.

Ainda segundo Belsky (1999) a Teoria da Optimização Selectiva com Compensação, idealizada por Baltes, apoiava-se na ideia que este formulou de que uma vida bem-sucedida necessitava de selecção, uma vez que não nos é possível fazer todas as actividades, devemos escolher e guardar as nossas energias para as actividades que nos são mais importantes; de optimização, pois para termos um potencial maior devemos trabalhar muitos nas diversas áreas da vida; e por último de compensação, porque ninguém é capaz de fazer tudo sozinho, necessitamos de suportes externos. Assim, Baltes sugere às pessoas mais velhas que começam a ter consciência do declínio das suas capacidades, que limitem o máximo as suas actividades prioritárias, porque poderão fazer poucas mas com melhor qualidade, e que quando as perdas das suas capacidades seja total, peçam auxílio aos suportes externos de forma a compensar as funções perdidas.

Belsky (1999) refere também, a Teoria da Passagem para a Maturidade, apresentada por Jung, que se caracteriza-se pela divisão da vida adulta em duas fases, onde a meia-idade (40 anos) é o ponto de viragem. A primeira fase da vida adulta, encontra-se entre o período da puberdade até meados dos 30 anos, onde os indivíduos se consideram novos, energéticos e cheios de paixões pelos aspectos da vida, porém a partir dos 30 anos, a sua energia quer seja psicológica quer seja sexual começa a entrar em declínio, tomando conhecimento das suas limitações, sendo então a segunda fase da vida adulta. Para este autor, esta transição pode ser bastante perigosa, pois muitos indivíduos não conseguem abandonar o perfil psicológico associado à juventude, e prosseguir para uma orientação relacionada com a meia idade, acabando por estagnar e tornarem-se infelizes.

Por último, as teorias das ciências sociais pretendem explicar o envelhecimento através dos acontecimentos sociais que ocorrem no indivíduo à medida que este envelhece, como por exemplo as dificuldades individuais de adaptação dos indivíduos na entrada desta etapa da vida, as mudanças que ocorrem nas suas relações sociais e os

ganhos e as perdas numa perspectiva pessoal e social (Rodrigues et.al, 2010). As principais teorias sociais utilizadas na Gerontologia são a Teoria da Actividade e a Teoria do Desengajamento Social.

A Teoria da Actividade de acordo com Rodrigues et.al (2010) teve a sua origem em 1988, e caracterizava-se pelo incentivo ao desenvolvimento do lazer e da educação, não formal, com o objectivo de promover o bem-estar das pessoas idosas. Associada a esta teoria encontrava-se a ideia de que cada pessoa está vinculada às funções e aos papéis sociais que desempenha na sua vida, contudo ao iniciar a fase do envelhecimento muitas vezes, estes papéis e estas funções acabam-se por se perder, quer seja através da reforma, onde se retira o estatuto de trabalhador activo, quer seja perda de um cônjuge, onde se perde o papel esposo/a. Desta forma, esta teoria tendo em consideração estas perdas, pretende originar um autoconceito positivo para as pessoas idosas, através da substituição dos papéis sociais perdidos por outros novos, procurando novas actividades de forma a criar vínculos secundários, mas capazes de satisfazer o indivíduo como os perdidos. É então, necessário que a pessoa idosa esteja disposta a assumir novos papéis sociais, para continuar a se manter activa na sua sociedade.

Ainda de segundo Rodrigues et.al (2010) a Teoria do Desengajamento Social surgiu em 1961, e pretendia explicar o processo de envelhecimento relacionado com as mudanças que vão ocorrendo entre o indivíduo e a sociedade. Esta teoria pressupõe do princípio que as pessoas envelhecidas vão sendo retiradas, progressivamente, do sistema social, que na maioria dos casos são as próprias que vão diminuindo a sua interacção social, porque consideram vantajosas tanto para elas como para a sociedade. Assim, esta teoria considera que o afastamento das relações do entre o indivíduo e a sociedade, é muitas vezes um processo que ocorre de forma voluntária e satisfatório para o indivíduo, devido essencialmente ao aumento da sua autonomia e às oportunidades para dispensar tempo ao lazer, continua a ser funcional para a sociedade, uma vez que uma pessoa idosa vai colocar à disposição dos jovens a posição económico-social que ocupava.

Com o objectivo de dar relevância aos aspectos contextuais, sociais e físicos do processo de envelhecimento relacionados com a vida e a transacção do indivíduo com o ambiente em que se encontra, surgiu algumas teorias ambientais do envelhecimento. O modelo de Pressão-Competência de Lawton e Nahemow (1973), que segundo Paúl (2006) tem como pressupostos a competência individual dos idosos, bem como a pressão exercida pelo meio como factores essenciais para a adaptação ambiental dos

idosos, onde os traços individuais de cada indivíduo associam-se com as suas competências, ou seja, a capacidade que o indivíduo tem para funcionar em determinado meio ambiente. Desta forma, quanto menor for o nível de competência dos indivíduos, maior será a probabilidade de os factores do ambiente influenciarem o comportamento humano. E ainda o modelo de Congruência/Complementariedade de Carp e Carp (1984) que Paúl (2006) refere ser composto por duas partes, organizadas consoante o nível de necessidades e o tipo de congruência. Em relação à primeira parte esta refere-se às necessidades de baixa ordem, isto é, as de manutenção da vida. Porém, só devido às características dos indivíduos e do ambiente é possível facilitar/permitir/inibir a satisfação deste tipo de necessidades, através do desempenho adequado de actividades da vida diária. A congruência, diz respeito ao grau de complementaridade existente entre as competências dos indivíduos e os recursos ou barreiras existentes no meio, relevantes para as actividades da vida diária. A adaptação depende das competências dos indivíduos, das exigências do ambiente e da sua complementaridade. Assim sendo, este modelo considera os indivíduos com menor grau de competências e num ambiente pobre, mais propícios a não terem uma vida independente. Em relação à segunda parte do modelo, esta direcciona-se para as necessidades de ordem superior, novamente com as características do ambiente que podem facilitar/permitir/inibir a sua satisfação. O conceito de congruência direcciona-se para a semelhança entre a força das necessidades e da capacidade do ambiente dar respostas. Nesta segunda parte, não é importante o grau de necessidade de privacidade de um indivíduo, mas sim a semelhança existente entre as necessidades de privacidade e as possibilidades do meio. Assim, o resultado final deste modelo pressupõe a continuação de uma vida independente e com bem-estar que vão sendo afectadas pelas competências dos indivíduos, as exigências do ambiente, a complementaridade- compensação entre os indivíduos e o meio face à manutenção da vida, e por último a semelhança entre os mesmos relativamente às necessidades de ordem superior e as características de personalidade (Paúl, 2006).

Durante o processo de envelhecimento ocorre um outro aspecto bastante importante, nomeadamente a perda das capacidades cognitivas dos idosos. Segundo Wechsler (1958), é possível diferenciar o que chamamos de declínio “normal” nos indivíduos e uma perda anormal. Embora não seja possível indicar onde um termina e o outro começa, considera-se declínio “normal” uma perda cognitiva nos indivíduos de idade avançada. O declínio mental com o aumento da idade, é então, parte integrante do processo dos organismos, que ao contrário das nossas capacidades físicas mantêm-se

relativamente intacto até idade avançada, excepto em casos ocasionais. Contudo, quando as capacidades de um indivíduo atingem o seu limite, começam a entrar em declínio, embora este limite não seja igual em todas as capacidades, variando em idade.

Ainda de acordo com esta concepção, Moody (2006) refere que algumas das capacidades cognitivas dos indivíduos, como o simples facto de lembrar ou de resolver problemas, são afectadas pelo avanço na idade e doenças relacionadas com alterações no cérebro. Sendo o aspecto do funcionamento psicológico mais afectado pelo envelhecimento, uma vez que a cognição é o elemento com maior efeito sobre a capacidade de realizar certas actividades que consideramos básicas no nosso dia-a-dia.

1.3 O Serviço Social e as políticas sociais para pessoas idosas em Portugal

Relativamente à definição que caracteriza o Serviço Social, a FIAS (2012), considera esta disciplina capaz de “promover a mudança social, resolução de problemas nas relações humanas e a capacidade e empenhamento das pessoas para melhorar o bem-estar. Utilizando teorias de comportamento humano e sistemas sociais, de trabalho social intervém nos pontos onde as pessoas interagem com seus ambientes. Princípios dos direitos humanos e justiça social são fundamentais para o trabalho social”. O Serviço Social é ainda considerado pelas FIAS, citado por ONU (1999: 17), como “uma actividade de defesa dos Direitos Humanos, tendo por princípio base o valor intrínseco de cada ser humano e como um dos seus princípios objectivos a promoção de estruturas sociais equitativas, capazes de oferecer às pessoas segurança e desenvolvimento, ao mesmo tempo que defendem a sua dignidade”.

A IASSW (2001), refere que o trabalho social encontra-se em inúmeras e distintas áreas, tendo como principal objectivo permitir que todas as pessoas possam desenvolver o seu potencial, enriquecendo as suas vidas, prevenindo ainda a disfunção. Por este motivo, o Serviço Social trabalha e centra-se essencialmente na resolução dos problemas e das mudanças que possam surgir na sociedade em que se insere, tendo como principais agentes de mudança os Assistentes Sociais.

Segundo ainda a IASSW (2001) o trabalho social cresceu baseado em ideias humanitários e democráticos, tendo como principais valores o respeito pela igualdade e dignidade do indivíduo, desenvolvendo-se em torno dos direitos humanos e justiça social como os grandes percursos do trabalho social. Auxiliando ainda os mais desfavorecidos, empenhando-se na redução da pobreza e na promoção da inclusão

social. A sua prática tem a capacidade de enfrentar e derrubar as desigualdades e injustiças existentes, respondendo a situações de emergência.

O Serviço Social enquanto profissão caracteriza-se devido ao carácter interventivo e sócio-político, utilizado com o intuito de analisar e intervir nas variadas questões sociais da nossa sociedade, nomeadamente nas desigualdades que resultam da oposição da socialização da produção e do apoderamento privado dos ganhos do trabalho. Devido a estes factos, encontramos a acção do Serviço Social nas mais variadas áreas, desde a justiça, à habitação até à educação, tendo como função promover e desenvolver programas e serviços para melhorar as questões que se encontram associadas a estas áreas. Caracterizando-se como um sistema de ajuda na área das políticas sociais, com o intuito de fazer frente às questões sociais (CNEC, n.d.)

O assistente social é classificado pela ONU (1999) como o profissional que participa e intervém no planeamento, na orçamentação, na execução, na avaliação e na modificação das políticas e serviços sociais, que pretendiam prevenir situações de crise ou de risco no seio de diversos grupos e sociedades. Actualmente, os assistentes sociais continuam a ser considerados como os implementadores do bem-estar social, embora este facto não torne fundamentalmente o Serviço Social como o ponto central da protecção social, relativamente à formação de políticas, de gestão de serviços ou da introdução de inovações, referindo ainda que a acção desempenhada por estes têm o propósito de ajudar os grupos menos favorecidos a fazerem parte da política social (Mc Donough, 1999).

A acção social desempenhada pelos assistentes sociais desenvolve-se, de acordo com Buchanan (2008), de uma forma bastante idêntica a nível global, seguindo uma linha condutora baseada em primeiro lugar, na consciência das injustiças e problemas sociais, mencionando que possivelmente uma nova construção social de um problema já antigo pode prejudicar não só os indivíduos mas também a estabilidade da própria sociedade; seguida da necessidade de se realizarem estudos científicos e pesquisas que fomentem os problemas sociais para que as sociedades ajam, e por último, referencia-se na acção legislativa a fim de obter uma maior justiça, através dos benefícios para as famílias, pensões, trabalhando com os mais desfavorecidos.

Actualmente, o serviço social e a acção social tornaram-se partes integrantes das políticas e das práticas das sociedades, através das quais as diferentes formas de pensamento sobre a sociedade são derrubadas, sendo então, extremamente importante que o assistente social tenha acesso às ferramentas conceptuais necessárias para um

desempenho adequado na prática das sociedades em que vivemos, não devendo nunca se posicionar acima das políticas adoptadas (Drakeford, 2008).

As políticas sociais são um importante utensílio para os assistentes sociais, como forma de combate às injustiças sociais. Não podemos nos esquecer que cada vez mais se torna evidente um fosso entre os mais ricos e os mais pobres, e por isso mesmo o Estado é considerado de grande utilidade, na forma como contempla os direitos dos cidadãos no seu plano social (Carey-Bélanger, 2001).

Relativamente ao conceito de política social, Alcock (2008: 2) definiu-a como as “acções tomadas no seio da sociedade para desenvolver e oferecer serviços para as pessoas, a fim de satisfazer as suas necessidades de bem-estar”, ou seja, a política social caracteriza-se como as acções desenvolvidas pelas partes políticas do Estado, no meio em que este se encontra, promovendo o bem-estar dos indivíduos, mas também permitindo aos académicos o estudo dessas acções (Alcock, 2012). Para compreender a essência das políticas sociais, Hill (2003) refere a necessidade de descrever as políticas e as organizações que compõem o sistema de serviço social, uma vez que estas são utilizadas principalmente na definição do papel do Estado face ao bem-estar dos seus cidadãos.

Devido a estes factores, Carey-Bélanger (2001) considera extremamente necessário que os assistentes sociais tenham conhecimento das condições que originaram as políticas sociais e do processo político, de forma a conseguirem reconhecer os resultados obtidos das diferentes racionalidades dos indivíduos a quem se aplicam, conhecer o motivo pelo qual as políticas sociais se apresentam de determinada forma, direccionando-se para uma autonomia social e reforçando ainda as ligações existentes entre eles e a população que auxiliam.

A prática do Serviço Social entre as pessoas idosas resulta da complexidade e da diversidade desta população específica, não sendo possível classificar as pessoas idosas como um grupo homogéneo. Este aspecto leva a que a prática do Serviço Social entre a população idosa seja encarada como um desafio, pois cada pessoa idosa tem uma cultura, religião e até capacidades diferentes, tendo vivido experiências distintas ao longo da sua vida, variando de indivíduo para indivíduo e até mesmo entre escalões etários. Diferenciando-se da restante população na prática do Serviço social devido ao facto de viverem mais experiências relacionadas com problemas de saúde, e por conseguinte necessitarem de mais apoio por parte dos serviços de saúde e de cuidados pessoais (Hughes e Heycox, 2010).

Cada vez mais temos assistido a uma emergência de políticas sociais associadas ao envelhecimento, devido em grande parte ao aumento da esperança média de vida e das condições de saúde que os países desenvolvidos oferecem aos seus cidadãos. Dominelli (2009) refere que este fenómeno levou à necessidade de criar políticas que abrangesse esta parte da população, como resposta à falta de condições, quer seja a nível habitacional, de saúde, ou mesmo financeiro, associando-se também à questão do isolamento social, que segundo vai promover o aparecimento de oportunidades de participação em actividades que podem partilhar com outras pessoas na mesma situação, sendo por isso bastante importante o Serviço Social e o seu auxílio no seio deste grupo.

O envelhecimento populacional continua ainda a ser associado à idade da reforma, e consequentemente marcado pela ambivalência de uma marginalização social e pela desvalorização económica, devendo-se aplicar nas sociedades intervenções e políticas que venham trazer maior bem-estar para esta população específica (Fernandes, 1997).

Relativamente à descrição do que são estas políticas sociais direccionadas para a população em envelhecimento podemos por um lado apresentar a concepção de Fernandes (1997) que as associa a uma intervenção social de apoio, resultante da construção social do que é “ser velho” considerada em muitas sociedades como um problema social, e por outro a definição de Guillemard (2000: 19) que descreve estas políticas como “o conjunto das intervenções públicas que estruturam, de forma explícita ou implícita, as relações entre a velhice e a sociedade”.

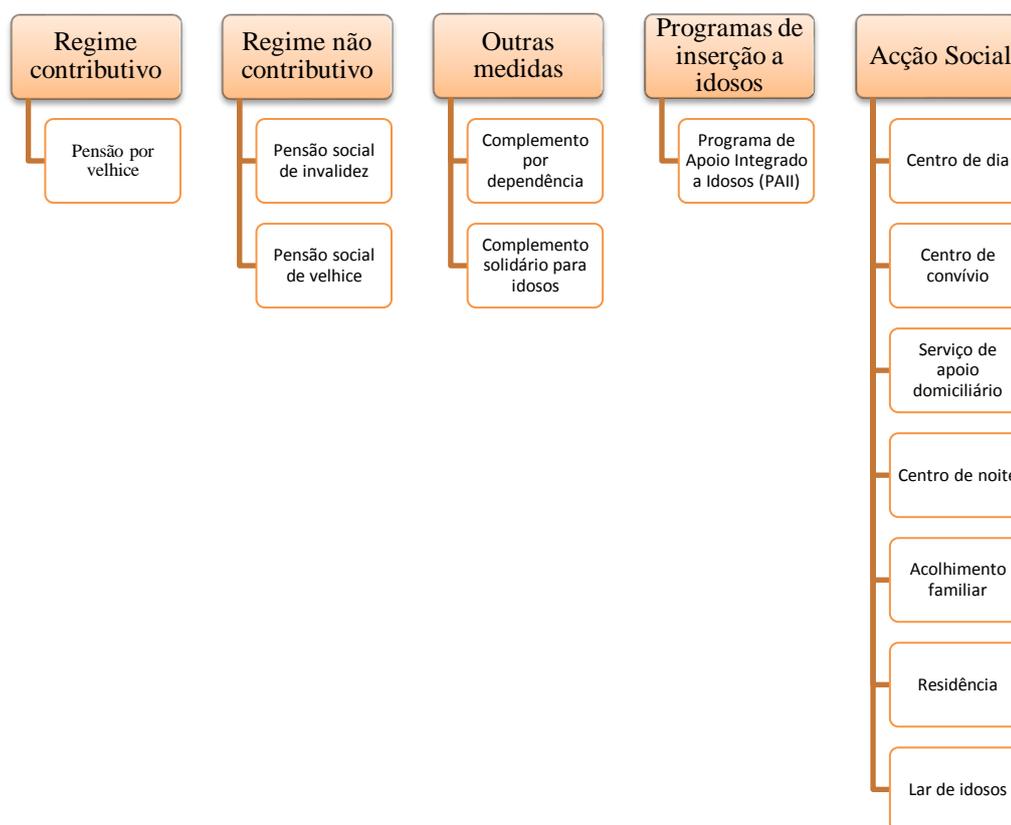
Apesar de o envelhecimento não estar totalmente ligado à doença ou à incapacidade física, Cox (2008) refere que é possível associá-lo a taxas progressivas de dependência. Esta dependência causa inúmeros problemas às pessoas idosas, impedindo-as de prosseguir uma vida autónoma, dificultando a realização de certas tarefas que consideramos básicas. Referindo ainda que apesar de a principal fonte de assistência seja a família, quando estes não conseguem realizar este auxílio é possível direccioná-la para os serviços formais, que na maioria dos casos é da responsabilidade do próprio Estado, prestando serviços a níveis de cuidados e bem-estar das pessoas idosas. Por este motivo, cada vez mais estes serviços desenvolvem-se para que seja possível abranger o maior número de pessoas, aumentando assim a sua disponibilidade, o que resulta no afastamento da família no auxílio dos seus familiares. Também Cirne (1994) reforça o papel que as famílias assumem nos cuidados das suas pessoas idosas, mas que devido às dificuldades actuais, quer seja a falta de disponibilidade devido às suas profissões, quer

seja a nível financeiro, auxiliam-se cada vez mais nos serviços que as sociedades oferecem, nomeadamente através dos profissionais dos serviços institucionais.

Segundo Takamura (2008) os países têm desenvolvido programas de apoio às pessoas idosas mais dependentes, através de serviços de prestação de cuidados, serviços de saúde, apoio domiciliário e mesmo através de pensões que para aqueles que continuam capazes de viver uma vida independente, mas que não possuem os recursos financeiros necessários para levar uma vida condigna, sendo a mais conhecida a pensão associada à reforma. Porém, no que se refere aos países menos desenvolvidos, este aponta inúmeras preocupações relativamente às políticas de apoio às pessoas idosas, inclusive podendo originar situações de risco, devido em parte pelo o impacto a nível financeiro directo causado pelos programas públicos de saúde e pensões, e por outro, a potencial origem de efeitos indirectos negativos na produtividade, referindo ainda a importância de criar políticas que permitam e facilitem a integração de uma distribuição do trabalho e do capital, de forma a aumentar a produtividade global.

Ao contrário da maioria dos países da Europa, o sistema de Protecção Social português, de acordo com Salselas (2007) estrutura-se e desenvolve-se tardiamente, encontrando-se numa situação sócio-económica desfavorável, com o crescimento a decrescer tanto na economia europeia como na mundial, juntamente com o aumento do envelhecimento demográfico a exercer pressão sobre os sistemas da Segurança Social. Motivo que levou ainda segundo Salselas (2007) a que o sistema público de Segurança Social português tivesse que tomar algumas medidas capazes de garantir à população mais envelhecida o direito a determinados rendimentos, para que pudessem assegurar as condições básicas de vida em situações de pobreza e exclusão social, como podemos observar na figura 2.

Figura 1.2: Medidas do sistema público português de apoio a idosos



Nas medidas de regime contributivo, a Segurança Social (2012b) implementou as pensões por velhice, que se classificam como uma prestação, fornecida mensalmente, com o intuito de proteger os beneficiários do regime geral de segurança social, quando atingem a idade legalmente considerada como adequada para o fim da actividade profissional, no caso de Portugal os 65 anos de idade. Para uma pessoa idosa ter acesso a esta pensão necessita de cumprir alguns requisitos, nomeadamente o cumprimento dos 15 anos civis, seguidos ou interpolados, com registo de remunerações e o alcançar dos 65 anos, sem prejuízos de regimes e medidas especiais de antecipação. Contudo, um indivíduo pode ainda usufruir da pensão de velhice antecipada, caso este tiver no mínimo 55 anos de idade, completado 30 anos civis de registo de remunerações, até à idade em questão, tiver exercido actividades profissionais consideradas desgastantes, medidas de protecção específica a empresas por motivos conjunturais e por último, em caso de desemprego involuntário de longa duração.

Relativamente às medidas de regime não contributivo, que pretendem garantir a protecção social na invalidez e na velhice a Segurança Social (2012b), apresenta a pensão social de invalidez e a pensão social de velhice. Relativamente à primeira, têm

direito os cidadãos nacionais, residentes em Portugal e ainda os cidadãos da União Europeia, Cabo Verde, Canadá, Austrália e Brasil que estejam abrangidos pelo estatuto de igualdade de direitos caso, não se encontrem abrangidos por nenhum regime de protecção social obrigatório ou se estiverem que cumpram o prazo de garantia para atribuição desta pensão (5 anos para invalidez relativa e 3 anos para invalidez absoluta) com registo de remunerações. Para obter a pensão social de invalidez é necessário ter mais de 18 anos, sofrer de incapacidade permanente para qualquer profissão desde que seja confirmada pelo Sistema de Verificação das Incapacidades e ter um rendimento mensal líquido igual ou inferior a 167,69€ no caso de ser pessoa individual, e 251,53€ quando se tratar de um casal. No caso da segunda, nomeadamente a pensão social de velhice podem usufruir os mesmos cidadãos descritos na pensão anterior, não devendo usufruir de nenhum regime de protecção social obrigatório, mas se estiverem devem cumprir o prazo de garantia para atribuição da pensão social de velhice (15 anos) com registo de remunerações e por último, sendo pensionistas de velhice ou sobrevivência, tenham direito a pensão de valor inferior ao da pensão social. Para ter direito a esta pensão, os indivíduos devem ter idade igual ou superior a 65 anos e rendimentos mensais ilíquidos iguais ou inferior a 167,69 € ou 251,53€ no caso de ser casal.

Podemos ainda encontrar outras medidas implementadas pela Segurança Social (2012b) aplicadas às pessoas idosas, como por exemplo o complemento por dependência e o complemento solidário para idosos. Relativamente ao primeiro mencionado, este destina-se a pessoas que sejam pensionistas e que se encontrem numa situação de dependência necessitando de apoio por parte de outrem na execução das necessidades básicas da vida diária, bem como aquelas que não usufruem de nenhuma pensão mas que se encontrem numa situação de incapacidade de locomoção derivada por alguma doença. O segundo complemento referido, caracteriza-se como uma prestação monetária atribuída mensalmente a pessoas com baixos recursos, complementando a pensão que a pessoa idosa já tem direito. Para se poder usufruir deste complemento deve-se ter idade igual ou superior a 65 anos, viver há pelo menos 6 anos em Portugal, se for casado ou a viver em união de facto há dois anos os recursos do casal devem de ser inferiores a 8.788,50€ por ano e o recurso da pessoa que pede deve ser inferior a 5,022€, caso este não seja casado nem esteja a viver em união de facto há dois anos os seus recursos devem ser inferiores a 5,022€ por ano.

Relativamente a programas de inserção a idosos postos em prática pela Segurança Social (2012b) portuguesa, podemos mencionar o PAII, caracterizado como um

conjunto de medidas que pretendem contribuir para uma melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas, especialmente no meio em que esta se encontram, desenvolvendo projectos a nível central e local. Este programa teve origem a partir do Despacho Conjunto, de 1 de Julho de 1994, dos Ministros da Saúde e do Emprego e da Segurança Social, sendo financiado por 1,7% dos resultados líquidos dos jogos sociais explorados pela Santa Casa da Misericórdia. Destina-se não só a pessoas com 65 anos ou mais, mas também as suas famílias, vizinhos e a comunidade em geral e tem como objectivos:

- Promover a autonomia das pessoas idosas ou com dependência, no meio em que se insere;
- Estabelecer medidas que venham a melhorar a mobilidade e acessibilidade aos serviços;
- Implementar respostas com o intuito de auxiliar as famílias que prestam cuidados a pessoas com dependências, principalmente idosos;
- Promover e apoiar a formação dos prestadores de cuidados informais ou formais, ou seja, os profissionais, os familiares e voluntários;
- Desenvolver medidas que visam a prevenção do isolamento e da exclusão;

A Acção Social implementada pela Segurança Social (2012a) no nosso país tem como pressuposto ser um sistema que pretende prevenir e reparar as situações de carência, desigualdade sócio-económica, de dependência, de disfunção, de exclusão, pretendendo ainda a integração e a promoção comunitária das pessoas. Através de uma rede nacional de serviços e equipamentos sociais para as pessoas idosas, oferecendo inúmeras respostas sociais:

- Centro de dia, assegurando as refeições e cuidados de higiene aos idosos no seu meio sócio-familiar;
- Centro de convívio, proporcionando serviços de apoio ao desenvolvimento de actividades sócio-recreativas e culturais;
- Serviço de apoio domiciliário, assegurando a prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio do idoso, quando este por qualquer motivo não o possa assegurar;
- Centro de noite, assegurando o acolhimento nocturno, especialmente para pessoas idosas com autonomia, que por se encontrarem em situações de

solidão ou insegurança, desejam continuar a viver na sua casa, mas necessitam de um acompanhamento durante a noite;

- Acolhimento familiar, integrando o idoso, temporária ou permanente, em famílias consideradas idôneas, quando por ausência de familiares ou de respostas sociais não possam continuar em sua casa;
- Residência, através de um conjunto de apartamentos com serviços de utilização comum, para pessoas idosas que possam cuidar da sua habitação;
- Lar de idosos, equipamentos de alojamentos colectivo para pessoas idosas em situação de maior risco de perda de independência ou autonomia.

1.4 Diagnóstico social do envelhecimento em Portugal

Actualmente, o envelhecimento demográfico é considerado o fenómeno mais importante do século XXI nos países desenvolvidos, devido às modificações que trouxe ao nosso estilo de vida e ao aparecimento de novas implicações na esfera sócio-económica (INE, 2011).

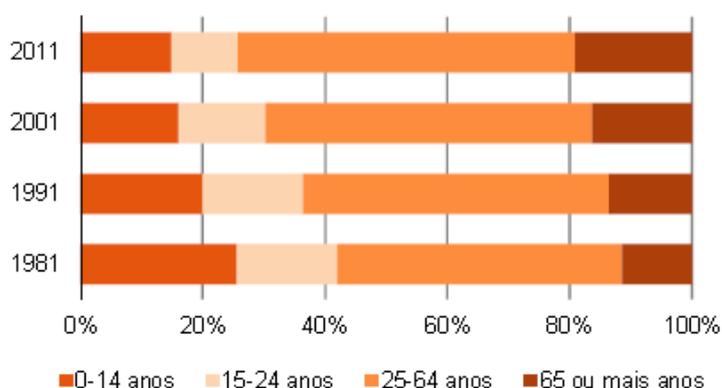
Nas últimas décadas temos vindo a registar alterações na estrutura demográfica da população portuguesa, que devido ao aumento da esperança média de vida, da redução da taxa de natalidade e dos fluxos migratórios, está cada vez mais envelhecida. Segundo Carilho e Gonçalves (2004) através dos resultados exploratórios dos Censos de 1991 e 2001, verificou-se uma duplicação do número de pessoas com 65 anos ou mais nas últimas quatro décadas, passando de 8% em 1960, para 11% em 1981, 14% em 1991 e 16% em 2001. Segundo as projecções demográficas elaborados pelo INE prevê-se uma nova duplicação desta proporção nas próximas décadas. Estimando-se que em 2050 a população idosa irá representar cerca de 32% do total da população.

Devido a estes acontecimentos, o INE (2011) continua a destacar o fenómeno do duplo envelhecimento da população, isto é, o aumento da população idosa e a redução da população jovem, uma vez que temos vindo a observar a sua constante evolução ao longo dos anos, devido em grande parte à esperança média de vida e à redução da taxa de natalidade. Este facto pode ser comprovado através dos dados de 1981, onde era possível constatar que cerca de $\frac{1}{4}$ da população portuguesa pertencia à faixa etária jovem (0-14 anos) e apenas 11,4% da população encontrava-se na faixa etária dos mais idosos (com 65 anos ou mais), enquanto que em 2011, os resultados apurados

indicavam que cerca de 15% da população encontrava no grupo etário mais jovem (0-14 anos) e 19% no escalão mais alto (65 anos ou mais).

Observando o gráfico apresentado em baixo, verificou-se uma redução da população jovem (0-14 anos) de 5,1% e da população em idade activa de 22,5%, entre o período de 2001 e 2011. Todavia, relativamente às faixas etárias mais altas verificou-se o inverso, aumentando em cerca de 19,4% na população idosa (65 anos ou mais) e 5,3% na população entre os 25 e 64 anos.

Figura 1.3: Estrutura demográfica da população residente em Portugal, por escalões etários nos últimos trinta anos



Fonte:INE, Censos 2011 - resultados provisórios

Tendo em atenção os dados obtidos pelo INE (2011) por NUTS II em simultâneo com os grupos etários¹, é possível verificar que as Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira são as que apresentam percentagens mais elevadas na faixa etária mais jovem (0-14 anos), 17,9% e 16,4% respectivamente. Logo de seguida vem a região de Lisboa (15,5%), o Norte (15,1%) e o Algarve (14,9%). Em contrapartida, as regiões do Alentejo e do Centro são as que apresentam percentagens mais elevadas no escalão etário idoso (65 anos ou mais), 24,3% e 22,5%, correspondentemente.

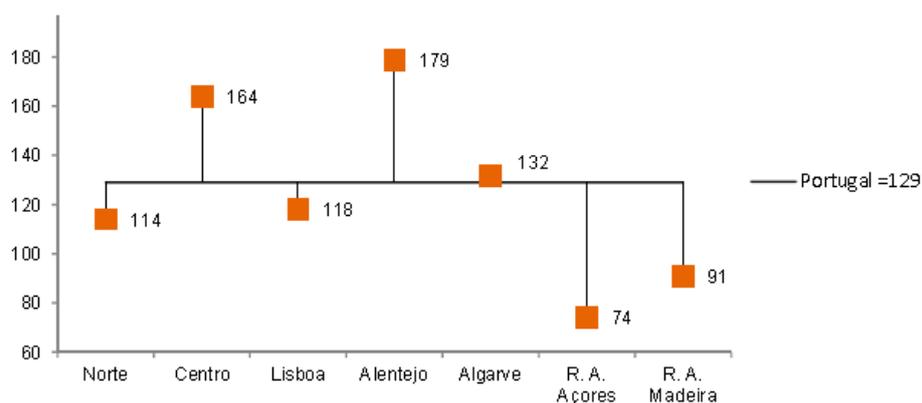
Segundo ainda o INE (2011), podemos referir que a distribuição da população por sexo, face ao escalão etário, segue o mesmo padrão de semelhança relativamente aos dados obtidos nos últimos 10 anos. No escalão etário jovem (até aos 24 anos) existe uma predominância do sexo masculino, cerca de 13,1% para 12,6% do sexo feminino.

¹Ver CD-ROM: “Anexo 1: Estrutura demográfica da população por NUTSS II e por escalões etários, em 2011”.

Nos escalões etários mais velhos, esta tendência inverte-se, observando-se uma prevalência do sexo feminino, face ao sexo masculino. Assim, no escalão etário dos 25 aos 64 anos, a percentagem de população do sexo feminino é de 28,5%, para 26,6% do sexo masculino. Enquanto que no escalão dos 65 anos ou mais, verifica-se uma predominância de 11% do sexo feminino para 8% do sexo masculino².

Como já foi referido anteriormente, Portugal apresenta uma percentagem de população idosa (65 anos ou mais) a rondar os 19 %, no ano de 2011. Contudo, este valor contrasta com os 16 % apresentados na década anterior, e com os 8% da década de 60. Observando-se, de acordo com o INE (2011) um constante aumento do número de pessoas idosas em Portugal, que pode ser observado através do índice de envelhecimento da população. Este índice representa o valor mensurável entre o número de pessoas idosas (65 anos ou mais) e o número de jovens (0-14 anos), exprimindo-se na sua maioria das vezes pelo número de idoso por cada 100 pessoas até aos 14 anos. Apurando-se que em 2011, o índice de envelhecimento populacional é de 129, o que significa que Portugal tem actualmente um número mais elevado de população idosa do que população jovem. Observando-se então, um decréscimo do número de municípios com o índice de envelhecimento menor ou igual a 100, sendo 85 em 2001 e 45 em 2011, acentuando cada vez mais o predomínio da população idosa sobre a população jovem.

Figura 1.4: Índice de envelhecimento em Portugal, por NUTS II em 2011



Fonte: INE, Censos 2011 - resultados provisórios

²Ver CD-ROM: “Anexo 2: População residente em %, segundo o grupo etário e sexo por NUTS II, em 2011”.

Consultando os dados relativos ao índice de envelhecimento por NUTS II, é possível verificar que as Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira são mais uma vez, as que apresentam os menores índices de envelhecimento do país, com 74 e 91, respectivamente. Por outro lado, o Alentejo e o Centro são as regiões que apresentam os valores mais elevados, principalmente ao comparar com a média de Portugal (129), respectivamente, 179 e 164.

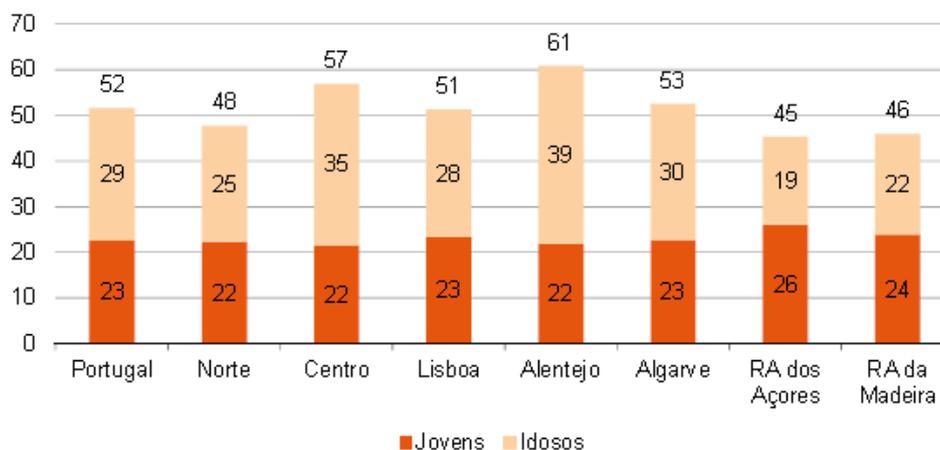
De acordo ainda com o INE (2011), o agravamento do envelhecimento demográfico da população portuguesa é visível em praticamente todo o território nacional. Em 2011, 16 dos 308 municípios apresentaram um índice de envelhecimento inferior aos registados em 2001, deixando de se um fenómeno apenas registado nos municípios do interior, alastrando-se por todo o território. Actualmente, o município da Ribeira Grande situado na Região Autónoma dos Açores é o que apresenta um menor índice de envelhecimento do país, com cerca de 37,3. Contrariamente, encontra-se o Município de Penamacor com 599,5 apresentando o maior índice de envelhecimento de Portugal³.

Um outro indicador importante para compreender a dimensão deste fenómeno marcante do século XXI, é o índice de dependência total, que se traduz na relação existente entre a população jovem e idosa e a população em idade activa, ou seja, entre o escalão etário dos 0 aos 14 anos em conjunto com o dos 65 anos ou mais e a população dos 15 aos 64 anos. Contudo, é necessário ainda tomar conhecimento do conceito de índice de dependência de idosos, que consiste na relação entre o número de idosos (65 anos ou mais) e a população em idade activa (15-64 anos). Desta forma, o índice de dependência total permite compreender o esforço que a sociedade exerce sobre a população activa, que de acordo com o INE (2011), registou na última década um agravamento do esforço da sociedade sobre a população activa, em cerca de 4%. Referindo ainda, que esta tendência continuará a agravar-se caso não se verifique uma inversão da diminuição da natalidade.

Comparando os dados obtidos pelo INE (2011) sobre nos Censos de 2001 e 2011, verificou-se que o índice de dependência total aumentou de 48 para 52, respectivamente. Este facto foi o resultado do aumento do índice de dependência dos idosos, que na última década, aumentou 21%.

³Ver CD-ROM: “Anexo 3: Índice de Envelhecimento de Portugal, por Municípios em 2001 e 2011”.

Figura 1.5: Índice de dependência total, por NUTS II, em 2011



Nota: Por razões de arredondamento o total pode não corresponder à soma das parcelas.

Fonte: INE, Censos 2011 - resultados provisórios

Observando o gráfico apresentado em cima, verificamos que as regiões mais equilibradas entre a população jovem e a população idosa sobre o número de pessoas activas são as Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira, com 45 e 46, respectivamente. Em contrapartida, o Alentejo é a região com o índice mais elevado de dependência de pessoas idosas, cerca de 61, por cada 100 pessoas em idade activa seguido pela região Centro, com 57.

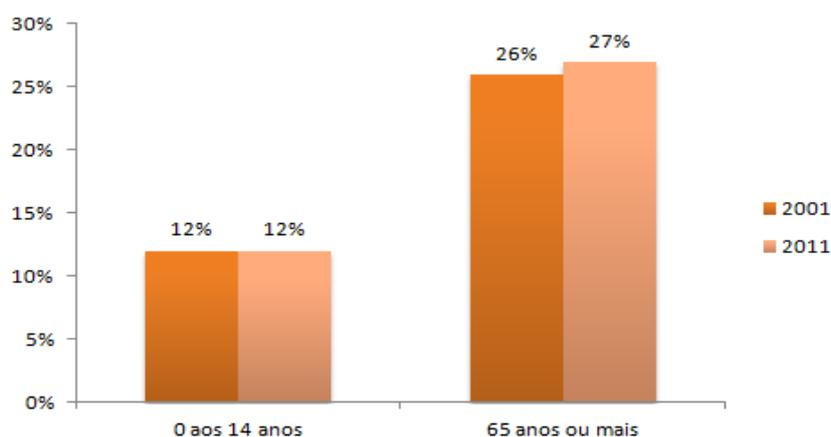
Desta forma, estes resultados apresentados são a prova de que o perfil demográfico de Portugal tem vindo a sofrer constantes aumentos da população mais idosa, e progressivamente uma diminuição da população mais jovem (INE, 2011).

O concelho de Coruche, onde se pretende aplicar este projecto de intervenção, está situado na margem sul do Tejo, onde se faz a transição do Ribatejo para o Alentejo. Este concelho tem uma superfície de 1120,2 km², sendo o mais extenso do distrito de Santarém, ficando ainda em décimo lugar a nível nacional. Segundo o INE (2011), o concelho de Coruche possui cerca de 19 914 habitantes, onde 9 526 são homens e 10 418 mulheres. Comparando com os dados de 2001, observa-se um decréscimo de 1 418 habitantes, visto que neste ano a população total era 21 332 habitantes, originando assim uma taxa de variação negativa⁴. Contudo, para além desta tendência demográfica

⁴ Ver CD-ROM: “Anexo 4: População Residente, 1991 e 2001” e “Anexo 5: População residente, segundo grupos etários e sexo, em 2011”.

negativa o envelhecimento da população vem evidenciar a decrescente evolução da estrutura populacional do concelho de Coruche.

Figura 1.6: População Residente no concelho de Coruche por Grupos Etários, em 2001 e 2011

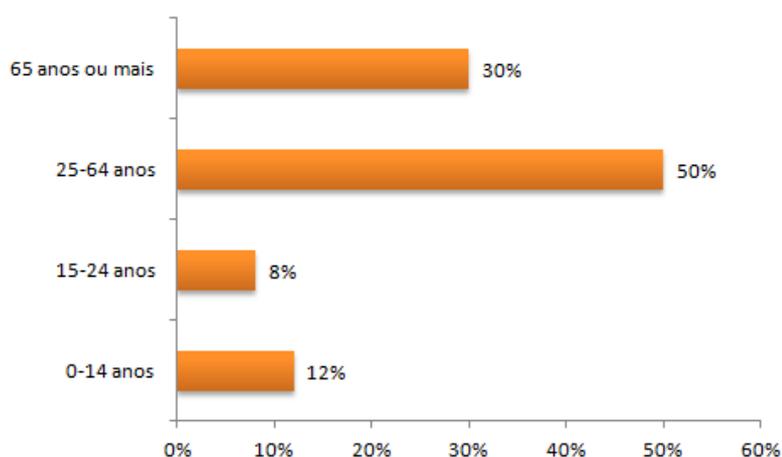


Fonte: Adaptado do Conselho Local de Acção Social Coruche (2004), Diagnóstico Social de Coruche e do INE, Censos 2011 - resultados provisórios⁵

Ao observarmos a representação gráfica dos dados de 2001 e de 2011 sobre o concelho de Coruche, é possível verificar a existência da tendência referida anteriormente, uma vez que é marcante o aumento do grupo de idosos, embora no caso dos jovens se tenha mantido. Comparando, então os valores obtidos entre ambos é possível, verificar que a camada mais jovem manteve os 12% do total da população, enquanto a camada mais velha, passou de 26% (2001) para 27% (2011). Todavia, é importante lembrar que o número de habitantes entre este período teve uma grande diminuição, o que poderá ou não ter contribuído para estas percentagens.

⁵ Ver CD-ROM: “Anexo 4: População Residente, 1991 e 2001” , “Anexo 5: População residente, segundo grupos etários e sexo, em 2011” e “Anexo 6 : População Residente no concelho de Coruche por Grupos Etários e Sexo, 2001”.

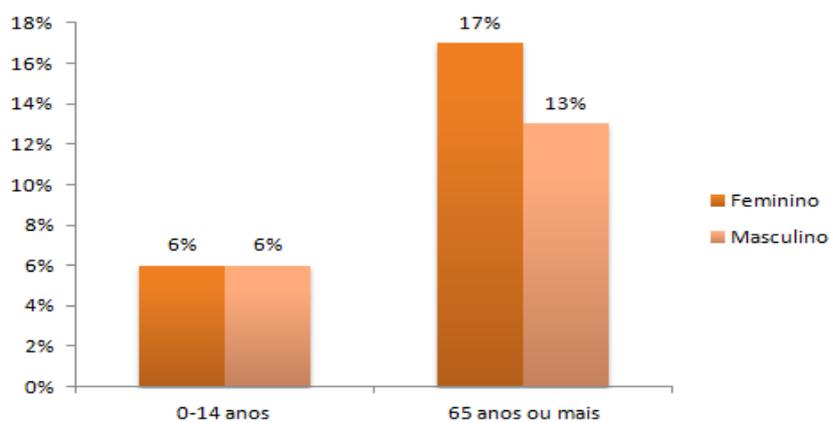
Figura 1.7: Repartição da população por grupo etário no concelho de Coruche, em 2011



Fonte: Adaptado do Conselho Local de Acção Social Coruche (2004), Diagnóstico Social de Coruche e do INE, Censos 2011 - resultados provisórios⁶

Observando o gráfico acima apresentado, é possível verificar que no concelho de Coruche cerca de metade dos seus habitantes encontra-se no grupo etário considerado activo, ou seja, dos 25 anos aos 64 anos. Contudo, o grupo etário que predomina logo após o grupo activo é o grupo dos 65 anos ou mais, correspondendo a 30% da população total. Seguindo-se pela camada dos 0 aos 14 anos com 12%, e em último o grupo dos 15 aos 24 anos, correspondente a apenas 8% da população.

Figura 1.8: Redistribuição da população do concelho de Coruche por sexo, dos 0-14 anos e dos 65 anos ou mais, em 2011



Fonte: Adaptado do INE, Censos 2011 – Resultados Provisórios⁷

⁶ Ver CD-ROM: “Anexo 5: População residente, segundo grupos etários e sexo, em 2011”.

⁷ Ver CD-ROM: “Anexo 5: População residente, segundo grupos etários e sexo, em 2011”.

Tendo em atenção os dados relativos ao grupo etário jovem e o grupo etário idoso, redistribuído por sexo, é possível observar que relativamente ao primeiro (0-14 anos) não existem diferenças a nível de sexo, ambos apresentam 6%. Contudo, o grupo dos 65 anos ou mais apresenta uma diferença significativa entre a repartição desta população por sexo, onde cerca de 17% desta população é do sexo feminino e apenas 13 % corresponde ao sexo masculino.

Desta forma, podemos perceber que este concelho segue uma linha que vai evidenciando um envelhecimento demográfico, e uma diminuição da camada dos mais jovens, seguindo a evolução também evidenciada em praticamente todo o Portugal.

Os factos apresentados anteriormente indicam a necessidade de se construírem infraestruturas e equipamentos sociais dedicadas à população mais envelhecida, uma vez que o índice de dependência da população idosa tem vindo a aumentar progressivamente.

1.5 Concelho de Coruche e as respostas sociais existentes

O concelho de Coruche, como já foi referido anteriormente, ocupa uma superfície de 1117 km², onde se distribuem oito freguesias, Fajarda, Santana do Mato, Erra, Biscainho, Lamarosa, Branca, Couço e Coruche. Todavia, num concelho tão vasto apenas as últimas duas freguesias possuem uma resposta social de Lar de Idosos, embora esteja a ser edificado um Lar de Idosos na Freguesia da Lamarosa, não tendo data para estar concluído.

A freguesia do Couço, conta apenas com dois equipamentos sociais de institucionalização de pessoas idosas, o Lar de Santo António do Couço (IPSS), que segundo dados apurados pelo Conselho Local de Acção Social Coruche (2004), tem vindo progressivamente a alargar a sua capacidade e conseqüentemente o seu número de utentes, e a Casa de Repouso de Santa Justa, que existe desde 2002 e caracteriza-se como Lar lucrativo.

Quadro 1.1: Evolução do Nº de Utentes na Casa de Repouso de Santa Justa, 2002 a 2004

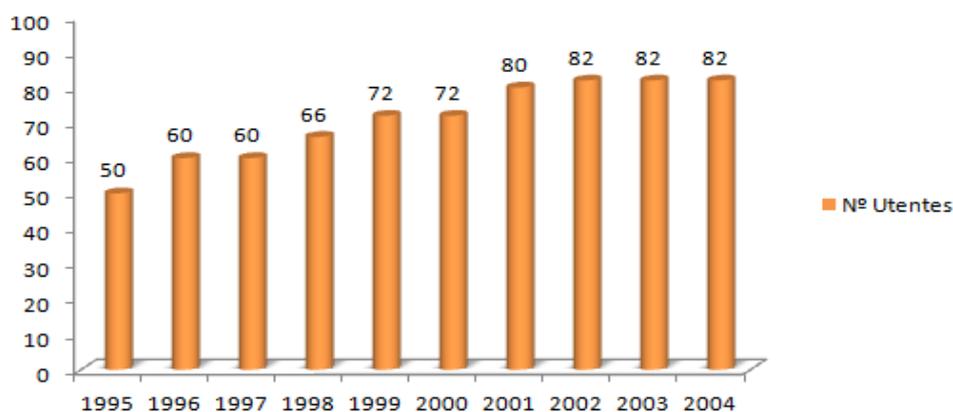
Nº de Utentes		Nº Utentes Lar		Capacidade	
	Lar		Lista de Espera		Lar
2002	28	2002	3	2002	28
2003	28	2003	4	2003	28
2004	28	2004	4	2004	28

Fonte: Conselho Local de Acção Social Coruche (2004), Diagnóstico Social de Coruche

Relativamente a este último equipamento, e como é possível observar através dos dados de 2004, a oferta de vagas e a procura pelos utentes permite perceber a taxa de utilização deste lar. Encontrando-se com uma taxa de lotação esgotada em 2004, e por consequente com uma capacidade de resposta inactiva.

Na freguesia de Coruche, onde se propõe a aplicação deste projecto de intervenção, o Conselho Local de Acção Social Coruche (2004), aponto a existência de um único equipamento social de valência Lar, nomeadamente a Santa Casa da Misericórdia de Coruche, onde a sua capacidade têm vindo a ser alargada ao longo dos anos, bem como o número de utentes.

Figura 1.9: Evolução do Lar da Santa Casa da Misericórdia de Coruche, 1995 a 2004



Fonte: Conselho Local de Acção Social Coruche (2004), Diagnóstico Social de Coruche

Segundo os dados obtidos em 2004, este equipamento social tinha capacidade instalada para 82 utentes, embora a sua utilização fosse de 86 utentes, originando uma taxa de utilização de 104,9%, possuindo então 4 utentes em regime de extra-acordo.

Assim, num concelho tão extenso e com uma população tão envelhecida, a única Instituição Privada de Solidariedade Social com a valência Lar apresenta uma lotação esgotada e uma capacidade de dar resposta na freguesia de Coruche considerada como uma última opção para os idosos continuarem a viver com condições. Portanto, a construção de mais um Lar de Idosos nesta freguesia vem resolver, em parte, o problema da falta de equipamentos de institucionalização dos idosos, bem como a falta de vagas existentes.

1.6 Planeamento de um equipamento social no concelho de Coruche

Para as sociedades actuais o prolongamento da vida dos indivíduos continua a ser um dos aspectos mais importantes a ser alcançado, através do desenvolvimento de áreas de grande interesse global, como por exemplo o avanço na medicina. Embora este facto seja muito positivo, é fundamental que as sociedades consigam oferecer à população idosa as condições necessárias, de forma a proporcionar bem-estar e qualidade de vida (Imaginário, 2004).

Com o aumento da tendência de envelhecimento populacional, aumenta também o número de ocorrências de situações de dependência física, psíquica e social, originando então a urgência de criar respostas aos problemas e necessidades que resultem deste fenómeno. Motivo que levou a ser proposto neste projecto a construção de uma resposta social, através do planeamento de um Lar de Idosos, criando ainda novas oportunidades em diversos domínios, como o surgimento de actividades económicas relacionadas com a prestação de serviços comunitários e solidários, e a criação de novos postos de trabalho.

Segundo o Despacho Normativo n.º12/98, de 25 de Fevereiro (: 167), considera-se Lar de Idosos “o estabelecimento em que sejam desenvolvidas actividades de apoio social a pessoas idosas através do alojamento colectivo, de utilização temporária ou permanente, fornecimento de alimentação, cuidados de saúde, higiene e conforto, fomentando o convívio e propiciando a animação social e a ocupação dos tempos livres dos utentes”. Este despacho refere que este tipo de equipamento social deve:

- Proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas;
- Contribuir para a estabilização ou retardamento do processo de envelhecimento;
- Criar condições que permitem preservar e incentivar a relação interfamiliar;
- Potenciar a integração social.

Desta forma, a elaboração e execução deste projecto poderá ter alguma repercussão no concelho e freguesia de Coruche. Fornecendo, então a esta população, maioritariamente idosa:

- Um novo equipamento social, resolvendo em parte a necessidade existente dos mesmos, especialmente nesta zona do país;
- Proporcionar à população idosa, as condições básicas de vida e bem-estar;
- Oferecer um maior número de vagas a esta população, respondendo à falta de lotação existente do único lar de idosos desta freguesia.

A realização de uma análise SWOT vem de uma forma simples e elucidativa, apresentar as características mais importantes deste projecto

Quadro 1.2: Análise SWOT

	PONTOS FORTES	PONTOS FRACOS
ANÁLISE INTERNA	<ul style="list-style-type: none"> • Qualidade dos serviços prestados, através de aplicação de um sistema de gestão de qualidade; • Instalações que proporcionam um aumento da lotação de vagas neste tipo de equipamento social; • Melhoria das condições de vida e bem-estar às pessoas idosas; • Boa localização, proximidades do centro de saúde – factor que as pessoas de idade valorizam; • Aumento da oferta de emprego à população residente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldades no arranque da intervenção, devido ao elevado investimento.
	OPORTUNIDADES	AMEAÇAS
ANÁLISE EXTERNA	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiência de oferta, devidamente credenciada pela Segurança Social; • Aumento do número de idosos com grau de dependência. 	<ul style="list-style-type: none"> • Concorrência de espaços destinados ao acolhimento de pessoas idosas, não legalizados pela Segurança Social e a funcionar sem as condições apresentadas pelo Despacho Normativo n.º12/98, de 25 de Fevereiro.

CAPÍTULO II – PLANEAMENTO DO PROJECTO DE INTERVENÇÃO: LAR DE IDOSOS

Como já podemos verificar anteriormente, o envelhecimento demográfico é um dos fenómenos mais marcantes do século XX, com um aumento cada vez mais progressivo. Através dos dados obtidos pelos Resultados Provisórios dos Censos de 2011, pode-se verificar um aumento da população mais envelhecida e uma diminuição da população mais jovem em Portugal. Este facto levanta outro aspecto de extrema importância: o envelhecimento nem sempre ocorre de forma saudável, muitas vezes por factores externos aos indivíduos, como por exemplo a doença, criando situações de dependência física, psíquica e social. Cabe à sociedade, o fornecimento de respostas sociais capazes de solucionar estes problemas.

2.1 Valores, Visão e Missão da Organização

O projecto de intervenção aqui proposto, pretende ser mais um instrumento de combate à insuficiência de respostas sociais existentes para a população idosa, criando-se um espaço de residência permanente, nomeadamente um lar de idosos, capaz de proporcionar a esta população uma melhor qualidade de vida e bem-estar, que por inúmeros motivos não possam levar uma vida autónoma e independente, necessitando assim de auxílio nas mais diversas áreas da vida quotidiana, aumentando ainda, o número de vagas existentes em equipamentos licenciados pela Segurança Social, a nível nacional.

Como já foi referido anteriormente, este projecto pretende ser aplicado no concelho de Coruche, mais especificamente na freguesia de Coruche, cuja população é bastante envelhecida e onde a resposta social existente, encontra-se em sobrelotação, permitindo assim, que a restante população tenha outra alternativa, no que diz respeito à institucionalização de pessoas idosas. A organização que está por detrás deste projecto de intervenção, apesar de ser de cariz privado e com fins lucrativos, baseia-se nos valores e pressupostos inerentes ao Serviço Social.

O termo “valores”, segundo Clark (2000) é uma palavra que podemos encontrar associada nas mais variadas áreas de estudo, como por exemplo a filosofia, sociologia, psicologia até ao serviço social. Os valores inerentes à filosofia podem seguir duas concepções diferentes, enquanto que alguns estudiosos reencaminham a sua concepção

para uma concepção ligada à religião e aos verdadeiros valores, nomeadamente à prática de comportamentos bons e atitudes de bondade, outros referem que a definição de valores representa a noção de bem, não podendo ser direccionada para outra coisa. Para os sociólogos, os valores sociais são utilizados essencialmente para tentar compreender e explicar o carácter das instituições e sociedades, contudo o problema aqui é que os valores individuais ou de grupo não podem ser observados de uma forma ambígua. Na concepção fomentada pelos psicólogos, os valores são a explicação principal para compreender a acção humana, embora também tenha um carácter ambíguo na sua observação. Tornando-se notório a importância e a indispensabilidade dos valores nas inúmeras áreas de estudo.

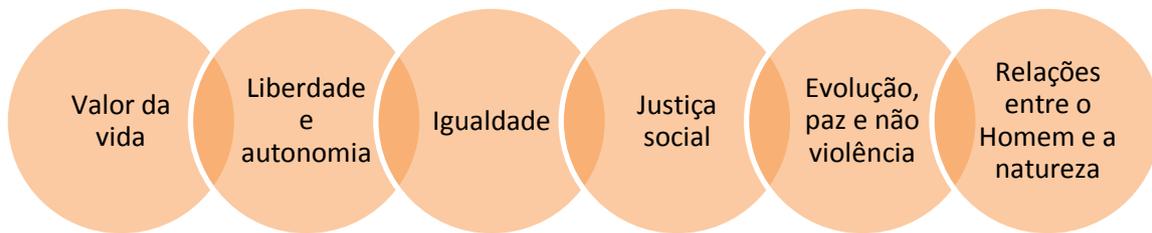
Relativamente aos valores que são introduzidos na área do serviço social, Clark (2000) associa-os a valores mais básicos, isto é, direcciona-os para o conceito da liberdade, autonomia e justiça da comunidade, incluindo alguns ideais relacionados com o que consideramos um carácter moralmente bom, nomeadamente a coragem e a compaixão. Contudo, para Kreitzer (2008) estes valores podem ser distintos consoante a sociedade em que se inserem, enquanto que nos países não ocidentais os valores que mais predominam são a comunidade, a espiroticidade, as crenças tradicionais e a justiça social, nos países ocidentais os valores encontram-se mais associados ao individualismo.

De acordo com a IASSW (2001), estes valores encontram-se ligados a ideais humanitários e democráticos, ou seja, associados à igualdade, valor e dignidade de todos os indivíduos.

Torna-se então importante que cada Organização tenha os seus próprios valores, orientadores da sua conduta e acção, que segundo Collins e Porras (1996) não necessitam de uma justificação externa, pois têm um valor “intrínseco” e importância para os seus profissionais.

Desta forma, os valores que esta Organização adoptou para a sua orientação a nível humanitário e profissional são os valores relacionados com o serviço social e os direitos humanos apresentados pela ONU (1999). Tratando-se de um trabalho directo com pessoas idosas, muitas delas dependentes, devem estar garantidos os seus direitos fundamentais, nomeadamente o valor da vida, liberdade e autonomia, igualdade, justiça social, evolução, paz e não violência e por último, as relações entre o Homem e a natureza.

Figura 2.1: Valores da Organização



O primeiro valor, o da vida, é de extrema importância para esta Organização, uma vez que esta lida directamente com a vida das pessoas e o valor que esta representa, respeitando os seus direitos principais. Torna-se então, imprescindível respeitar o direito pela vida, lutando contra as formas de negação deste direito, bem como a promoção de actividades de dinamização do valor da vida, de forma a desenvolver a existência humana (ONU, 1999). Fazendo ainda todos os possíveis, para que este valor seja respeitado não só pelos utentes, como também para os profissionais e para restante comunidade, dispondo ainda de todos os meios necessários para cumprir este valor, através de meios de saúde e alimentação essenciais à condição humana. O segundo valor adoptado por esta Organização, acenta-se na liberdade e autonomia dos utentes (ONU, 1999), criando um espaço livre e de livre arbitrio, onde os utentes possam se expressar e opinar sobre os diversos aspectos inerentes à sua institucionalização, banindo todos os actos considerados desumanos, quer sejam relacionados com a falta de tratamentos necessários, castigos de qualquer espécie, liberdade de circulação e inclusive a proibição espiritual. Tornando um espaço capaz de proporcionar aos utentes uma vida plena em todos os sentidos. A igualdade (ONU, 1999) é um dos pontos principais pela qual esta Organização trabalha, não admitindo qualquer tipo de desigualdade entre os seus utentes, quer seja de género, racial, de doença ou de preferência. Zelando então, pelo tratamento igual dos seus profissionais para com os utentes, e mesmo entre os utentes, promovendo a igualdade e a não discriminação. Fomentando ainda um outro valor, a justiça social (ONU, 1999), tratando os seus utentes e funcionários com a dignidade, segurança e integridade que merecem. No seu meio esta Organização promove ainda o valor da evolução, da paz e da não violência (ONU, 1999), desaprovando em completo qualquer tipo de violência que possam surgir entre os actores envolvidos, promovendo relações saudáveis no seu meio e orientando para uma resolução pacífica e cordial dos conflitos que possam surgir. Por último,

associa-se ao valor da relação entre o Homem e a natureza, de forma a preservar os espaços verdes que se irão colocar aos dispor dos utentes, tendo em atenção o problema da degradação ambiental, tomando posições sobre a reciclagem e alternativas energéticas aliviando o ambiente (ONU, 1999).

Desta forma, esta Organização busca melhorar a qualidade e o bem-estar das pessoas idosas através de valores que fomentem os seus direitos e ainda os deveres relacionados com a qualidade dos seus serviços, quer sejam humanos ou de outro cariz, sempre baseado no trabalho do serviço social e dos direitos humanos.

Contudo, para que seja possível estabelecer uma relação entre o pensamento sistémico, o ambiente onde a Organização se encontra e os passos necessários para implementar este projecto, Kuazaki *et al.* (2005) referem que é imprescindível conhecer a missão e a visão dessa mesma empresa, uma vez que esta define a necessidade que a Organização se direcciona, a sua razão de existência bem como as medidas que adoptará durante a sua existência. Devido a isto, deve-se estabelecer metas e objectivos a curto e longo prazo para orientar o planeamento das actividades criadas pela Organização. Para os autores Collins e Porras (1996) a visão de uma Organização deve ser concebida em duas vertentes, a primeira acenta numa ideologia central, através dos valores adoptados pela Organização, e a segunda direcciona-se para o futuro imaginado, ou seja, as pretensões do que esperamos atingir a longo prazo.

Assim, a visão desta Organização encontra-se direccionada para uma estratégia numa dimensão social, ambiental, juntando-se a vertente económica. A empresa define para o negócio o crescimento com lucro, almejando taxas de ocupação sempre superiores a 75%, havendo uma forte aposta em primeiro lugar na qualidade do serviço, proporcionando aos utentes as melhores condições de vida a todos os níveis, na competitividade de mercado e na criação da imagem da marca que será usada para promover a empresa junto dos meios de comunicação social, através de publicidade. Por outro lado, a empresa vai também preocupar-se com as questões ambientais, quer pela questão económica, quer por uma questão de sustentabilidade energética, quer por uma preservação dos recursos.

Está previsto a implementação de painéis solares para reduzir a dependência da energia fornecida pela rede, um sistema de aproveitamento de águas da chuva para os autoclismos e a divisão de lixo diminuindo o seu impacto no ambiente.

Relativamente à missão da Organização, Kuazaki *et.al* (2005) acrescentam que a missão de uma instituição pública não pode ser o lucro financeiro, mas sim o social.

Contudo, esta Organização é de cariz privado, o que origina a que a sua missão tenha uma pequena parte direccionada para uma componente lucrativa, necessária para dar continuação e desenvolvimento a esta resposta social, embora acente essencialmente em objectivos e contribuições sociais para a comunidade em que se insere, tornando a sua missão maioritariamente social. Assim, segundo ainda estes autores, é necessário desenvolver actividades e procedimentos capazes de orientar uma acção na busca pela excelência, levando a que a missão desta Organização se baseie no desenvolvimento de serviços que melhorem as respostas da comunidade, neste caso da freguesia de Coruche, procurando alcançar um bem-estar e uma qualidade de vida das pessoas idosas que necessitem deste tipo de suporte. Tendo como principais objectivos:

- Unidade Física e Social: criar um espaço arquitectónico funcional, dispondo de um total de 28 vagas adaptada às necessidades de pessoas com distintos graus de dependência;
- Recursos Humanos: assenta em pilares primordiais para o desenvolvimento pessoal e profissional dos seus colaboradores, colocando no seu quadro de pessoal técnico, pessoas qualificadas de acordo com as exigências para esta tipologia de serviço, recorrendo ainda a acções de formação sempre que necessário;
- Utente: após o ingresso do utente, a equipa médica desta Organização efectuará um exame diagnóstico com o intuito de apurar o seu estado de saúde, a partir do qual se estabelecerão os Planos de Seguimento Individualizado, Tratamento Médico, Apoio de Enfermagem, Apoio Psicológico e Psicoterapêutico, Reabilitação Física e Alimentação Adequada.

2.2 Objectivos, natureza e construção do projecto de intervenção

A elaboração deste projecto de intervenção tem como principal funcionalidade:

- Qualificar e promover uma resposta social de natureza lucrativa, capaz de abrangir o concelho de Coruche e a população alvo (pessoas idosas) a fim resolver ou minimizar os impactos sociais, que neste caso referem-se à perda de qualidade de vida, dependência física, sentimento de “inutilidade” bem como a solidão e o isolamento, através de actividades de desenvolvimento pessoal e social;

Contudo, para ser possível aplicar este projecto de intervenção é necessário que este cumpra algumas normas impostas pelo Ministério do Trabalho da Solidariedade Social, nomeadamente no que respeita às condições de implantação do estabelecimento, da estrutura física e orgânica do edifício, bem como os indicadores de pessoal, de forma a garantir uma prestação de serviços de elevada qualidade às pessoas idosas que frequentem estes equipamentos. Nestes termos o Despacho Normativo n.º 30/06, de 8 de Maio determina-se que:

- Para a implantação de qualquer estabelecimento correspondente a lar de idosos, os interessados devem requerer aos serviços competentes do Instituto da Segurança Social, um parecer técnico prévio, relativo às condições necessárias ao desenvolvimento da actividade pretendida, tendo em atenção a dimensão e organização do respectivo estabelecimento;
- A emissão do parecer técnico referido no ponto anterior obedece às condições previstas nos n.ºs 2 e 3 do artigo 11.º do Decreto-Lei n.º 133-A/97, de 30 de Maio, sem prejuízo de os serviços competentes do Instituto da Segurança Social solicitarem todos os esclarecimentos, estudos e documentos complementares necessários à avaliação do pedido dos interessados, que atestem o cabal cumprimento dos demais requisitos técnicos definidos no Despacho Normativo n.º12/98, de 13 de Janeiro.
- Para efeitos do disposto no presente diploma, excepcionam-se dos requisitos técnicos definidos no Despacho Normativo n.º12/98, de 13 de Janeiro, a capacidade dos estabelecimentos e respectivos quartos nos termos das alíneas seguintes:
 - a) A capacidade máxima dos estabelecimentos correspondentes a estruturas residenciais é, em regra, de 120, tendo em atenção a adequação e organização das áreas funcionais;
 - b) A capacidade dos quartos é de uma ou duas camas, sendo que, pelo menos, 25% dos mesmos devem corresponder a quartos individuais.

Relativamente às condições necessárias para a implantação de um equipamento social deste género, o Despacho Normativo n.º12/98, de 25 de Fevereiro, norma XIV refere que:

- O lar, seja qual for o modelo de instalação, deve estar inserido na comunidade de modo a permitir a integração social das pessoas idosas;
- O local de implantação do edifício deve ser servido por transportes públicos e deve ser de fácil acesso a viaturas;
- O edifício deve situar-se em zona que possua infra-estruturas de saneamento básico, com ligação à linha eléctrica, água e telefone;
- O edifício deve ser implantado em zona com boa salubridade, longe de estruturas ou infra-estruturas que provoquem ruído, vibrações, cheiro, fumos ou outros poluentes considerados perigosos para a saúde pública e que perturbem ou interfiram no quotidiano dos utilizadores do lar.

Segundo ainda este mesmo Despacho, norma XV:

- Em edifícios de raiz, é obrigatório prever o estacionamento de viaturas, em número adequado aos fins do estabelecimento, à sua dimensão e ao número de utilizadores, conforme regulamentos camarários em vigor;
- Sempre que possível deve ser considerada uma área não construída envolvente ao edifício, para o desenvolvimento de actividades e para o lazer dos idosos, e ainda para possibilitar o resguardo do edifício em relação à via pública.

De acordo com estas condições, o projecto pretende ser implementado num espaço urbanizável do perímetro urbano da vila de Coruche, servido pelas infra-estruturas básicas necessárias, nomeadamente a rede de água, saneamento, passeios, arruamentos, luz e telefone. Com uma área de 7.750,00 m² o prédio rústico é propriedade da Organização associada a este projecto, Centro de Geriatria de Santo Antonino- Acção Social para Idosos, Lda., situando-se entre o plano de pormenor de Santo Antonino Norte e o limite do espaço urbano de Coruche, numa zona densamente povoada, cumprindo assim, os requisitos necessários à localização e instalação do edifício, nomeadamente, em termos de infra-estruturas, inserção urbana, afastamento de locais poluentes, fácil acesso e estacionamento de viaturas, arejamento e exposição solar, acessibilidade a pessoas com mobilidade condicionada, espaço exterior e lazer⁸.

⁸ Ver CD-ROM: “Anexo 7: Prédio rústico utilizado na implementação do trabalho de projecto”

Devido à topografia e configuração do terreno, uma vez que este se caracteriza por um declive contínuo e regular no sentido descendente, optou-se pela implementação de um edifício de piso térreo, em forma de “U”, do qual resulta um pátio, que constituirá um local privilegiado para a vivência dos utentes no exterior, onde se desenvolverão diversas actividades. Devido ainda a este declive no terreno é possível formalizar uma semi-cave habitável, contudo, para uma contenção dos custos, esta área ficará inacessível, apenas com o correspondente acabamento exterior. No entanto, numa fase posterior poderá ser instalada nessa área outros espaços que a Organização considere pertinente, todavia, para não inviabilizar esta eventual utilização, projecta-se desde já uma escada e uma área destinada ao ascensor. Prevendo ainda, um local destinado ao estacionamento de 10 viaturas ligeiras (um dos quais reservados a pessoas com mobilidade condicionada) e dois acessos distintos ao interior do edifício: acesso principal e acesso de serviço.

Relativamente à estrutura orgânica do edifício, o Despacho Normativo nº12/98, de 25 de Fevereiro, norma XVII menciona que:

- O lar é composto por áreas funcionais que constituem a estrutura orgânica do edifício, entendendo-se por áreas funcionais o conjunto de compartimentos e espaços necessários para realizar determinadas funções específicas, devidamente articuladas entre si, por forma a possibilitar o bom funcionamento do lar;
- As áreas funcionais a prever são:
 - a) Área de acesso;
 - b) Área de direcção e dos serviços administrativos;
 - c) Área de convívio e de actividades;
 - d) Área de refeições;
 - e) Área de serviços;
 - f) Área de quartos;
 - g) Área de serviços de saúde;
 - h) Área de serviços de apoio;

De acordo ainda com o Despacho Normativo nº12/98, de 25 de Fevereiro, norma III, o funcionamento do lar deve garantir e proporcionar aos utentes:

- A prestação de todos os cuidados adequados à satisfação das suas necessidades, tendo em vista a manutenção da autonomia e independência;

- Uma alimentação adequada, atendo a hábitos alimentares e gostos pessoais cumprindo a prescrições médicas;
- Uma qualidade de vida que compatibilize a vivência em comum com o respeito pela individualidade e privacidade de cada utente;
- A realização de actividades de animação sócio-cultural, recreativa e ocupacional que visem contribuir para um clima de relacionamento saudável entre os idosos e para a manutenção das suas capacidades físicas e psíquicas;
- Um ambiente calmo, confortável e humanizado;
- Os serviços domésticos necessários ao bem-estar do idoso e destinado à higiene do ambiente, ao serviço de refeições e ao tratamento de roupas;
- Uma convivência social, através do relacionamento entre os idosos e os seus familiares e amigos, com o pessoal do lar e com a própria comunidade, consoante os seus interesses;
- Uma participação dos familiares, ou pessoa responsável pelo internamento, no apoio ao idoso, sempre que possível desde que este apoio contribua para um maior bem-estar e equilíbrio psico-afectivo do residente;
- Uma assistência religiosa, sempre que o idoso a solicite, ou, na incapacidade deste, a pedido dos seus familiares.

Desta forma, o edifício proposto apresenta um acesso principal, onde está associada a área administrativa (gabinete/recepção, sala de reuniões e gabinete do director) e o gabinete de saúde; um acesso de serviço, onde se encontra a copa, a lavandaria e as instalações do pessoal, e ainda as instalações sanitárias de uso geral (masculino, feminino e acessíveis); o núcleo central, constituído pela sala de refeições e pela sala de convívio, onde se enquadra física e visualmente o pátio exterior, e pó último, duas alas de quartos, cada um constituída por quartos duplos, quartos individuais, rouparia, zona de sujos, instalação sanitária com ajuda e sala de estar. Embora não esteja projectada uma cozinha, uma vez que está previsto uma parceria com uma empresa especializada, licenciada e capacitada, contratada através da abertura de um concurso local, para os serviços de catering, a fim de fornecer as respectivas refeições, as dimensões e o layout da copa projectada não inviabiliza uma eventual instalação de uma cozinha, contemplando todos os equipamentos e zonas de trabalho, previstas no Despacho Normativo nº 12/98, de 25 de Fevereiro. É de salientar ainda, as reduzidas dimensões

das instalações sanitárias/ vestiário masculino, devido ao facto de estar previsto a contratação de apenas um funcionário do sexo masculino.

Quadro 2.1: Áreas propostas e a sua comparação ao Despacho Normativo N°12/98

Despacho Normativo Anexo I	Designação	Permitido	Proposto
Ficha 1 Área de Acesso	Átrio	9,00 M ³	21,60 M ³
Ficha 2 Área da Direcção e Serviços Administrativos	Gabinete do Director	10,00 M ³	12,10 M ³
Ficha 2 Área da Direcção e Serviços Administrativos	Sala de Reuniões	10,00 M ³	13,00 M ³
Ficha 2 Área da Direcção e Serviços Administrativos	Gabinetes Administrativos	10,00 M ³	12,20 M ³
Ficha 2 Área da Direcção e Serviços Administrativos	Instalação Sanitária	3,00 M ³	5,40 M ³
Ficha 3 Área das Instalações para o Pessoal	Sala do Pessoal	10,00 M ³	12,60 M ³
Ficha 3 Área das Instalações para o Pessoal	Vestiário, Zona de Descanso	6, 00 M ³	6,40 M ³
Ficha 3 Área das Instalações para o Pessoal	Instalação Sanitária com Duche	3,50 M ³	4,20 M ³
Ficha 4 Área de Convívio e de Actividades	Sala de Estar	70,00 M ³ (2,50 M ³ X 28 Utentes)	90, 60 M ³
Ficha 4 Área de Convívio e de Actividades	Instalações Sanitárias	I.S. Simples 3,00 M ³ I.S. Acessível 4,84 M ³	I.S. Homens 11, 150 M ³ I.S. Mulheres 15, 50 M ³ I.S. Acess. (2x) 5,45 M ³
Ficha 5 Área de Refeições	Sala de Refeições	70, 00 M ³ (2,50 M ³ X28 Utentes)	87, 60 M ³
Ficha 5 Área de Refeições	Instalações Sanitárias	I.S. Simples 3,00 M ³ I.S. Acessível 4,84 M ³	I.S. Homens 11, 150 M ³ I.S. Mulheres 15, 50 M ³ I.S. Acess. (2x) 5,45 M ³
Ficha 6 Área de Serviços	Cozinha/Copa	10,00 M ³	38, 20 M ³
Ficha 6 Área de Serviços	Despensa de Dia	6,00 M ³	6, 10 M ³
Ficha 6 Área de Serviços	Compartimento do Lixo	1, 50 M ³	3,20 M ³
Ficha 6 Área de Serviços	Lavandaria	22, 40 M ³ (0,80 M ³ X 28 Utentes)	30, 15 M ³
Ficha 7 Área de Quartos	Quarto Individual	10,00 M ³	15, 80 M ³ (MIN)
Ficha 7 Área de Quartos	Quarto Duplo	16, 00 M ³	16, 75 M ³

Ficha 7 Área de Quartos	Sala de Estar com Copa	28,00 M ³ (2,00 M ³ X14 Utentes por ala)	30,00 M ³ (por ala)
Ficha 7 Área de Quartos	Rouparia	3,00 M ³	3, 70 M ³ (por ala)
Ficha 7 Área de Quartos	Instalação Sanitária	4,50 M ³	5,50 M ³
Ficha 7 Área de Quartos	Instalação Sanitária com Ajuda	10,00 M ³	11,00 M ³
Ficha 7 Área de Quartos	Zona de Sujos	3,00 M ³	4,15 M ³ (por ala)
Ficha 8 Área de Saúde	Gabinete de Saúde	12,00 M ³	17,80 M ³
Ficha 8 Área de Saúde	Instalação Sanitária com Duche	3,50 M ³	4,90 M ³

Cumprindo ainda os requisitos apresentados no Despacho Normativo nº12/98, de 25 de Fevereiro, o edifício estará preparado para assegurar:

- Uma limpeza diária e desinfecção periódica de todo o espaço;
- Os limites mínimos e máximos de temperatura e humidade em todo o espaço das instalações;
- Uma iluminação adequada à tarefa a realizar, de acordo com o ponto 3.2 da ficha 12 do anexo deste Despacho;
- Um sistema de sinalização com botões de chamada em todas as dependências ocupadas pelos utentes;
- Um sistema de alerta/chamada, luminoso e sonoro, onde irão constar botões de chamada a colocar nos quartos e nas instalações sanitárias;
- Um sistema de aquecimento em todas as instalações;
- Caso não seja possível obter um processo natural de ventilação, um sistema de ventilação mecânica;
- Um sistema de segurança alimentar baseado nos princípios do HACCP e fazer a sua correcta concretização todos os dias;
- Um armazenamento próprio para todos os produtos perigosos e tóxicos;
- Uma acessibilidade a todos os utentes através da colocação de corrimãos e outros materiais em todos os espaços, incluindo nas instalações sanitárias;
- Ao longo do desenvolvimento dos projectos de especialidades, cumprir os requisitos estipulados nas fichas 11, 12 e 13 deste Despacho.

Relativamente à recolha e tratamento dos resíduos hospitalares produzidos no local, a Organização irá estabelecer uma parceria com uma entidade privada licenciada e adequada para realizar este tipo de serviços, a fim de tornar as instalações seguras e higiénicas, quer para os seus funcionários quer para os seus utentes, contribuindo ainda para um ambiente mais limpo e menos tóxico.

A construção deste equipamento social vai então, permitir que os seus utentes possam desfrutar de:

- Um serviço de refeições – pequeno almoço, almoço, lanche, jantar e caso o pretendam será sempre que necessário servir pequenas refeições em complementos de refeições;
- Serviço de alojamento;
- Cuidados de higiene diários;
- Cuidados de saúde;
- Animação.

Dirigindo a sua oferta para todas as pessoas idosas que necessitem de cuidados, atenção e acompanhamento, criando ainda vagas direccionadas para as pessoas idosas que estejam em situação de acamado e com grau de dependência elevado.

2.3 Recursos humanos e financeiros

Relativamente aos Recursos Humanos necessários para levar a cabo este projecto, o Despacho Normativo nº12/98, de 25 de Fevereiro, Norma XI, refere que este estabelecimento deve possuir uma Direcção Técnica, assegurada por um elemento com formação técnica e académica adequada, de preferência na área das ciências sociais e humanas. Cabendo ainda ao Director dirigir o estabelecimento, assumindo a responsabilidade pela programação de actividades e a coordenação e supervisão de todo o pessoal, atendendo à necessidade de estabelecer o modelo de gestão técnica adequada ao bom funcionamento do estabelecimento, principalmente:

- A promoção de reuniões técnicas com o pessoal;
- A promoção de reuniões com os utentes, nomeadamente para a preparação das actividades a desenvolver;
- A sensibilização do pessoal face à problemática da pessoa idosa;
- A planificação e coordenação das actividades sociais, culturais, recreativas e ocupacionais dos idosos.

O horário do Director Técnico pode ainda ser exercido a meio tempo, quando a capacidade do estabelecimento for inferior a 30 utentes. Caso a capacidade do lar for inferior a 15 utentes, o director poderá ter um horário semanal variável, mas deve assegurar, no mínimo, uma permanência diária de três horas no estabelecimento.

Segundo ainda a Norma XII, deste mesmo Despacho, o estabelecimento deve assegurar nos seus quadros de pessoal:

- Um animador social em regime de tempo parcial;
- Um enfermeiro por cada 40 utentes;
- Um ajudante de lar por cada 8 idosos;
- Um encarregado de serviços domésticos em estabelecimento com capacidade igual ou superior a 40 idosos;
- Um empregado auxiliar por cada 20 idosos;
- Um ajudante de lar para vigilância nocturna por cada 20 idosos.

Caso o estabelecimento acolha idosos em situação de grande dependência, as unidades de pessoal de enfermagem, ajudante de lar e auxiliar deverão corresponder a:

- Um enfermeiro por cada 20 idosos;
- Um ajudante de lar por cada 5 idosos;
- Um empregado auxiliar por cada 15 idosos.

Todavia, os indicadores referidos acima poderão ser adaptados, com a necessária flexibilidade, em função das características gerais, quer de instalação, quer de funcionamento, quer do número de utentes do estabelecimento, desde que se assegure sem prejuízos um correcto funcionamento dos cuidados necessários aos utentes durante o período de dia e noite.

Desta forma, o quadro de pessoal desta valência deverá ser constituído por um Director Técnico (tempo parcial), um Animador Social (tempo parcial), um enfermeiro, quatro ajudantes de lar e um empregado auxiliar, e por último, dois ajudantes de lar para vigilância nocturna.

Relativamente aos recursos financeiros foi sugerido um orçamento base, capaz de avaliar os recursos necessários para prosseguir com este projecto de intervenção, durante um período de cinco anos.

Quadro 2.2: Investimento inicial – capital fixo corpóreo (Simulação)

INVESTIMENTO	2012	2013	2014	2015	2016	TOTAL
a) Terrenos	50000,0					50000,0
b) Construções			200000,0			200000,0
c) equipamento básico				150000,0		150000,0
d) equipamento administrativo					500,0	500,0
e) equipamento informático					2000,0	2000,0
f) ferramentas e utensílios					10000,0	10000,0
TOTAL	50000,0		200000,0	150000,0	12500,0	412500,0

Quadro 2.3: Investimento inicial – capital fixo incorpóreo (Simulação)

INVESTIMENTO	2012	2013	2014	2015	2016	TOTAL
a) estudos e projetos	20000,0					20000,0
b) assistência técnica						
c) Publicidade nos media					5000,0	5000,0
TOTAL	20000,0				5000,0	25000,0

Quadro 2.4: Mapa do plano de financiamento (Simulação)

FINANCIAMENTO	2012	2013	2014	2015	2016	TOTAL
CAPITAIS PRÓPRIOS						
Capital social	50000,0					50000,0
CAPITAIS ALHEIOS						
Empréstimos Bancários	600000,0					500000,0
TOTAL	650000,0					650000,0

Segundo o orçamento, está previsto gastar-se com os encargos de planeamento e aplicação do projecto cerca de 437500,00 euros, sendo então necessário um financiamento de 650000,00 euros, para suprimir os gastos iniciais. Contudo, com esta previsão a Organização fica com uma margem de 212500,00 para os encargos iniciais, como por exemplo, as prestações do empréstimo, fornecedores, encargos com luz, electricidade e os salários dos funcionários até o estabelecimento se encontrar com as vagas plenamente preenchidas.

2.4 Gestão de qualidade

Como forma de garantir um serviço de excelência e de extrema qualidade no desenvolvimento das acções que se irão realizar com aplicação de um Lar de Idosos é necessário adoptar um sistema que garanta estes aspectos. Um desses sistemas é apresentado pela Segurança Social (n.d) através do Modelo de Avaliação de Qualidade para Estruturas Residenciais para Idosos, que pretende ser um referencial capaz de avaliar a qualidade dos serviços que estes equipamentos prestam, bem como diferenciar as Respostas Sociais positivas e as negativas. Este modelo baseia-se em princípios reguladores de gestão de qualidade, estabelecendo os requisitos necessários para a implementação do sistema de gestão de qualidade dos serviços prestados pelas Respostas Sociais. Garantindo assim, aos seus cidadãos o acesso a serviços de qualidade, adequados à satisfação das suas necessidades e das suas expectativas.

A constituição deste modelo tem como base oito critérios específicos, sendo quatro deles respeitantes aos Meios e os outros quatro aos Resultados. Enquanto que os primeiros quatro critérios (Meios) relacionam-se com a forma como as actividades da resposta social são desenvolvidas, isto é, “o que se faz” e “como se faz”, os segundos critérios (Resultados) têm como objectivo avaliar o produto final das acções desenvolvidas, de forma a compreender o que se conseguiu alcançar através da gestão realizada pelos critérios Meios.

Quadro 2.5: Critérios do Modelo de Avaliação de Qualidade para Estruturas Residenciais para Idosos

CRITÉRIOS MEIOS	CRITÉRIOS RESULTADOS
1.Liderança, Planeamento e Estratégia Como a gestão desenvolve e avança com a missão, visão e os valores da Organização, e como a Organização formula e implementa a sua estratégia, convertendo-a em planos e acções.	5.Resultados Clientes O que a Organização está a alcançar relativamente à satisfação dos seus clientes externos.
2.Pessoas Como a Organização gere e desenvolve o potencial dos seus colaboradores.	6.Resultados Pessoas O que a Organização está a alcançar relativamente à satisfação dos seus colaboradores.
3.Parcerias e Recursos Como a Organização planeia e gere as suas parcerias externas e os seus recursos internos de uma forma eficaz e eficiente.	7.Resultados Sociedade O que a Organização está a alcançar relativamente à satisfação das necessidades e expectativas da comunidade em que se insere.
4.Processos Como a Organização concebe, gere e melhora os seus processos de modo a gerar valor para os seus clientes.	8.Resultados Chave do Desempenho O que a Organização está a alcançar relativamente ao desempenho planeado.

Fonte: Segurança Social (n.d), Modelo de Avaliação de Qualidade para Estruturas Residenciais para Idosos

Este modelo pretende então, demonstrar que para alcançar Resultados Excelentes nos aspectos do Desempenho, Clientes, Pessoas e Sociedade é fundamental que haja uma Liderança na orientação do Planeamento e Estratégia, das Pessoas, dos Recursos e Parcerias e dos Processos.

A elaboração deste modelo teve como base principal a melhoria da qualidade dos serviços, motivo que levou a serem estabelecidos três níveis de exigência para cada critério, permitindo que o cumprimento dos requisitos pudesse ser gradual, durante um certo período de tempo ⁹:

- Qualificação Nível C: a Resposta Social deveria obrigatoriamente cumprir os requisitos assinalados no Modelo na coluna “Niv.” com C;
- Qualificação Nível B: a Resposta Social deveria obrigatoriamente cumprir os requisitos assinalados no Modelo na coluna “Niv.” com C e B;
- Qualificação Nível A: a Resposta Social deveria obrigatoriamente cumprir os requisitos no Modelo na coluna “Niv.” com C, B e A.

Para se poder qualificar por níveis as Respostas Sociais, o Sistema de Qualificação das Respostas Sociais prevê a realização de auditorias efectuadas por uma entidade externa, que se encontre acreditada pelo Sistema Português da Qualidade, devendo ser realizadas diversos tipos de as auditorias consoante o nível da Resposta Social¹⁰. Esta qualificação permite então, colocar em evidência se a Resposta Social apresenta um sistema de gestão dos seus serviços de acordo com os requisitos apresentados por este Modelo.

Outro sistema capaz de garantir uma gestão de qualidade dos serviços apresentados por este tipo de Resposta Social designa-se de EQUASS (2012c) e foi concebido pela ERP. O EQUASS tem como principal objectivo a estimulação do desenvolvimento das áreas relacionadas com os serviços sociais, de forma a criar um compromisso entre as entidades responsáveis pela prestação de serviços com a gradual melhoria da qualidade dos mesmos. Sendo por isso, um instrumento de grande prestígio a nível europeu, no âmbito da garantia da qualidade. No caso de Portugal, a divulgação, aplicação e execução do EQUASS é assegurado pela APQ (APQ, 2012a).

⁹ Ver CD-ROM: “Anexo 8: Modelo de Avaliação de Qualidade para Estruturas Residenciais para Idosos”.

¹⁰ Ver CD-ROM: “Anexo 9: Auditorias”.

Este sistema de qualidade prevê uma certificação caracterizada por três níveis diferentes, baseando-se todos eles em 10 princípios de qualidade (APQ, 2012c), 50 critérios e 100 indicadores¹¹:

1. Princípio da Liderança: As Organizações que efectuam serviços na área do social evidenciam liderança dentro deste sector, através de uma boa governação, a nível interno, e através da projecção de uma imagem positiva, promoção de boas práticas e inovação e de uma utilização correcta dos recursos, a nível externo, de forma a que a sociedade seja mais aberta e inclusiva.
2. Princípio dos Recursos Humanos: As Organizações devem gerir os seus colaboradores e o respectivo desempenho, com o intuito de alcançar os objectivos que esta se propõe, bem como o asseguramento de uma prestação de serviços focada no cliente. Propondo-se ainda a recrutar pessoal qualificado, promover uma cultura de envolvimento, de saúde, de segurança e de condições de trabalho necessárias para o bem-estar dos seus colaboradores.
3. Princípio dos Direitos: As Organizações assumem um compromisso de defesa dos direitos dos seus clientes, relativamente a aspectos relacionados com a igualdade de tratamento, liberdade de escolha, autodeterminação participação, assegurando que os seus clientes possam realizar uma escolha informada, e uma atitude positiva e não discriminatória dentro dos seus serviços. Estando este compromisso presente em todas as fases do desenvolvimento e prestação de serviços e nos valores da Organização.
4. Princípio da Ética: As Organizações devem funcionar baseando-se num Código de Ética direccionado para a dignidade dos seus clientes, famílias e cuidadores, de forma a assegurar a sua segurança no âmbito da competência da realização dos serviços, bem como da justiça social.
5. Princípio das Parcerias: As Organizações devem actuar em parceria com as entidades públicas e privadas do sector social, bem como os empregadores, representantes dos trabalhadores, entidades financeiras e clientes, organizações representativas, grupos locais, famílias e prestadores de cuidados, com o objectivo de criar um contínuo de serviços, capazes de aumentar o impacto dos mesmos e para que a sociedade se torne mais aberta e inclusiva.

¹¹ Ver CD-ROM: “Anexo 10: Princípios, dimensões, critérios e indicadores de avaliação do EQUASS Assurance e EQUASS Excellence”.

6. Princípio da Participação: As Organizações devem fomentar os seus clientes para uma participação activa e inclusiva em todas as áreas da Organização e dentro da comunidade em que se inserem. Devendo envolver os seus clientes nas suas equipas de trabalho como membros activos, e em colaboração com outras entidades facilitar o seu empowerment com o intuito de aumentar a participação e a inclusão equitativa, eliminar obstáculos à integração, promovendo uma igualdade de oportunidades.
7. Princípio da Orientação para o Cliente: As Organizações devem implementar um sistema de gestão capaz de melhorar a qualidade de vida dos seus clientes, consoante as suas necessidades, bem como a qualidades de outros beneficiários. Envolvendo-os ainda na sua auto-avaliação, na avaliação dos serviços prestados, e na criação de valor e os objectivos dos serviços de acordo com o ambiente físico e social em que se inserem, respeitando assim a sua contribuição individual.
8. Princípio da Abrangência: As Organizações devem assegurar que os seus clientes possam ter acesso contínuo a serviços holísticos e baseados na comunidade, de forma a valorizar a contribuição dos seus clientes, comunidade local, empregadores e outras entidades. Estes serviços devem ser prestados por uma equipa multidisciplinar ou em parceria com outros prestadores de serviços e empregadores.
9. Princípio da Orientação para os Resultados: As Organizações devem direccionar-se para resultados alcançados e os benefícios que estes vão proporcionar aos seus clientes, familiares, cuidadores, empregadores, outras entidades e comunidade. Pretendem alcançar maior valor para os seus compradores de serviços e entidades financiadores. Medindo e monitorizando os impactos dos serviços, que são fundamentais nos processos de uma melhoria gradual, de transparência e de responsabilização.
10. Princípio da Melhoria Contínua: As Organizações devem ser proactivas, e ir em busca das necessidades do mercado, utilizando os seus recursos correctamente, desenvolvendo e melhorando os seus serviços e promovendo a inovação. Desenvolvendo estratégias de comunicação e marketing, valorizando as sugestões dos seus clientes, entidades financeiras e outras, implementando ainda sistemas de melhoria contínua de qualidade.

Relativamente aos níveis em que se distribuiu a certificação do EQUASS, a APQ (2012b) distinguiu-os da seguinte forma:

- EQUASS Assurance: Certificação da Qualidade dos Serviços Sociais (Nível I);
- EQUASS Excellence: Certificação da Excelência nos Serviços Sociais (Nível II);
- EQUASS Award: Prémio Europeu da Qualidade dos Serviços Sociais (Nível III).

De acordo com a APQ (2012b) e o EQUASS (2012a), o EQUASS Assurance pretende ser um sistema de garantia e controlo de qualidade, permitindo que as Organizações possam iniciar um processo de certificação externo, reconhecido a nível europeu, de forma a que os seus clientes e outras entidades possam ter conhecimento e garantia da qualidade dos serviços disponibilizados. Este programa de certificação permite através da aplicação de um questionário com base em critérios de qualidade e indicadores, conhecer o desempenho das Organizações, e se estas têm as condições necessárias para uma certificação, que só será entregue caso se verifique o cumprimento integral de todos os critérios e requisitos. A aplicação do questionário deverá ser realizada por uma auditoria interna, seguida por uma auditoria externa, independente e qualificada numa visita ao local, com a duração de dois dias, onde irá ser prestada uma verificação de provas de documentação e entrevistas a todos os que se inserem na Organização. A certificação desta garantia de qualidade é válida por um período de dois anos, sendo necessário a sua renovação antes do final do prazo referido.

Relativamente ao O EQUASS Excellence (Nível II de certificação), foi introduzido em 2002, com o intuito de identificar e incentivar as Organizações do sector social a preferir uma prática de excelência. Para obter este tipo de certificação é necessário que um provedor de serviço social apresente um relatório de auto-avaliação relacionado com o desempenho da Organização nos critérios adoptados pela EQUASS, baseados no Quadro da Qualidade do voluntário europeu para os serviços sociais na vertente da implantação da abordagem e nos resultados obtidos. Caso o relatório de auto-avaliação apresente uma pontuação de consenso acima do nível adequado, realizará-se uma visita ao local de forma a confirmar os elementos apresentados no relatório. Se esta visita tiver uma pontuação igual ou superior a 65 pontos está indicada para uma certificação de Excelência EQUASS, por um período de 3 anos (EQUASS, 2012b).

Por último, o EQUASS Award caracteriza-se como um Prémio Europeu da Qualidade nos Serviços Sociais, através do qual se dá reconhecimento às Organizações do seu excelente desempenho. Esta atribuição é o resultado de um processo de certificação anual entre as Organizações possuidoras da Certificação de Excelência dos Serviços Sociais, através de uma avaliação e “Benchmarking” do seu desempenho (APQ, 2012b).

A aplicação de um destes dois modelos é então, um factor de extrema importância para a viabilidade deste trabalho de projecto, garantindo aos seus utentes, colaboradores e partes interessadas um serviço de qualidade certificado.

CAPÍTULO III – PLANO DAS ACTIVIDADES OCUPACIONAIS E DE DESENVOLVIMENTO PESSOAL

Após se terem apresentado os requisitos necessários e delineado os elementos inerentes à aplicação da resposta social proposta, Lar de Idosos, é necessário desenvolver a vertente social deste trabalho de projecto. Esta vertente social encontra-se direccionada para as intervenções que o serviço social pode facultar aos utentes institucionalizados para que possam desenvolver diversas aptidões.

Este capítulo pretende apresentar um plano onde iremos colocar em ênfase a vertente social, planeando as diversas actividades que irão ser realizadas após a execução desta intervenção social.

3.1 O Lazer e a ocupação na População Idosa

O Homem, enquanto ser humano sente ao longo da sua vida inúmeras necessidades básicas, como por exemplo, a alimentação e a higiene, bem como a necessidade de realizar e executar determinadas tarefas. Esta acção desenvolvida faz com que o indivíduo explore e compreenda melhor a si mesmo e ao mundo que o rodeia, descobrindo e aprendendo novas coisas, acabando por se identificar e relacionar com outras pessoas. Este tempo disponibilizado para o “fazer” constitui-se como um período de lazer, que de acordo com Ferrari (1999) este tempo livre disponibilizado, caracteriza-se como uma fonte de criação cultural, onde o homem se pode renovar a si mesmo através de uma nova socialização do ser. Na concepção elaborada por Dumazedier (1976: 34) relativamente ao lazer, este considera-o como um “conjunto de actividades desenvolvidas pelos indivíduos, seja para descanso, seja para o divertimento, seja para o desenvolvimento pessoal e social, após cumpridas as suas obrigações profissionais, familiares e sociais”. Outra noção de lazer é nos dada por Reixá (1980: 35) definindo-o como a “ocupação não obrigatória, de livre escolha do indivíduo que a vive, e cujos valores propiciam condições de recuperação psicossomática e de desenvolvimento pessoal e social”.

Ao entrar na fase do envelhecimento, e posteriormente ao usufruir do período pós-reforma o indivíduo muitas vezes perde o status e conseqüentemente uma desvalorização social, transformando este período em indesejável, ao invés de usufruir o tempo livre de forma positiva, acarretando problemas relacionados com a solidão, tédio, marginalização e ainda problemas económicos. Este aspecto deve-se muitas vezes ao facto de o indivíduo estar habituado a que o tempo passe rápido devido à função activa que exerce na sua sociedade, com a entrada no período da reforma eles deixam de saber como ocupar o seu tempo acabando por fazer o uso patológico do mesmo. Dito isto é necessário que haja um ajustamento da redistribuição e da organização do tempo, criando projectos criativos e energéticos que dêem um rumo e um significado à sua vida, não deixando que o vazio se apodere (Ferrari, 1999).

De acordo com Dumazedier (1979) existe uma relação de continuidade entre o género das actividades de lazer que são realizadas pelos indivíduos na sua vida adulta e no decurso do seu envelhecimento, classificando-as em cinco categorias, segundo as necessidades de realização do corpo e do espírito do indivíduo:

1. Lazer físico: desportos, passeios, caminhadas, descanso, viagens;
2. Lazer artístico: espectáculos, visitas a museus e monumentos;
3. Lazer prático: bricolage, jardinagem e trabalhos de agulha;
4. Lazer intelectual: leitura, televisão e rádio;
5. Lazer social: reuniões de convívio, visitas a amigos, familiares, etc.

A aplicação destas actividades de lazer no contexto deste trabalho de projecto é de extrema importância, não só pelo divertimento e novos conhecimentos proporcionadas aos utentes visados, mas também devido aos benefícios que esta intervenção socioeducativa poderá acarretar. Martín (2007) refere que a prática de uma intervenção educativa pretende:

- Prevenir declínios prematuros como consequência do envelhecimento normal e ou patológico: através da prática de um estilo de vida activo e da utilização das suas capacidades intelectuais, em actividades como a leitura e a escrita,

ajudando na manutenção dos níveis de actividade cerebral e na recuperação da perda de estimulação ambiental ou contextual;

- Proporcionar papéis significativos aos idosos através de uma integração normalizada no meio em que se encontram: através do desenvolvimento de novos papéis e funções sociais derivados da participação social, cultural e educativa, a fim de proporcionar uma maior autonomia e sentimento de pertença às pessoas idosas;
- Promover o desenvolvimento e crescimento pessoal, aumentando a qualidade e a “fruição” da vida: estimulando a curiosidades intelectual, atitude lúdica, o autoconhecimento e a consciência de si, através das vocações criativas dos indivíduos, como a pintura, música e teatro.

Este tipo de intervenção socioeducativa baseia-se em diferentes tipos, formas e espaços de animação sociocultural, que de acordo ainda com Martín (2007) é possível diferenciar vários níveis de actuação da animação sociocultural com as pessoas idosas, embora o seu conceito e o seu sentido de animação sejam semelhantes. O primeiro nível compreende a animação como uma acção social e cultural, através da integração da pessoa idosa no meio comunitário em que se insere, onde a animação é encarada como uma forma de “dar vida social”, permitindo então por um lado que, o indivíduo se integre no ambiente comunitário, e por outro, que satisfaça as suas necessidades de dar, receber e de solidariedade social, através da execução de diversas actividades e programas. O segundo nível encara a animação sociocultural como uma metodologia de trabalho em grupo, através da interacção dos indivíduos para alcançar os objectivos de aprendizagem (animação formativa), de comunicação e de relacionamento interpessoal (animação relacional) e de carácter terapêutico (animação estimulante), utilizando não só as técnicas de trabalho vivenciais de animação em grupo e trabalho de grupo, mas também actividades que se enquadrem pedagogicamente nos outros grupos etários. Por último, o autor dá especial atenção à animação estimulante, uma vez que esta é de carácter relacional e lúdico, com fins terapêuticos, prevenindo algumas patologias características do envelhecimento, através de actividades que exerçam as capacidades

físicas e psíquicas dos indivíduos, como por exemplo, a ginástica de manutenção e trabalhos manuais.

3.2 Planeamento das Actividades

Com o intuito de melhorar a qualidade de vida e o bem-estar das pessoas idosas que irão usufruir dos serviços proporcionados com a realização deste trabalho de projecto, planificou-se um conjunto de actividades ocupacionais e de desenvolvimento pessoal que irão trazer benefícios não só a nível de entretenimento mas também a nível de saúde física e psicológica.

Quadro 3.1: Actividades a desenvolver ao longo da semana pelos utentes da instituição

Horas/Dias	Segunda-Feira	Terça-Feira	Quarta-Feira	Quinta-Feira	Sexta-Feira	Sábado	Domingo
9:00	Pequeno-Almoço	Pequeno-Almoço	Pequeno-Almoço	Pequeno-Almoço	Pequeno-Almoço	Pequeno-Almoço	Pequeno-Almoço
10:00	Ginástica de Manutenção	Atelier de Escrita/ Alfabetização	Jardinagem/ Horta	Atelier de Escrita/ Alfabetização	Jardinagem/ Horta	Ginástica de Manutenção	Jogos Tradicionais
11:00	Ocupação Livre	Ocupação Livre	Jardinagem/ Horta	Ocupação Livre	Jardinagem/ Horta	Ocupação Livre	Jogos Tradicionais
12:30	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço
13:00	Ocupação Livre	Ocupação Livre	Ocupação Livre	Ocupação Livre	Ocupação Livre	Ocupação Livre	Ocupação Livre
14:00	Trabalhos de Agulha/ Pintura	Teatro	Trabalhos de Agulha/ Pintura	Teatro	Trabalhos de Agulha/ Pintura	Sessão de Cinema Português	Ocupação Livre
15:00	Trabalhos de Agulha/ Pintura	Teatro	Trabalhos de Agulha/ Pintura	Teatro	Trabalhos de Agulha/ Pintura	Sessão de Cinema Português	Matiné
16:00 H	Lanche	Lanche	Lanche	Lanche	Lanche	Lanche	Lanche
17:00 H	Música	Ocupação Livre	Trabalhos em cerâmica	Ocupação Livre	Música	Ocupação Livre	Matiné
18:00 H	Música	Informática	Trabalhos em cerâmica	Informática	Música	Missa	Matiné
19:00 H	Ocupação Livre	Ocupação Livre	Ocupação Livre	Ocupação Livre	Ocupação Livre	Ocupação Livre	Ocupação Livre
20:00 H	Jantar	Jantar	Jantar	Jantar	Jantar	Jantar	Jantar
21:00 H	Descanso	Descanso	Descanso	Descanso	Descanso	Descanso	Descanso

Este planeamento é vital no que concerne à organização do quotidiano do lar de idosos. A variedade de atividades, que se dividem em diversos tipos, nomeadamente, lúdico-recreativas, culturais, sociais, intelecto-formativas, espirituais e religiosas, desportivas e do quotidiano.

Ao nível das atividades lúdico-recreativas apresento como oferta de atividades:

- Jogos tradicionais: os jogos tradicionais são um tipo de atividades que pelo seu caráter facilitam o convívio e o divertimento dos intervenientes, contribuindo de uma forma positiva para a ocupação das horas livres. Como exemplo de jogos tradicionais a executar encontram-se, o jogo da malha, dominó, jogos de cartas, jogos de tabuleiro, como damas e xadrez, entre outros.
- Trabalhos de agulha/pintura: estas atividades decorrerão simultaneamente no mesmo espaço físico e no mesmo horário. Uma vez que o trabalho artesanal com agulhas, nomeadamente tricot, malhas, bilros é uma atividade específica e maioritariamente praticada pelo sexo feminino, apresento a pintura como alternativa. Os utentes poderão praticar as duas atividades, que potenciam a manutenção da motricidade fina na sua plenitude, essencial para movimentos de destreza e controlo.
- Trabalhos com cerâmica: Neste bloco de sessões serão desenvolvidas “oficinas de olaria” e pintura de azulejos. Estas atividades pretendem o desenvolvimento de competências ao nível da coordenação motora e da criatividade, mas também a promoção de momentos de descontração e divertimento.
- Sessão de cinema português: Nestas sessões serão visionados os grandes clássicos do cinema português, pretendendo-se estimular os utentes a nível psíquico, ao nível da memória e da motivação, proporcionando-se ainda momentos onde o grupo pode descontrair.

- **Matiné:** A matiné é um evento semanal, onde será tocada música ao vivo ou reproduzida, para que os utentes possam dançar ou simplesmente ouvir as músicas. Este evento visa a criação de momentos de alegria, diversão e convívio entre idosos, funcionários do lar e familiares, que na maioria das vezes os visitam no horário em que se encontra esta actividade.

No que concerne às actividades desportivas, apresento as seguintes propostas:

- **Ginástica de manutenção:** este tipo de prática é importante no combate ao sedentarismo e stress, proporcionando igualmente bem-estar físico, mental e social. Proporcionando ainda aos utentes um momento de relaxamento e diversão, ao mesmo tempo que melhora a sua condição física.

No campo das actividades culturais destacam-se:

- **Música:** No âmbito deste bloco de actividades está previsto a atuação de músicos, que ao longo de várias sessões irão executar reportório em diversos instrumentos, por forma a estimular órgãos sensoriais, especificamente ao nível do aparelho auditivo. Ao longo destas sessões haverá ainda lugar a momentos de canto, por parte dos utentes que se manifestarem interessados, promovendo-se algumas competências ao nível da coordenação vocal.
- **Teatro:** Este tipo de actividade caracteriza-se pela criação de momentos de “jogo dramático”, onde os utentes poderão interpretar papéis sugeridos pelo monitor, estimulando o uso da memória, ou improvisar, originando momentos onde a espontaneidade e criatividade poderão ser treinadas. Este bloco de sessões tem assim como grande objetivo o incremento das competências acima apontadas, mas também a criação de momentos de descontração, convívio e divertimento.

Já em relação a actividades do tipo intelectual/formativo proponho a seguinte actividade:

- **Atelier de escrita/alfabetização:** Neste atelier será usada a metodologia utilizada pelo pedagogo Paulo Freire (1969) para a alfabetização de adultos. Em vez de se usarem as típicas frases da “cartilha” infantil, por exemplo “ o pópó do papá”, uma vez que são frases com pouco sentido e sem nenhuma ligação ao quotidiano destes utentes em específico, o professor vai nortear a sua abordagem de acordo com a realidade dos alfabetizandos, apresentando materiais nesse sentido. O método Paulo Freire instiga a educação/alfabetização dos adultos em círculos de discussão sobre as experiências da vida. Criando um espaço de aprendizagem e de desenvolvimento a nível pessoal, criando uma sensação de utilidade para consigo próprio.

Para os utentes que já são alfabetizados estão previstas actividades de redacção de poemas, composições, jogos de palavras e do diário pessoal, estimulando-se assim, o raciocínio, a criatividade, bem como do treino da motricidade fina.

- **Informática:** Nestas sessões são ensinados conhecimentos de base para uso das tecnologias de informação, nomeadamente um processador de escrita (Microsoft Word), um processador de desenho (paint), navegação na Internet, mais concretamente a utilização de motores de busca e programas de comunicação. A informática na terceira idade apresenta inúmeros benefícios, uma vez que é importante para exercitar a mente, a memória, a auto-estima, possibilitando ainda aos idosos a comunicação com os seus familiares.

No que diz respeito às actividades do quotidiano, apresento as seguintes actividades:

- Jardinagem/horta: Este tipo de actividade consiste no apoio à manutenção de espaços verdes e da horta. Por norma, os idosos apreciam este tipo de tarefas, prevendo-se que seja uma actividade que causa bem-estar e auto-sentido de realização e utilidade. Por outro lado, incute responsabilidade nos idosos, proporcionando ainda o convívio com a natureza.

No âmbito das actividades espirituais e religiosas apresento as seguintes actividades:

- Missa: Semanalmente será celebrada uma eucaristia da religião católica, sendo esta uma actividade facultativa. Caso existam utentes com outra religião e que pretendem cumprir os ritos religiosos da mesma serão reunidas todas as condições para que o idoso o possa fazer no mesmo horário da missa, mas em espaço distinto.

Relativamente ao espaço que corresponde “ocupação livre” este não terá qualquer actividade fixa, dependendo exclusivamente da vontade do utente, ficando então ao seu critério a forma como dispõe do tempo. Exemplificam-se actividades como ver televisão, ouvir rádio, ler um livro ou até mesmo dar um passeio pelo jardim.

A realização destas actividades de lazer é de extrema importância não só a nível social e cultural, mas também a nível pessoal, promovendo um tempo de divertimento, convívio, bem-estar e de aprendizagem, capaz não só de ocupar o tempo livre dos utentes mas também promovendo um vasto número de capacidades intelectuais. Desta forma o lazer, segundo Ferrari (1999: 105) deve “ser entendida como expressão e desenvolvimento pessoal num vasto grupo, ou seja, a integração e reintegração do homem como ser social, onde emergem como realmente significativos o direito à escolha e o exercício da liberdade de opção”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o aumento do envelhecimento populacional as sociedades devem criar respostas sociais que possam garantir às pessoas idosas os direitos que estas têm não apenas como ser humano, mas também enquanto indivíduo de grande valor, com experiências de vida que nos poderão ajudar a ultrapassar obstáculos. Devendo garantir uma vida em condições satisfatórias, através da aplicação de políticas sociais e de uma promoção de um envelhecimento activo e saudável, de forma a que estas pessoas possam levar uma vida autónoma e independente. Todavia, existem adversidades da condição humana que não nos podemos esquecer, principalmente no que diz respeito à saúde física e mental, que pode originar muitas vezes a situações de dependência, onde a pessoa idosa não consegue executar aspectos básicos do dia-a-dia, como por exemplo a alimentação e a higiene. É por este motivo, que torna-se importante a aplicação de projectos como este, que garantam as condições necessárias para a sobrevivência, proporcionando uma melhoria da qualidade de vida e do bem-estar a pessoas que em situações normais não iriam conseguir, garantindo ainda, serviços de extrema qualidade e a aplicação de actividades capazes de promover o desenvolvimento pessoal, proporcionando ainda às pessoas idosas formas de ocupar o seu tempo através da aprendizagem e do convívio com os outros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcock, Pete (2008), *Social Policy in Britain*, Third Edition, Basingstone: Palgrave Macmillan.
- Alcock, Pete (2012), The Subject of Social Policy, in Pete Alcock, Margaret May, Sharon Wright (eds), *The student's Companion to Social Policy*, Oxford: Blackwell Publishers, 5- 11.
- Alves, José Ferreira e Rosa Ferreira Novo (2006), Avaliação da discriminação social de pessoas idosas em Portugal, *International Journal of Clinical and Health Psychology*, vol. 6, Nº 1, 65-77.
- Austad, Steven N. (2009), Making sense of biological theories of aging, in V. Bengston, D. Gans, N. Putney, M. Silverstein (eds), *Handbook of theories of aging*, NY: Springer Publishing Company, 147-161.
- Bargh, John A., Mark Chen e Lara Burrows (1996), Automaticity of Social Behavior: Direct Effects of Trait Construct and Stereotype Activation on Action, *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol71, Nº 2, New York University: American Psychological Association, 230- 244.
- Belsky, Janet (1999), *The Psychology of Aging – Theory, Research and Interventions*, Third Edition, Pacific Grove: Brooks/Cole Publishing Company.
- Bengston, V., Rice, C., Johnson, L. (1999), Are theories of aging important? Models and explanation in gerontology at the turn of the century, in V. Bengston e K.W. Schaie (Eds) *Handbook of Theories of Aging*, NY: Springer Publishing Company, 3-20.
- Bengston, V., D. Gans, N. Putney e N. Silverstein. (2009), Theories About Age and Aging, in V. Bengston, D.Gans, N. Putney e N. Silverstein, *Handbook of theories of aging*, NY: Springer Publishing Company, 3-23.
- Birren, James (1985), New models of aging: comment on need and creative efforts, *Canadian Journal on aging*, 14 (1), 1-3.
- Birren, James E. e Johannes J.F. Schroots (1996), History, Concepts, and Theory in the Psychology of Aging, in James E. Birren e K. Warner Schaie (eds.), *Handbook of the Psychology of Aging*, fourth edition, San Diego: Academic Press, 3- 23.
- Buchanan, Ann (2008), *Social Work – Major themes in health and social welfare*, Volume I- The development of social work, Oxon: Routledge, 1-11.
- Carey-Bélanger, Elaine (2001), Políticas Sociais e os Trabalhadores Sociais no contexto da Globalização e da Transformação do Papel do Estado: Apelo a uma Cidadania Activa

- e a uma Vitória à Altura, in Helena Mouro e Dulce Simões (coord.), *100 Anos de Serviço Social*, Coimbra: Quarteto, 295-311.
- Cirne, José Augusto, (1994), A Resposta familiar e as políticas sociais para os idosos, *Investigação e debate: serviço social*, Porto, Ano 1, Nº1, 7- 11.
- Clark, Chris L. (2000), *Social Work ethics – Politics, Principles and Practice*, New York: Palgrave.
- Collins, J.C. e J.I. Porras (1996), *Building your company's vision*, Harvard Business Review, Volume 74, nº 5, Sept/Oct, Boston, 65-77.
- Costa, M. A. (2002). *Cuidar idosos: Formação, prática e competências dos Enfermeiros*, Coimbra: Formasau.
- Cox, Carole (2008), Who is responsible for the care of the elderly?, in Ann Buchanan (ed), *Social Work – Major themes in health and social welfare*, Volume III , Oxon: Routledge, 296- 306.
- Drakeford, Mark (2008), Social Work and Politics, in Martin Davies (ed), *The Blackwell companion to Social Work*, Reino Unido: Blackwell Publishing, 303- 312.
- Dominelli, Lena (2009), *Introducing Social Work*, Cambridge: Polity Press.
- Dumazedier, Joffre (1976), *Lazer e Cultura Popular*, São Paulo: Perspectiva.
- Dumazedier, Joffre (1979), *Sociologia Empírica do Lazer*, São Paulo: Perspectiva.
- Fernandes, Ana Alexandre (1997), *Velhice e Sociedade- Demografia, Família e Políticas Sociais em Portugal*, Oeiras: Celta Editora.
- Fernández-Ballesteros, Rócio (2004a), Psicología de la Vejez. *Humanitas*, 1, 27-38.
- Fernández-Ballesteros, Rócio (2004b), Gerontologia Social, Una introduccion, in Rócio Fernández-Ballesteros (Dir), *Gerontologia Social*, Madrid: Pirámide.
- Ferrari, Maria Auxiliadora Cursino (1999), Lazer e Ocupação do Tempo Livre na Terceira Idade, in Matheus Papaléo Netto, *Gerontologia- A velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada*, , Brasil: Atheneu, 98- 105.
- Ferreira, José Luis Simão, *Educación a Terceira Idade: Estudio do Colectivo de pessoas Maiores no Contexto Comunitário de Vila Nova de Gaia*, Tese de Doutoramento, Faculdade de CC. Da Educación: Universidade de Santiago de Compostela.
- Fontaine, Roger (2000), *Psicologia do Envelhecimento*, Lisboa: Climepsi.

- Freire, Paulo (1969), *A educação como Prática de Liberdade*, Lisboa, Dina Livro.
- Guillemard, Ann-Marie (2000), *Aging and the welfare-state crisis*, EUA: Associated University Presses.
- Hill, Michael (2003), *Understanding social policy*, Seventh edition, Oxford: Blackwell Publishers.
- Hooymann, Nancy R. e H.Asuman Kiyak (2008), *Social Gerontology- A multidisciplinary perspective*, Eighth edition, Boston: Pearson Education.
- Hughes, Mark e Karen Heycox (2010), *Older people, Ageing and Social Work: Knowledge for Practice*, Austrália: Allen e Unwin.
- Imaginário, C. (2004), *O Idoso Dependente em contexto familiar – Uma análise de visão da família e do cuidador principal*, Coimbra: Edições Formasau.
- Kreitzer, Linda (2008), Social Work Values and Ethics Issues of Universality, in Ann Buchanan, *Social Work*, Volume I, London: Routledge, 22-43.
- Kuazaki, Edmir, Teresinha Covas Lisboa e Márcia Gamboa (2005), *Gestão Estratégica para a Liderança em Empresas de Serviços Privadas e Públicas*, São Paulo: Nobel.
- Lima, Margarida Pedroso de (2010), *Envelhecimentos- Estado da Arte*, Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Martín, Antonio Víctor (2007), Gerontologia Educativa: Enquadramento disciplinar para o estudo e intervenção socioeducativo com idosos, in A. Osório e F. Pinto (coord.), *As pessoas idosas: Contexto social e intervenção educativa*, Instituto Piaget, 47- 73.
- Mc Donough, Josefina Figueira (1999), Prática Política: a face negligenciada da intervenção em Serviço Social”, In Maria Augusta NEGREIROS et al. (coords.), *Serviço Social, Profissão & Identidade – que trajetória?*, Lisboa: Veras Editora.
- Montepare, J.M e Lachman, M.E. (1989), You’re only as old as you feel: Self-perceptions of age, fears of aging, and life satisfaction from adolescence to old age, *Psychology and Aging*, 4, 73-78.
- Moody, Harry R. (2006), *Aging: concepts and controversies*, fifth edition, Califórnia: Pine Forge Press.
- Netto, Matheus Papaléo e Nelson Borgonovi (1999), Biologia e Teoria do Envelhecimento, in Matheus Papaléo Netto, *Gerontologia – A velhice e o envelhecimento em Visão Globalizada*, Brasil: Atheneu, 44- 59.

- OCDE (2000), *Des réformes pour une société Vieillissante*, Source OCDE Questions sociales/migrations/santé.
- ONU, Série Formação Profissional N° 1 (1999): *Direitos Humanos e Serviço Social. Manual para Escolas e Profissionais de Serviço Social*, Lisboa: ISSS – Departamento Editorial.
- Paúl, Constança (2000), Esteriótipos sobre idosos: vivências e imagens, *Cidade Solidária*, Ano 3, N° 5, 52- 57.
- Paúl, Constança (2006), Psicologia do Envelhecimento, in Horácio Firmino (ed), *Psicogeriatría, Clínica Psiquiátrica dos Hospitais da Universidade de Coimbra: Psiquiatria Clínica*, 43- 68.
- Requixá, Renato (1980), *Sugestões de diretrizes para uma política nacional de lazer*, São Paulo: Serviço Social de Comércio.
- Rodrigues, N. Costa, J. Rauth e N. Luiz Terra, (2010), *Gerontologia Social para Leigos*, Porto Alegre: Edipucrs.
- Rowe, John W. e Robert L. Kahn (1998), *Successful aging*, New York: Dell Publishing.
- Salselas, Teresa (2007), *Política Social da Velhice: Texto complementar ao manual - Introdução à Gerontologia*, Lisboa: Universidade Aberta.
- Schroots, J., Fernandez-Ballesteros, R e Rudingen, G. (1999). Aging in Europe: Perspectives and Prospects. In J. Schroots, R. Fernandez-Ballesteros & G. Rudinger (Eds), *Aging in Europe*. Amestardão: IOS Press, 1-7.
- Shock, N. (1985), Longitudinal studies of aging in human, in C. Finch e E.Schneider (Eds), *Handbook of the biology of aging*, NY: Van Nostrand Reinhold.
- Takamura, Jeanette C. (2008), The Future is Aging, in Ann Buchanan (ed.), *Social Work– Major themes in health and social welfare*, Volume III , Oxon: Routledge, 272- 283.
- Vallespir, J. e Morey, M. (2007) A participação dos idosos na sociedade: integração vs segregação, in A. Osório e F. Pinto (coord.), *As pessoas idosas: Contexto social e intervenção educativa*, Instituto Piaget, 225-251.
- Wechesler, David (1958), *The measurement and appraisal of adult intelligence*, Baltimore: The Williams e Wilkins.
- Wickens, A.P. (1998), *The causes of aging*, Hardwood academic publishers.

WEBGRAFIA

APQ, (2012a), *EQUASS em Portugal*

Disponível em: <http://www.apq.pt/conteudo.aspx?id=287&idcm=286&idc=286>
(consultado a 15 de Abril de 2012)

APQ, (2012b), *Níveis de certificação EQUASS*.

Disponível em: <http://www.apq.pt/conteudo.aspx?id=288&idcm=286&idc=286>
(consultado a 15 de Abril de 2012)

APQ, (2012c), *Princípios da Qualidade*

Disponível em: <http://www.apq.pt/conteudo.aspx?id=290&idcm=286&idc=286>
(consultado a 15 de Abril de 2012)

Carilho, Maria J. e Cristina Gonçalves, (2004), *Dinâmicas Territoriais do Envelhecimento: análise exploratória dos resultados dos Censos 91 e 2001*, Revista de Estudos Demográficos, Instituto Nacional de Estatística, N° 36, 175- 192.

Disponível em:

http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=378741&PUBLICACOESmodo=2
(consultado a 6 de Março de 2012)

CNEC, (n.d.), *Serviço Social – O que é?*

Disponível em: <http://www.cneccs.org.br/files/assessorias/21/social.pdf>
(consultado a 21 de Fevereiro de 2012)

Conselho Local de Acção Social Coruche, (2004), *Diagnóstico Social de Coruche*.

Disponível em:

http://195.245.197.216/CLAS/Todos/DOCS_enviados//1409/2.%20Diagn%F3stico%20Social.pdf
(consultado a 29 de Março de 2012)

DGS, (2008), *Envelhecimento Saudável*, Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas.

Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i010170.pdf>
(consultado a 12 de Fevereiro de 2012)

EQUASS, (2012a), *Criteria for EQUASS Assurance*.

Disponível em:

<http://www.epr.eu/images/EPR/documents/equass/EQUASS%202012/EQUASS%20Assurance%20%28SSGI%29%20Principles%20criteria%20and%20indicators%202012.pdf>

(consultado a 16 de Abril de 2012)

e

<http://www.epr.eu/index.php/equass/certification/12-equass/35-equass-assurance>
(consultado a 16 de Abril de 2012)

EQUASS, (2012b), *Criteria for EQUASS Excellence*.

Disponível em:

<http://www.epr.eu/images/EPR/documents/equass/EQUASS%202012/EQUASS%20Excellence%20%28SSGI%29%20Principles%20criteria%20%202012%20HS.pdf>

(consultado a 16 de Abril de 2012)

e

<http://www.epr.eu/index.php/equass/certification/12-equass/36-equass-excellence>

(consultado a 16 de Abril de 2012)

EQUASS, (2012c), *What is EQUASS?*.

Disponível em:

<http://www.epr.eu/index.php/equass>

(consultado a 15 de Abril de 2012)

FIAS, (2012), *Definition of Social Work*.

Disponível em: <http://ifsw.org/policies/definition-of-social-work/>

(consultado a 18 de Fevereiro de 2012)

IASSW, (2001), *Definition of Social Work*.

Disponível em :

[http://www.iassw-](http://www.iassw-aiets.org/images/Documents/Download%20Definition%20of%20Social%20Work.pdf)

[aiets.org/images/Documents/Download%20Definition%20of%20Social%20Work.pdf](http://www.iassw-aiets.org/images/Documents/Download%20Definition%20of%20Social%20Work.pdf)

(consultado a 21 de Fevereiro de 2012)

INE, (2011), *Censos 2011 - resultados provisórios*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

Disponível em:

http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=122073978&PUBLICACOESmodo=2

(consultado a 1 de Março de 2012)

OMS, (2012), *What is "active ageing"*.

Disponível em: http://www.who.int/ageing/active_ageing/en/index.html

(consultado a 5 de Fevereiro de 2012)

RUTIS, (2012), *Ano Europeu do Envelhecimento Activo – 2012*.

Disponível em:

[http://www.rutis.org/cgi-](http://www.rutis.org/cgi-bin/reservado/scripts/command.cgi?naction=10&newsid=EFEEyElAZlWFmcNgEY)

[bin/reservado/scripts/command.cgi?naction=10&newsid=EFEEyElAZlWFmcNgEY](http://www.rutis.org/cgi-bin/reservado/scripts/command.cgi?naction=10&newsid=EFEEyElAZlWFmcNgEY)

(consultado a 7 de Fevereiro de 2012)

Segurança Social, (2012a), *Acção Social: Pessoas idosas – Respostas Sociais*.

Disponível em: <http://www2.seg-social.pt>

(consultado a 27 de Fevereiro de 2012)

Segurança Social, (2012b), *Direitos e Deveres – Pessoas Idosas*.

Disponível em: <http://www2.seg-social.pt>

(consultado a 26 de Fevereiro de 2012)

Segurança Social, (n.d), *Modelo de Avaliação de Qualidade para Estruturas Residenciais para Idosos*.

Disponível em: http://www2.seg-social.pt/preview_documentos.asp?r=21437&m=PDF
(consultado a 5 de Maio de 2012)

UE, (2012), *European Year for Active Ageing and Solidarity between Generations*.

Disponível em: <http://europa.eu/ey2012/ey2012main.jsp?catId=971&langId=en>
(consultado a 7 de Fevereiro de 2012)

REFERÊNCIAS LEGISLATIVAS

Despacho Normativo n.º12/98, de 25 de Fevereiro

(estabelecimento das condições necessárias para a instalação e funcionamento de lares de idosos)

Despacho Normativo n.º 30/06, de 8 de Maio

(estabelecimento da nova regulamentação para serviços privados e outros que exerçam actividades de apoio social)

Decreto- Lei nº 133- A/97, de 30 de Maio

(estabelecimento do regime de licenciamento e fiscalização dos serviços de apoio social)

Despacho Normativo nº12/98, de 13 de Janeiro

(estabelecimento das condições necessárias para a instalação e funcionamento de lares de idosos)

CURRICULUM VITAE



Europass curriculum vitae

Informação pessoal

Apelido(s) - Nome(s)	Santos, Maria Ana Chibante dos
Morada(s)	Avenida Lino de Carvalho, N°21, rc esquerdo 7005-467 Évora
Telefone(s)	Telemóvel: 926542281
Correio(s) electrónico(s)	maria.anasantos@hotmail.com
Nacionalidade(s)	Portuguesa
Data de nascimento	15/06/1988
Sexo	Feminino

Emprego pretendido / Área de competência

Experiência profissional

Datas	Maio a Abril de 2012
Função ou cargo ocupado	Embaladora
Principais actividades e responsabilidades	Atendimento ao cliente
Nome e endereço do empregador	Palloram
Tipo de empresa ou sector	Indústria Têxtil

Datas	Outubro a Dezembro de 2011
Função ou cargo ocupado	Operadora de Loja
Principais actividades e responsabilidades	Caixa
Nome e endereço do empregador	Worten
Tipo de empresa ou sector	Equipamentos para o lar
Datas	De Março de 2011 a Maio de 2011
Função ou cargo ocupado	Estágio Curricular de Serviço Social
Principais actividades e responsabilidades	Acompanhar a Assistente Social nas suas funções, de forma a observar como as práticas do Serviço Social
Nome e endereço do empregador	CED de Santa Clara, Casa Pia de Lisboa
Tipo de empresa ou sector	Instituição de Solidariedade Social
Nota de estágio	16 valores
Datas	2010
Função ou cargo ocupado	Operadora de Call-Center
Principais actividades e responsabilidades	Promover o produto
Nome e endereço do empregador	Omena
Tipo de empresa ou sector	Telemarketing
Datas	De 2006 a 2007
Função ou cargo ocupado	Animadora de rádio local
Principais actividades e responsabilidades	Responsável por um programa musical e pela programação da publicidade diária
Nome e endereço do empregador	Rádio Voz do Sorraia, Rua do Couço n.º29 r/c, 2100 Coruche
Tipo de empresa ou sector	Rádio

**Formação
académica e
profissional**

Datas	2010 a 2012
Designação do certificado ou diploma atribuído	Mestrado em Serviço Social
Principais disciplinas/competências profissionais	Desigualdades sociais Contemporâneas; Fundamentos do Serviço Social; Ética da Intervenção Social; Direitos Humanos e Serviço Social; Serviço Social Internacional; Desenho, Gestão e Avaliação das Políticas Públicas; Estado e Políticas de Família e de Protecção Social.
Nome e tipo da organização de ensino ou formação	Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa
Classificação obtida a nível nacional	Parte curricular com equivalência a Pós-graduação com média de 14 valores. Em fase de redacção do trabalho de projecto
Datas	2007 a 2010
Designação do certificado ou diploma atribuído	Licenciatura em Sociologia
Principais disciplinas/competências profissionais	Análise de dados descritiva; Análise de dados inferencial; Análise de dados multivariada; Análise de dados modelos de dependência; Teorias sociológicas; Objecto e Método da Sociologia; Instituições Sociais; Métodos e Técnicas de Investigação; Laboratório de Indicadores e Fontes Estatísticas; Laboratório de Pesquisa Observacional; Laboratório de Ética e Profissão; Sociologia da Empresa; Sociologia da Comunicação; Sociologia da Família.
Nome e tipo da organização de ensino ou formação	Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa
Classificação obtida a nível nacional	Licenciatura, 14 valores

Datas
 Designação do certificado ou diploma atribuído
 Principais disciplinas/competências profissionais
 Nome e tipo da organização de ensino ou formação
 Classificação obtida a nível nacional

2006
 12ºano de Escolaridade

Agrupamento 3: Português, Matemática, Filosofia, Economia, Inglês, Sociologia, Técnicas de Organização Empresarial.

Escola Secundária com 3ºCEB de Coruche

14,7 valores

Aptidões e competências pessoais

Língua(s) materna(s)

Português

Outra(s) língua(s)

Auto-avaliação

Nível europeu (*)

<i>Compreender</i>		<i>Falar</i>		<i>Escrever</i>
Compreensão oral	Leitura	Interacção oral	Produção oral	

Inglês

B2	B2	A2	A2	B1
----	----	----	----	----

(*) *Nível do Quadro Europeu Comum de Referência (CECR)*

Aptidões e competências sociais

Membro do Corpo Nacional de Escutas;

Membro do Clube da Floresta, projecto Prosepe, Escola Básica do 2º e 3ºCiclo Dr. Armando Lizardo, Coruche;

Aptidões e competências de organização

Candidata efectiva à Junta de Freguesia de Coruche pelo Movimento Independente de Cidadãos por Coruche;

Participação num projecto de levantamento das “Lojas da Baixa e do Chiado”, em colaboração com o Gabinete de Estudos Olisiponenses;

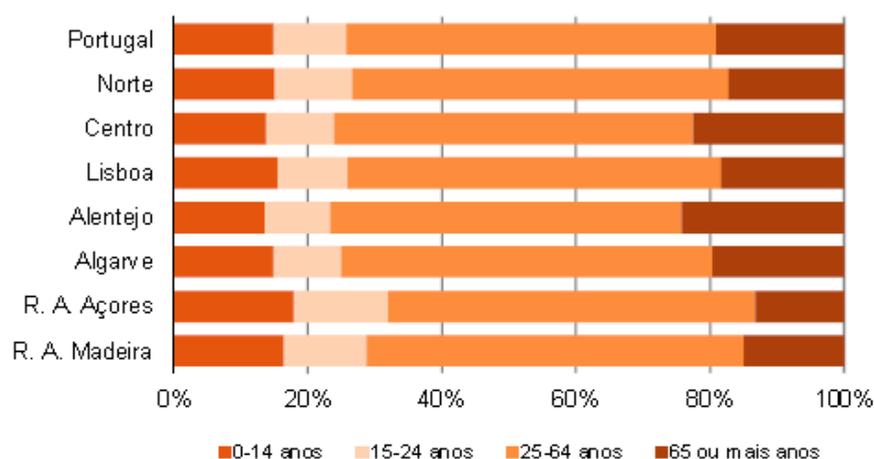
Participação no Atelier de comunicação: “Responsabilidade Social e Relações Públicas”;

Participação no Workshop Nacional do Projecto Europeu CSEYHP sobre o combate à situação de sem-abrigo entre os jovens.

Aptidões e competências técnicas	
Aptidões e competências informáticas	Informática na óptica do utilizador e informática aplicada à análise de dados, através do programa SPSS
Aptidões e competências artísticas	Membro do Clube de Música da Escola Básica do 2º e 3ºCiclo Dr. Armando Lizardo, Coruche
Outras aptidões e competências	Praticante de Natação de Competição
Carta(s) de condução	Carta de Veículos Ligeiros (B)

ANEXOS

Anexo 1: Estrutura demográfica da população por NUTSS II e por escalões etários, em 2011



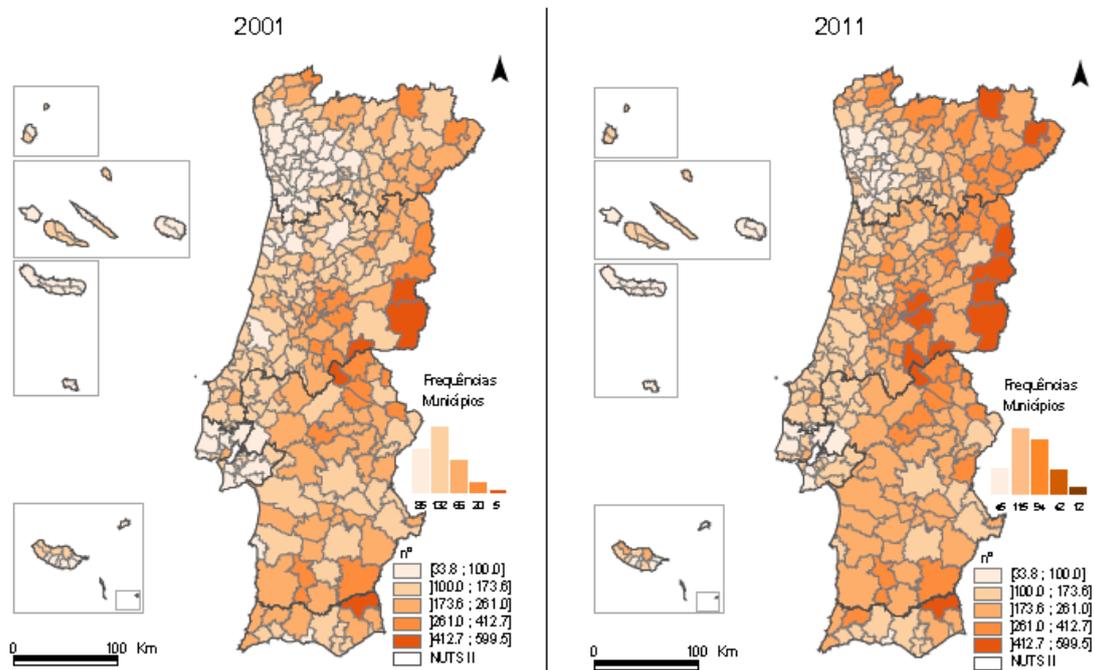
Fonte: INE, Censos 2011 - resultados provisórios

Anexo 2: População residente em %, segundo o grupo etário e sexo por NUTS II, em 2011

ZONA GEOGRÁFICA	População residente (%)											
	0-14 anos			15-24 anos			25-64 anos			65 ou mais		
	Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres
2011												
Portugal	14,9	15,9	13,9	10,8	11,5	10,2	55,1	55,7	54,5	19,1	16,8	21,3
Continente	14,8	15,8	13,8	10,7	11,4	10,1	55,1	55,7	54,5	19,4	17,1	21,5
Norte	15,1	16,1	14,2	11,5	12,2	10,9	56,2	56,6	55,7	17,2	15,0	19,2
Centro	13,7	14,7	12,8	10,3	10,9	9,7	53,5	54,4	52,6	22,5	20,0	24,9
Lisboa	15,5	16,8	14,4	10,4	11,1	9,8	55,7	56,0	55,4	18,4	16,2	20,3
Alentejo	13,6	14,4	12,8	9,7	10,3	9,2	52,4	53,8	51,1	24,3	21,4	26,9
Algarve	14,9	15,6	14,2	10,1	10,5	9,7	55,5	55,9	55,1	19,6	18,1	21,1
Região Autónoma dos Açores	17,9	18,6	17,2	14,1	14,6	13,5	54,8	55,9	53,7	13,3	10,9	15,5
Região Autónoma da Madeira	16,4	17,9	15,2	12,3	13,3	11,5	56,2	57,4	55,1	15,0	11,4	18,2

Fonte: INE, Censos 2011 - resultados provisórios

Anexo 3: Índice de Envelhecimento de Portugal, por Municípios em 2001 e 2011



Fonte: INE, Censos 2011 - resultados provisórios

Anexo 4: População Residente, 1991 e 2001

	Pop. Residente 1991 (Nº de Habitantes)	Pop. Residente 2011 (Nº de Habitantes)
Continente	9 867 147	10 356 117
Região de Lisboa e Vale do Tejo	3 290 795	3 468 901
Nut – Lezíria do Tejo	232 969	240 832
Coruche	23 634	21 332

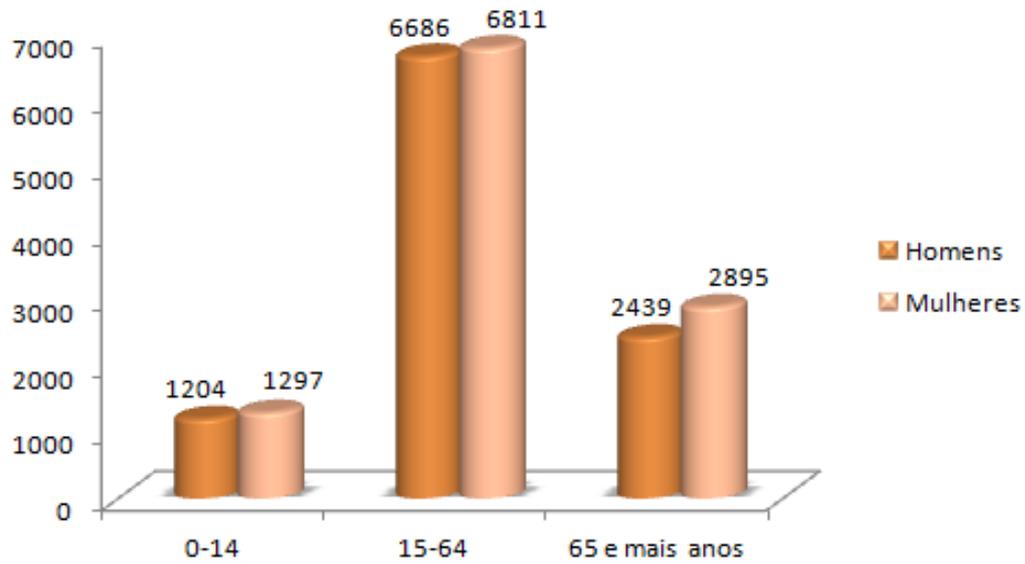
Fonte: Conselho Local de Acção Social Coruche (2004), Diagnóstico Social de Coruche

Anexo 5: População residente, segundo grupos etários e sexo, em 2011

Alentejo															
ZONA GEOGRÁFICA	Total			0 - 14 anos			15 - 24 anos			25 - 64 anos			65 ou mais anos		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
Baixo Alentejo	126 692	61 971	64 721	16 893	8 686	8 207	12 639	6 542	6 097	65 131	33 219	31 912	32 029	13 524	18 505
Aljustrel	9 257	4 583	4 674	1 063	533	530	897	484	413	4 927	2 579	2 348	2 370	987	1 383
Almodôvar	7 449	3 684	3 765	883	444	439	641	335	306	3 677	1 857	1 820	2 248	1 048	1 200
Alvito	2 904	1 201	1 303	325	173	152	260	129	131	1 209	606	603	710	293	417
Barrancos	1 834	890	944	246	118	128	164	81	83	968	507	461	456	184	272
Beja	35 854	17 391	18 463	5 375	2 790	2 585	3 564	1 859	1 705	19 317	9 667	9 650	7 598	3 075	4 523
Castro Verde	7 276	3 568	3 708	956	463	493	752	395	357	3 794	1 939	1 855	1 774	771	1 003
Cuba	4 878	2 383	2 495	637	329	308	530	251	279	2 464	1 271	1 193	1 247	532	715
Ferreira do Alentejo	8 255	4 024	4 231	1 014	514	500	776	391	385	4 241	2 177	2 064	2 224	942	1 282
Mértola	7 274	3 594	3 680	666	345	321	645	354	291	3 427	1 803	1 624	2 536	1 092	1 444
Moura	15 167	7 444	7 723	2 405	1 257	1 148	1 637	881	756	7 537	3 859	3 678	3 588	1 447	2 141
Ourique	5 389	2 656	2 733	550	281	269	433	224	209	2 639	1 351	1 288	1 767	800	967
Serpa	15 623	7 640	7 983	1 955	1 019	936	1 645	811	834	7 970	4 090	3 880	4 053	1 720	2 333
Vidigueira	5 932	2 913	3 019	818	420	398	695	347	348	2 961	1 513	1 448	1 458	633	825
Lezíria do Tejo	247 449	119 178	128 271	36 285	18 670	17 615	23 812	12 181	11 631	132 509	65 130	67 379	54 843	23 197	31 646
Almeirim	23 376	11 102	12 274	3 539	1 813	1 726	2 131	1 063	1 068	12 545	6 069	6 476	5 161	2 157	3 004
Alpiarça	7 702	3 699	4 003	1 143	610	533	670	349	321	3 994	1 966	2 028	1 895	774	1 121
Azambuja	21 814	11 035	10 779	3 207	1 628	1 579	1 956	981	975	12 239	6 488	5 751	4 412	1 938	2 474
Benavente	29 019	14 164	14 855	5 146	2 676	2 470	3 123	1 603	1 520	16 074	7 830	8 244	4 676	2 055	2 621
Cartaxo	24 458	11 845	12 613	3 597	1 868	1 729	2 391	1 237	1 154	13 355	6 523	6 832	5 115	2 217	2 898
Chamusca	10 120	4 878	5 242	1 177	594	583	941	489	452	5 272	2 652	2 620	2 730	1 143	1 587
Coruche	19 944	9 526	10 418	2 388	1 224	1 164	1 679	828	851	9 964	4 898	5 066	5 913	2 576	3 337
Golegã	5 465	2 559	2 906	735	365	370	545	295	250	2 804	1 345	1 459	1 381	554	827
Rio Maior	21 192	10 264	10 928	3 201	1 631	1 570	2 217	1 180	1 037	11 359	5 548	5 811	4 415	1 905	2 510
Salvaterra de Magos	22 159	10 651	11 508	3 261	1 656	1 605	2 120	1 109	1 011	11 861	5 816	6 045	4 917	2 070	2 847
Santarém	62 200	29 455	32 745	8 891	4 605	4 286	6 039	3 047	2 992	33 042	15 995	17 047	14 228	5 808	8 420

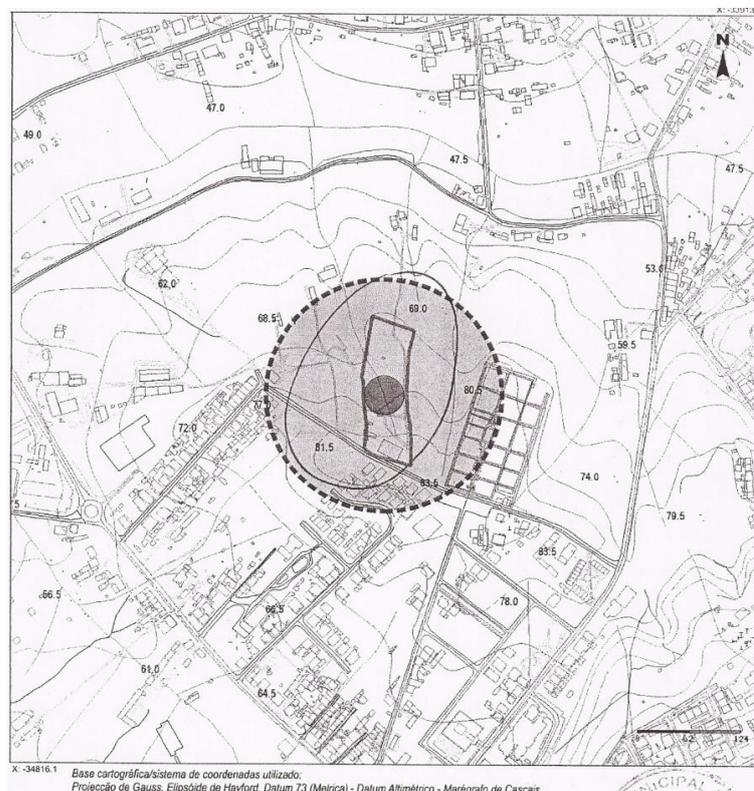
Fonte: INE, Censos 2011 - resultados provisórios

Anexo 6: População Residente no concelho de Coruche por Grupos Etários e Sexo, 2001



Fonte: Conselho Local de Acção Social Coruche (2004), Diagnóstico Social de Coruche

Anexo 7: Prédio rústico utilizado na implementação do trabalho de projecto



Anexo 8: Modelo de Avaliação de Qualidade para Estruturas Residenciais para Idosos

Fonte: Segurança Social, (n.d), Modelo de Avaliação de Qualidade para Estruturas Residenciais para Idosos.

Critério 1: Liderança, Planeamento e Estratégia

	Niv	S	N	P	NA	Observações
a) Estão definidas as declarações da Missão, Visão, Valores e Política da Qualidade da Resposta Social?	C					
b) A Missão, Visão, Valores e Política da Qualidade da Resposta Social são:						
• Escritas em linguagem simples, com caracteres facilmente legíveis e clara de modo a que os clientes entendam	C					
• Expostas em lugar visível para os clientes, colaboradores e público em geral	C					
• Estão disponíveis permanentemente (p.e. em suporte informático e/ou papel) a todos os intervenientes (p.e. clientes, colaboradores, parceiros)	B					
c) Existe um organograma da Resposta Social?	C					
d) Estão definidas as funções, responsabilidades e autonomias para cada nível de gestão?	C					
e) Estão definidos os objectivos estratégicos e operacionais (Plano de Acção/Actividades) da Resposta Social?	C					
f) Os objectivos da Resposta Social são estabelecidos com base na análise de informação relevante, nomeadamente:	A					
• Orientações estratégicas						
• Resultados obtidos na prestação dos serviços						
• Relatórios de auditorias internas e externas						
• Relatórios de satisfação dos clientes, colaboradores e parceiros/comunidade						
• Orientações dos parceiros com quem a Resposta Social se relaciona						
• Resultados das actividades de medição e monitorização dos processos						
• Reclamações e sugestões de melhoria						
• Acções de fiscalização						
g) Os objectivos operacionais são desdobrados em planos e actividades para cada serviço?	C					
h) Os serviços e colaboradores tem conhecimento dos objectivos, planos e actividades, da sua responsabilidade?	C					

Legenda: Niv – Nível de qualificação / S – Sim / N – Não / P – Parcial / NA – Não aplicável
Modelo de Avaliação da Qualidade da Estrutura Residencial para Idosos - 2008

	Niv	S	N	P	NA	Observações
i) Os objectivos, planos e actividades de cada serviço foram estabelecidos através de negociação interna com os colaboradores e em articulação com os clientes?	B					
j) São elaborados relatórios para verificar se estão a ser atingidos os objectivos definidos?	C					
k) Está estabelecida uma metodologia de comunicação dos objectivos estratégicos, planos e relatórios de actividade a todas as partes interessadas (p.e. clientes, família, colaboradores, parceiros)?	B					
l) Estão estabelecidos e são quantificados os objectivos da qualidade (p.e. redução do n.º de reclamações em x%, aumentar a satisfação do cliente x%, obter a certificação em x tempo, aumentar o n.º de actividades que correspondem às necessidades individuais dos clientes em x%)?	B					
m) Está definido um Plano da Qualidade onde são identificados e planeados os recursos necessários, para atingir os objectivos da qualidade e acções de melhoria definidas?	B					
n) O Plano da Qualidade é comunicado a todas as partes interessadas (colaboradores, clientes, famílias, parceiros)?	B					

Legenda: Niv – Nível de qualificação / S – Sim / N – Não / P – Parcial / NA – Não aplicável
Modelo de Avaliação da Qualidade da Estrutura Residencial para Idosos - 2008

Critério 2: Pessoas

	Niv	S	N	P	NA	Observações
a) A Resposta Social cumpre os requisitos legais aplicáveis à contratação e gestão de recursos humanos, nos termos do Código do Trabalho?	C					
b) Está definido o perfil de cada grupo profissional?	C					
c) Está definido o perfil dos voluntários?	C					
d) Estão definidas as funções e responsabilidades de cada colaborador (incluindo voluntários e estagiários)?	C					
e) Está definida a forma como são asseguradas as funções e responsabilidades em caso de ausência ou impedimento dos colaboradores (incluindo voluntários e estagiários)?	C					
f) O pessoal que se encontra directamente a trabalhar com o cliente, possui o perfil definido para o desempenho da sua actividade?	C					
g) O Director técnico da Resposta Social possui formação técnica e académica adequada e, preferencialmente, experiência profissional de relevo para o exercício da sua actividade?	C					
h) Está definida a metodologia para o recrutamento e selecção dos colaboradores?	B					
i) O recrutamento é efectuado, de acordo com os objectivos estratégicos da Resposta Social?	C					
j) A metodologia de recrutamento contempla, nomeadamente a realização de testes psicotécnicos?	A					
k) Existe um manual de acolhimento e está definida a metodologia de integração de novos colaboradores (incluindo voluntários e estagiários)?	B					
l) São definidos os objectivos de desempenho, quer individuais quer de equipa, através de negociação interna com todas as partes interessadas?	B					
m) Está definida a metodologia de desenvolvimento profissional e avaliação de desempenho dos colaboradores e esta é conhecida e aceite pelos colaboradores?	B					
n) A metodologia referente à avaliação de desempenho prevê um sistema de reconhecimento dos colaboradores?	A					
o) Está definida uma metodologia para a identificação das necessidades de formação, elaboração do plano de formação e avaliação da eficácia da formação?	B					

Legenda: Niv – Nível de qualificação / S – Sim / N – Não / P – Parcial / NA – Não aplicável
 Modelo de Avaliação da Qualidade da Estrutura Residencial para Idosos - 2008

	Niv	S	N	P	NA	Observações
p) Existe evidência de que os colaboradores são incentivados, a terem iniciativas e que participam em actividades de melhoria contínua?	A					
q) Está definida uma metodologia de avaliação da satisfação dos colaboradores? A metodologia esta belece:	B					
• Periodicidade (mínima anual)						
• Indicadores relacionados com a satisfação dos colaboradores						
• Sistemas de recolha de informação (p.e questionários e entrevistas, reuniões ou sistema de sugestões) e o método de validação dos questionários						
• Análise e tratamento dos dados recolhidos						
r) Na sequência da avaliação da satisfação dos colaboradores, são elaborados relatórios das conclusões, recomendações e acções a serem tomadas?	B					
s) Existe evidência de que as acções foram efectivamente implementadas e contribuíram para a melhoria da satisfação dos colaboradores?	A					
t) São estabelecidos seguros de acidentes no trabalho para os colaboradores (incluindo voluntários e estagiários)?	C					
u) São promovidas periodicamente acções de gestão emocional dos colaboradores ?	C					
v) São desenvolvidas acções de promoção da saúde mental dos colaboradores (p.e sessões "outdoor", actividades de desenvolvimento pessoal, etc) ?	B					
w) É promovida anualmente a avaliação psicológica de todos os colaboradores e, em caso de necessidade, é promovido o seu acompanhamento?	A					

Legenda: Niv – Nível de qualificação / S – Sim / N – Não / P – Parcial / NA – Não aplicável
Modelo de Avaliação da Qualidade da Estrutura Residencial para Idosos - 2008

Cr terio 3: Parcerias e Recursos

3.1 Gest o das Parcerias

	Niv	S	N	P	NA	Observa�es
a) � realizado, periodicamente, um levantamento dos recursos existentes na comunidade?	B					
b) S�o identificadas as entidades/organiza�es (p.e. autarquias, hospitais, centros de sa�de, IPSS, associa�es recreativas e desportivas, bombeiros, PSP/GNR, escolas e universidades, autarquias, ONG's, est�ncias termais), com as quais se pode estabelecer parcerias?	B					
c) Est� definida uma metodologia para estabelecimento de parcerias com as entidades/organiza�es, de acordo com as necessidades a satisfazer e os objectivos estratégicos da Resposta Social?	B					
d) � estabelecido com cada um dos parceiros a respectiva interven�o espec�fica e dura�o?	B					
e) Est� definida a metodologia de participa�o dos parceiros na avalia�o das necessidades do cliente?	B					
f) Est� definida a metodologia de participa�o dos parceiros no planeamento das actividades?	B					
g) � realizada a avalia�o periódica da participa�o dos parceiros relativamente aos protocolos estabelecidos?	A					
h) S�o elaborados relatórios periódicos da interven�o dos parceiros na concretiza�o dos objectivos estabelecidos?	B					
i) Est� definida uma metodologia de avalia�o da satisfa�o dos parceiros? A metodologia estabelece:	B					
<ul style="list-style-type: none"> • Periodicidade (m�nima anual) • Indicadores relacionados com a satisfa�o dos parceiros • Sistemas de recolha de informa�o (pe questionários, entrevistas, reuni�es) e o método de valida�o dos questionários • Análise e tratamento dos dados recolhidos 						
j) Na seqncia da avalia�o da satisfa�o dos parceiros, s�o elaborados relatórios das conclus�es, recomenda�es e ac�es a serem tomadas?	B					
k) Existe evidência de que as ac�es foram efectivamente implementadas e contribuir�m para a melhoria da satisfa�o dos parceiros?	A					

Legenda: Niv – N vel de qualifica o / S – Sim / N – Não / P – Parcial / NA – Não aplicável
 Modelo de Avalia o da Qualidade da Estrutura Residencial para Idosos - 2008

3.2 Gestão de Recursos Financeiros

	Niv	S	N	P	NA	Observações
a) É estabelecido anualmente um orçamento, de acordo com o Plano de Acção/Actividades a desenvolver?	C					
b) É elaborado periodicamente um relatório financeiro? O relatório inclui, nomeadamente	C					
<ul style="list-style-type: none"> • Situação financeira actual • Previsão no final do ano • Balanço • Previsão de cash-flow 						
c) Existe um registo actualizado da situação fiscal perante o Estado? O registo inclui, nomeadamente:	C					
<ul style="list-style-type: none"> • Situação de IRC • Situação de IVA • Pagamentos à Segurança Social e às Finanças 						
d) Existem procedimentos documentados para todas as funções financeiras e contabilísticas?	C					
e) Estes procedimentos são revistos anualmente e sempre que necessário?	B					
f) Existe um sistema para gestão das contas de devedores e de credores dentro dos objectivos da Resposta Social? O sistema inclui por exemplo:	C					
<ul style="list-style-type: none"> • Emissão periódica e actualizada de facturas • Análise dos prazos de cobrança • Procedimentos escritos para recuperação de créditos • Revisão dos créditos de cobrança duvidosa, pelo menos de seis em seis meses 						

Legenda: Niv – Nível de qualificação / S – Sim / N – Não / P – Parcial / NA – Não aplicável
 Modelo de Avaliação da Qualidade da Estrutura Residencial para Idosos - 2008

3.3 Gestão da Informação

	Niv	S	N	P	NA	Observações
3.3.1. Informação e Comunicação com o Cliente						
a) Está definida a forma de identificação dos colaboradores que contactam com o cliente (presencial e telefónico)?	C					
b) Estão disponíveis em local visível e acessível, de acordo com a legislação em vigor:	C					
<ul style="list-style-type: none"> • Nome do Director Técnico • Quadro de colaboradores e respectivos horários • Horário de funcionamento e das actividades • Regulamento interno (facultada cópia, quando solicitada) • Mapa das ementas e dietas • Indicação da existência de Livro de reclamações • Publicitação dos apoios financeiros da Segurança Social • Alvará, licença de funcionamento ou autorização provisória de funcionamento (estabelecimento da rede privada lucrativa) ou Acordo de Cooperação (estabelecimento da rede solidária) • Tabela de comparticipações das famílias e respectiva fórmula de cálculo (estabelecimento da rede solidária ou da rede pública) ou mensalidade (estabelecimento da rede privada lucrativa) • Valor da mensalidade dos clientes e seus familiares pela utilização de serviços e equipamentos da rede privada lucrativa (quando aplicável) • Minuta do contrato 						
c) Existe informação disponível e acessível para o cliente e é facultada cópia sempre que solicitado, sobre:	C					
<ul style="list-style-type: none"> • Plano de actividades de animação social, cultural e recreativa • Metodologia de candidatura/admissão • Metodologia de avaliação das necessidades • Metodologias de reclamações e sugestões • Forma de actuação em situações de negligência, abusos e maus-tratos 						

Legenda: Niv – Nível de qualificação / S – Sim / N – Não / P – Parcial / NA – Não aplicável
 Modelo de Avaliação da Qualidade da Estrutura Residencial para Idosos - 2008

	Niv	S	N	P	NA	Observações
<ul style="list-style-type: none"> • Serviços disponíveis, preço e sua forma de actualização • Horário da prestação de serviços • Acordo de Cooperação (estabelecimento da rede solidária) • Organograma • Mapa de férias dos colaboradores • Informação sobre a qualificação profissional dos colaboradores • Identificação das entidades a contactar em caso de necessidade (p.e INEM, centro de saúde, bombeiros, autoridades policiais) 						
d) O cliente tem acesso à seguinte informação:	C					
<ul style="list-style-type: none"> • Identificação do(s) colaborador(es) de referência e seu(s) substituto(s) • Identificação do responsável pelo acompanhamento e supervisão • Identificação dos colaboradores dos parceiros intervenientes na prestação do serviço • Processo individual • Original do contrato • Informação facilitadora do acesso a serviços da comunidade adequados à satisfação das necessidades (p.e. teatro, banco, centros de saúde) • As regras e condições de acompanhamento do cliente ao exterior • As regras e condições gerais de segurança para o apoio na aquisição de bens e serviços em nome do cliente 						
e) Em todos os contactos com o cliente é respeitada a etnia, cultura, religião, língua, sexo, idade, orientação sexual e estilo de vida?	C					
f) É considerado em todos os contactos com o cliente, o respeito pela sua privacidade e dignidade?	C					
g) É assegurada a confidencialidade relativamente a todas as informações fornecidas pelo cliente?	C					

Legenda: Niv – Nível de qualificação / S – Sim / N – Não / P – Parcial / NA – Não aplicável
Modelo de Avaliação da Qualidade da Estrutura Residencial para Idosos - 2008

	Niv	S	N	P	NA	Observações
h) Existe um procedimento documentado que estabeleça as acções a implementar, em caso de quebra de confidencialidade?	C					
i) Na avaliação inicial são identificadas as necessidades/dificuldades específicas na comunicação com o cliente?	C					
j) Quando identificada a necessidade/dificuldade (p.e. surdez, cegueira, demência), são disponibilizados os meios facilitadores para a comunicação com o cliente?	B					
k) Está estabelecido um sistema que permita ao cliente, a apresentação de ideias, sugestões (p.e. caixa de sugestões, reuniões com os clientes)?	C					
l) Está definida uma metodologia para o tratamento das sugestões de melhoria?	C					
m) A metodologia de recolha de informação e de apresentação de ideias é comunicada a todas as partes interessadas (p.e. colaboradores, clientes, parceiros)?	B					
n) São divulgados aos clientes e/ou pessoas significativas os resultados da implementação das sugestões de melhoria?	A					
3.3.2. Reclamações						
a) Existe um Livro de Reclamações?	C					
b) Está definida uma metodologia de gestão de todas as reclamações escritas ou verbais (p.e. recepção, análise, resolução e tratamento de reclamações)?	C					
c) O cliente é informado em cada fase do tratamento da sua reclamação?	C					
d) São efectuados registos de todas as reclamações, bem como das acções necessárias relativas ao seu tratamento?	C					
e) Dado o caso, os registos das reclamações, fazem parte integrante do processo individual do cliente?	C					
3.3.3. Informação e Comunicação Interna						
a) Os responsáveis pela prestação directa e indirecta dos serviços ao cliente (p.e. cozinha, lavandaria) recebem, em tempo útil, a informação necessária ao desempenho das suas funções?	C					
b) Está definido um sistema de organização do fluxo de informação interna e externa?	B					

Legenda: Niv – Nível de qualificação / S – Sim / N – Não / P – Parcial / NA – Não aplicável
Modelo de Avaliação da Qualidade da Estrutura Residencial para Idosos - 2008

	Niv	S	N	P	NA	Observações
c) Está estabelecido um sistema (p.e livro de ocorrências) que assegure a transmissão diária de informação (p.e informação entre tumos) relevante sobre o cliente, entre colaboradores da Estrutura Residencial e entre estes e os serviços externos que prestam serviços? O registos de informação fazem parte do processo individual do cliente?	C					
d) São realizadas periodicamente (p.e quinzenal, mensal) reuniões da equipa técnica (colaboradores e coordenação) para análise da informação e dos resultados obtidos na prestação dos serviços, troca de informação relevante sobre o cliente, definição de formas de actuação e prevenção de situações anómalas detectadas?	C					
e) É promovida a participação dos colaboradores externos (p.e Saúde) nas reuniões?	B					
f) São realizadas periodicamente (p.e trimestral, semestral) reuniões entre a equipa técnica e a gestão, para análise de informação e dos resultados obtidos?	B					
g) São elaborados resumos/actas das decisões tomadas em reunião e estão disponíveis?	C					
h) São identificados, de forma regular, sistemas que permitam uma melhoria do nível de qualidade, rapidez e precisão da informação, tendo em conta o desenvolvimento de novas tecnologias de informação?	A					
3.3.4. Registos						
a) É cumprida a legislação relativa à protecção de dados pessoais?	C					
b) Está definido um procedimento documentado para controlo dos registos, onde estejam estabelecidos os critérios, métodos e as responsabilidades para:	B					
<ul style="list-style-type: none"> • Identificação (agregação dos registos de forma a serem facilmente identificados) • Armazenamento (local, suporte e condições de armazenamento em locais próprios e seguros que garantam a sua confidencialidade) • Recuperação (fácil acesso ao pessoal autorizado) • Protecção (condições de arquivo que não permitam a sua degradação) • Tempo de retenção • Eliminação 						

Legenda: Niv – Nível de qualificação / S – Sim / N – Não / P – Parcial / NA – Não aplicável
Modelo de Avaliação da Qualidade da Estrutura Residencial para Idosos - 2008

	Niv	S	N	P	NA	Observações
c) Está elaborada e actualizada uma lista de todos os registos?	B					
3.3.5. Gestão dos Documentos e Dados						
a) Está definido um procedimento documentado para a gestão dos documentos e dados, onde estejam estabelecidos os critérios, métodos e responsabilidades para:	B					
<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração, aprovação, edição, revisão e distribuição dos documentos • Segregação dos documentos obsoletos • Controlo da documentação de origem externa • Sistema de segurança da informação (p.e. passwords, backups, arquivo com acesso condicionado) 						

Legenda: Niv – Nível de qualificação / S – Sim / N – Não / P – Parcial / NA – Não aplicável
 Modelo de Avaliação da Qualidade da Estrutura Residencial para Idosos - 2008

3.4 Gestão das instalações, equipamentos e materiais

	Niv	S	N	P	NA	Observações
3.4.1. Instalações						
a) É cumprida a legislação relativa às condições de acessibilidade de pessoas com mobilidade condicionada?	C					
b) É cumprida a legislação relativamente às condições de instalação e funcionamento da Resposta Social?	C					
c) São asseguradas as condições adequadas para a prática das actividades planeadas (p.e. salas, iluminação, condições ambientais)?	C					
d) É elaborado um plano de manutenção das instalações?	B					
e) Estão definidos planos de limpeza, desinfeção e desinfestação das instalações?	C					
f) Está definido um plano para a arrumação dos espaços (p.e. espaços comuns, quartos)?	C					
g) Está definida a periodicidade para a limpeza, desinfeção, desinfestação e arrumação dos espaços?	C					
h) Os clientes e colaboradores tem conhecimento da periodicidade de limpeza das instalações sanitárias e da desinfestação das instalações?	C					
i) Estão definidos os responsáveis pela limpeza, desinfeção, desinfestação das instalações e arrumação dos espaços?	C					
j) São mantidos registos, datados e assinados, relativos à realização da limpeza, desinfeção, desinfestação das instalações e arrumação dos espaços?	C					
3.4.2. Equipamentos						
a) Estão identificados os equipamentos (p.e. viaturas de transporte colectivo, equipamentos de cozinha, equipamento de refrigeração dos alimentos, material das actividades ocupacionais, ajudas técnicas, geradores eléctricos de emergência, caldeiras) utilizados pela Resposta Social?	B					
b) Os equipamentos cumprem a legislação aplicável?	C					
c) É elaborada uma ficha/registo com a sua caracterização, fornecedor e contacto em caso de avaria?	B					
d) Está definido um plano de manutenção e verificação regular dos equipamentos (p.e. viaturas, equipamentos de cozinha)?	B					

Legenda: Niv – Nível de qualificação / S-Sim / N-Não / P- Parcial / NA – Não aplicável
 Modelo de Avaliação da Qualidade da Estrutura Residencial para Idosos - 2008

	Niv	S	N	P	NA	Observações
e) Está definido um plano de limpeza e desinfeção diária dos equipamentos de cozinha (p.e. grelhadores, fornos)?	C					
f) As regras de segurança dos equipamentos estão afixadas em local visível e com caracteres facilmente legíveis?	C					
g) São identificados os dispositivos de medição que necessitam de calibração (p.e. termómetros)?	C					
h) Estão identificados quanto ao seu estado de calibração?	C					
i) É elaborado um plano de calibração para estes dispositivos?	B					
j) São mantidos registos, datados e assinados, relativos à manutenção, intervenções, calibrações e verificações dos equipamentos?	B					
3.4.3. Materiais						
a) Está definida uma metodologia para a identificação, manuseamento, embalagem, armazenamento e protecção dos produtos utilizados na prestação dos serviços? Nomeadamente para os seguintes produtos: <ul style="list-style-type: none"> • Alimentos • Medicamentos • Consumíveis para prestação de serviços, produtos de limpeza, material de higiene pessoal 	B					
b) Os materiais e mobiliário cumprem a legislação e normas técnicas aplicáveis?	C					
c) A zona de armazenamento dos alimentos (despensa de alimentos, arcaz congeladoras e câmaras frigoríficas) está separada das zonas de armazenagem de produtos de limpeza ou químicos, zona para vasilhame e zona para o depósito do lixo?	C					
d) Os níveis dos stocks de materiais são controlados e regularmente monitorizados?	C					
e) A segurança dos stocks de materiais são controlados e regularmente monitorizados?	C					
f) Estão definidos os métodos e os responsáveis, pelo processo de compra de produtos e serviços (p.e. lavanderia, manutenção, catering, transporte, formação, animação)?	C					

Legenda: Niv – Nível de qualificação / S – Sim / N – Não / P – Parcial / NA – Não aplicável
Modelo de Avaliação da Qualidade da Estrutura Residencial para Idosos - 2008

	Niv	S	N	P	NA	Observações
g) Os documentos de compra especificam claramente os requisitos/características dos produtos e serviços a adquirir?	C					
h) Estão definidos os métodos e os responsáveis pela verificação/inspeção dos produtos (p.e. géneros alimentícios) e serviços adquiridos (p.e transporte, lavandaria, catering)?	C					
i) São mantidos registos, datados e assinados, relativos à verificação/inspeção dos produtos e serviços adquiridos?	C					
j) Está definida a metodologia para avaliação e selecção periódica dos fornecedores de produtos e/ou serviços?	B					
k) Existe uma lista dos fornecedores seleccionados?	A					

Legenda: Niv – Nível de qualificação / S – Sim / N – Não / P – Parcial / NA – Não aplicável
 Modelo de Avaliação da Qualidade da Estrutura Residencial para Moços - 2008

3.5 Segurança

	Niv	S	N	P	NA	Observações
a) Na Resposta Social existe um sistema de detecção contra intrusão e vigilância, devidamente autorizado pelas autoridades competentes?	B					
b) A central do sistema está ligada à PSP ou empresa de segurança?	B					
c) Está estabelecida uma metodologia para :	C					
<ul style="list-style-type: none"> • Controlo dos acessos exterior e interior ao edifício • Identificação, protecção e segurança dos bens do cliente • Controlo de chaveiros e aspectos relacionados • Articulação com autoridades policiais e n.º de urgência (p.e. bombeiros, 112) 						
d) Estão implementadas medidas de segurança nocturna (p.e. rondas periódicas de inspecção)	C					
e) Estão estabelecidos planos operacionais para a prevenção e controlo:	C					
<ul style="list-style-type: none"> • Surtos de infeção • Violência • Fuga • Roubo 						
f) Em casos de surtos de infeção está prevista a existência de zonas de isolamento?	C					
g) Estão definidas as formas de actuação, em situação de emergência (p.e. acidentes, hemorragias, epilepsia)?	C					
3.5.1. Situações de Negligência, Abusos e Maus-tratos						
a) Está definida uma política para a garantia dos direitos dos clientes e/ou pessoas significativas para a prevenção de situações de negligência, abusos e maus-tratos, que promova o bem-estar e desenvolvimento global dos clientes?	C					
b) Está definida uma metodologia para a prevenção e gestão de situações de negligência, abusos e maus-tratos? A metodologia contempla a forma de actuação, nomeadamente:	C					
<ul style="list-style-type: none"> • Quando o cliente é vítima de situações de negligência, violência física, psíquica e verbal, por parte dos colaboradores 						

Legenda: Niv - Nível de qualificação / S - Sim / N - Não / P - Parcial / NA - Não aplicável
 Modelo de Avaliação da Qualidade da Estrutura Residencial para Idosos - 2008

	Niv	S	N	P	NA	Observações
<ul style="list-style-type: none"> • Na gestão de situações de conflito entre os clientes • Quando é detectado que os clientes são vítimas de maus-tratos, por parte de pessoas significativas ou outros • Quando o colaborador é vítima de situações de violência física, psíquica e/ou verbal, por parte dos clientes e/ou pessoas significativas 						
c) Está definida uma metodologia de informação às autoridades competentes das situações de negligência, abusos e maus-tratos?	C					
3.5.2. Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho						
a) É cumprida a legislação relativa às condições de segurança, higiene e saúde no trabalho?	C					
3.5.3. Segurança Contra Incêndios						
a) É cumprida a legislação relativa à segurança contra incêndios?	C					
b) Existe um sistema de detecção contra incêndios?	C					
c) O sistema de detecção contra incêndios está ligado à rede de bombeiros?	B					
d) Efectuam-se exercícios práticos de simulações de incêndio, envolvendo os colaboradores e os clientes?	C					
e) Todas as simulações são avaliadas e é elaborado um relatório escrito?	B					
f) Estão estabelecidas regras para a evacuação de pessoas (colaboradores, clientes, visitantes) que necessitem ser transportados?	C					

Legenda: Niv – Nível de qualificação / S – Sim / N – Não / P – Parcial / NA – Não aplicável
Modelo de Avaliação da Qualidade da Estrutura Residencial para Idosos - 2008

Cr terio 4: Processos da Estrutura Residencial para Idosos

4.1 Generalidades

	Niv	S	N	P	NA	Observa�es
a) Est�o identificados os processos-chave da Estrutura Residencial?	C					
b) Est�o descritos e documentados os processos-chave da Estrutura Residencial?	B					
c) Est�o definidas as fun�es e responsabilidades dos colaboradores (incluindo volunt�rios e estagi�rios) relativamente �s actividades e tarefas a realizar?	C					
d) S�o cumpridos todos os requisitos legais e/ou regulamentares aplic�veis aos processos?	C					
e) Est�o identificados indicadores para cada processo-chave?	B					
f) Est�o definidos os objectivos operacionais para os processos-chave da Estrutura Residencial?	C					
g) Na realiza�o dos processos s�o consideradas boas pr�ticas existentes?	B					
h) S�o mantidos registos datados e assinados relativos � realiza�o dos processos?	C					
i) Os registos fazem parte integrante do processo individual do cliente?	C					

Legenda: Niv - N vel de qualifica o / S - Sim / N - N o / P - Parcial / NA - N o aplic vel
 Modelo de Avalia o da Qualidade da Estrutura Residencial para Idosos - 2008

4.2 Candidatura

	Niv	S	N	P	NA	Observações
4.2.1. Atendimento						
a) Está definido o responsável pelo atendimento do cliente?	C					
b) São asseguradas condições de privacidade, confidencialidade e conforto, no atendimento do cliente?	C					
c) São transmitidas informações sobre a Estrutura Residencial e o seu funcionamento? O cliente tem conhecimento, nomeadamente: do regulamento interno, preço das actividades, valor de admissão, mensalidade praticada e participações, critérios de admissão e priorização das candidaturas, lista de espera, horários de funcionamento, serviços e actividades disponíveis, admissão de animais de estimação, os objectos pessoais permitidos, abrangência do seguro disponibilizado pelo estabelecimento, documentação a apresentar para realizar a candidatura?	C					
d) É proporcionada uma visita às instalações da Estrutura Residencial?	C					
4.2.2. Selecção dos Candidatos						
a) Estão definidos os responsáveis pela avaliação e decisão sobre a candidatura do cliente à Estrutura Residencial?	C					
b) Estão definidos, em Regulamento Interno, os critérios de admissibilidade da Estrutura Residencial?	C					
c) Estão definidos os critérios de priorização da Estrutura Residencial (p.e. sinalização pela rede social de suporte)?	C					
d) É realizada a avaliação inicial dos requisitos do cliente (p.e entrevista presencial)?	C					
e) É assegurada a participação do cliente e/ou pessoas significativas na avaliação inicial dos seus requisitos?	C					
f) É constituído um registo de candidatura que integre os elementos necessários à sua avaliação, nomeadamente:	C					
<ul style="list-style-type: none"> • Sinalização pela rede social de suporte e respectivo processo individual • Motivos para a admissão na Estrutura Residencial • Dados pessoais 						

Legenda: Niv – Nível de qualificação / S – Sim / N – Não / P – Parcial / NA – Não aplicável
Modelo de Avaliação da Qualidade da Estrutura Residencial para Mossos - 2008

	Niv	S	N	P	NA	Observações
<ul style="list-style-type: none"> • Informação sobre situação de saúde • Identificação de necessidades especiais (p.e. comunicação, locomoção) • Resultados da avaliação inicial 						
4.2.3. Lista de Candidatos						
a) Está estabelecida uma lista de candidatos à Estrutura Residencial?	C					
b) Estão definidos os critérios para:	C					
<ul style="list-style-type: none"> • Priorização no posicionamento na lista de candidatos • Retirada da lista de candidatos 						
c) Os critérios de priorização e retirada da lista de candidatos são divulgados?	B					
d) Está estabelecida uma metodologia de informação periódica aos clientes e/ou pessoas significativas sobre a sua posição na lista de candidatos e da sua retirada da lista?	B					
e) A lista de espera é periodicamente actualizada?	B					

Legenda: Niv - Nível de qualificação / S - Sim / N - Não / P - Parcial / NA - Não aplicável
Modelo de Avaliação da Qualidade da Estrutura Residencial para Idosos - 2008

4.3 Admissão e Acolhimento

	Niv	S	N	P	NA	Observações
4.3.1. Avaliação das necessidades e expectativas iniciais						
a) Está definida a metodologia de avaliação diagnóstica das necessidades e expectativas do cliente?	C					
b) Estão definidos os responsáveis pela avaliação (a equipa e respectivo coordenador)?	C					
c) Os responsáveis pela avaliação estão qualificados para o desempenho das suas funções?	C					
d) Estão definidos os critérios para a avaliação? Considera-se, nomeadamente:	C					
<ul style="list-style-type: none"> • Caracterização do agregado familiar do cliente • Situação sócio-económica do cliente e agregado • Identificação do contexto habitacional • Descrição das condições de vida do cliente • Relatório médico com indicação da situação actual de saúde e indicação terapêutica • Cuidados de medicina física e de reabilitação • Capacidades funcionais do cliente • Diferentes necessidades e interesses do cliente ao nível quotidiano, social, cultural, emocional, de saúde, físico, económico e espiritual • Hábitos, estilo de vida, preferências e expectativas sobre as actividades quotidianas do cliente (alimentares, ocupação do tempo, actividades lúdicas, culturais) • Representações do cliente sobre o envelhecimento, o seu projecto de vida, as suas necessidades e expectativas relativamente aos serviços e colaboradores da resposta social 						
e) Nesta avaliação é assegurada, sempre que necessário, a articulação com os colaboradores de entidades e serviços exteriores à Estrutura Residencial, que acompanham estes clientes?	C					
f) É assegurada a participação e respeitada a vontade do cliente e/ou pessoas significativas, na avaliação das suas necessidades e expectativas?	C					

Legenda: Niv – Nível de qualificação / S – Sim / N – Não / P – Parcial / NA – Não aplicável
 Modelo de Avaliação da Qualidade da Estrutura Residencial para Idosos - 2008

	Niv	S	N	P	NA	Observações
g) São mantidos registos, datados e assinados, da avaliação? Os registos fazem parte integrante do processo individual do cliente?	C					
4.3.2. Contrato						
a) A Estrutura Residencial estabelece um contrato escrito com o cliente e/ou pessoas significativas, onde são definidos os termos e condições relativos à prestação do serviço, especificando:	C					
<ul style="list-style-type: none"> • Direitos e deveres de ambas as partes • Data de início • Condições de renovação, alteração, suspensão e/ou rescisão da prestação do contrato • Identificação da pessoa responsável pelo cliente • Serviços e actividades contratualizados, local e periodicidade • Indicação da mensalidade e/ou valor de admissão, quando aplicável, indicando quais os serviços incluídos e não incluídos na mensalidade • Identificação das regras de utilização em caso de cedência de materiais ou equipamento, como ajudas técnicas (p.e prego, tempo de utilização, danificação) • Nível de partilha da informação pessoal com as pessoas significativas, colaboradores e/ou outras entidades • A responsabilidade pela gestão dos bens financeiros do cliente 						
b) O regulamento interno é anexado ao contrato? O contrato é assinado por ambas as partes?	C					
c) É entregue um original do contrato ao cliente e arquivada uma cópia no processo individual?	C					
d) Quando da celebração do contrato é estabelecido um acordo com o cliente relativamente à lista de bens pessoais que o cliente pretende utilizar?	C					
e) Quando há alteração ao contrato, a Estrutura Residencial assegura-se de que a documentação relevante é alterada e que o cliente e intervenientes são informados dessas alterações e que estas são aceites e assinadas por ambas as partes?	C					

Legenda: Niv – Nível de qualificação / S – Sim / N – Não / P – Parcial / NA – Não aplicável
Modelo de Avaliação da Qualidade da Estrutura Residencial para Idosos - 2008

	Niv	S	N	P	NA	Observações
f) São mantidos registos, datados e assinados, relativos às alterações ao contrato? Os registos fazem parte integrante do processo individual do cliente?	C					
4.3.3. Processo Individual do Cliente						
a) Após a admissão é elaborado o processo individual do cliente, que deve conter, nomeadamente:	C					
<ul style="list-style-type: none"> • Ficha de informação disponibilizada ao cliente • Ficha de Inscrição • Ficha de Avaliação Inicial de Requisitos • Carta de Admissibilidade e Carta de Aprovação • Cópia do Contrato • Identificação, endereço e telefone da pessoa de referência do cliente (pessoa significativa - familiar, representante legal, ou outro) • Documentos apresentados no processo de candidatura e admissão • Dados de identificação e caracterização social do cliente • Identificação do profissional de saúde de referência e respectivos contactos em caso de emergência • Identificação e contactos da(s) pessoa(s) próxima(s) do cliente (familiar, representante legal, ou outro) em caso de emergência/necessidade • Ficha de Avaliação das Necessidades e Expectativas Iniciais • Relatório do Programa de Acolhimento do Cliente • Relatório de Avaliação das Necessidades e dos Potenciais do cliente • Plano Individual (PI) e respectiva revisão • Relatório(s) de monitorização e avaliação do PI • Registos da prestação dos serviços e participação nas actividades (p.e. livro/folhas de registo) 						

Legenda: Niv – Nível de qualificação / S – Sim / N – Não / P – Parcial / NA – Não aplicável
Modelo de Avaliação da Qualidade da Estrutura Residencial para Idosos - 2008

	Niv	S	N	P	NA	Observações
<ul style="list-style-type: none"> • Registos das ocorrências de situações anómalas (p.e. livro/folhas de registo) • Registo de períodos de ausência • Registo da cessação da relação contratual, com a indicação da data e motivo da cessação e, sempre que possível, os documentos comprovativos 						
b) O cliente tem acesso ao processo individual? Quando solicitado é facultada cópia?	C					
4.3.4. Programa de Acolhimento						
a) Estão definidos os conteúdos e os responsáveis pelo programa de acolhimento inicial do cliente?	C					
b) Está definido um profissional responsável pela integração do cliente?	C					
c) Estão definidas as funções e responsabilidades do profissional responsável?	C					
d) É dado a conhecer a equipa de profissionais que irão contactar directamente com o cliente?	C					
e) É realizada uma visita com o cliente às instalações da Estrutura Residencial?	C					
f) São dadas a conhecer as regras de funcionamento da Estrutura Residencial, assim como os direitos e deveres de ambas as partes e as responsabilidades de todos os elementos intervenientes na prestação do serviço?	C					
g) São criadas condições para a participação das pessoas significativas do cliente no programa de acolhimento?	C					
h) Estão definidos os critérios para atribuição do espaço privado por perfis de dependência, convivência e relação?	C					
i) Estão definidos os critérios para a personalização dos espaços privados, nomeadamente, utilização de mobiliário do cliente, respeitando sempre os direitos dos outros clientes, no caso de quartos partilhados?	C					
j) É permitido o acesso aos espaços privados, nomeadamente, para ajuda na instalação do cliente, acompanhamento nocturno (sempre que solicitado), respeitando sempre a intimidade e descanso dos outros clientes?	C					

Legenda: Niv – Nível de qualificação / S – Sim / N – Não / P – Parcial / NA – Não aplicável
Modelo de Avaliação da Qualidade da Estrutura Residencial para Idosos - 2008

	Niv	S	N	P	NA	Observações
k) É estabelecido um acordo com o cliente relativamente aos horários das visitas, convívios, acompanhamento nocturno com as pessoas significativas do cliente?	C					
l) Os objectos pessoais do cliente (p.e. de higiene pessoal) são devidamente identificados, verificados, protegidos e salvaguardados?	C					
m) É realizada uma avaliação do programa de acolhimento?	C					
n) É assegurada a participação do cliente e/ou pessoas significativas na avaliação do programa de acolhimento?	C					
o) Está estabelecida uma metodologia de informação às pessoas significativas dos registos relativos ao programa de acolhimento?	C					
p) São mantidos registos, datados e assinados, relativos ao programa de acolhimento? Os registos fazem parte integrante do processo individual do cliente?	C					

Legenda: Niv – Nível de qualificação / S – Sim / N – Não / P – Parcial / NA – Não aplicável
 Modelo de Avaliação da Qualidade da Estrutura Residencial para Idosos - 2008

4.4 Plano Individual

	Niv	S	N	P	NA	Observações
4.4.1. Avaliação das Necessidades e dos Potenciais de Desenvolvimento do Cliente						
a) Está definida a metodologia de avaliação das necessidades e dos potenciais de desenvolvimento do cliente?	C					
b) Está definida a equipa e respectivo coordenador responsáveis pela avaliação das necessidades e dos potenciais de desenvolvimento do cliente?	C					
c) Os responsáveis pela avaliação estão qualificados para o desempenho das suas funções?	C					
d) Estão definidos os critérios para a avaliação das necessidades e dos potenciais de desenvolvimento do cliente? Considera-se, nomeadamente, as seguintes dimensões:	C					
<ul style="list-style-type: none"> • Bem-estar emocional • Relacionamento interpessoal • Bem-estar material • Desenvolvimento pessoal • Bem-estar físico • Autodeterminação • Inclusão social • Direitos, deveres e obrigações 						
4.4.2. Plano Individual						
a) É elaborado o Plano Individual (PI) do cliente após a sua admissão?	C					
b) O PI contém, nomeadamente, os seguintes elementos:	C					
<ul style="list-style-type: none"> • Dados de identificação do cliente • Objectivos gerais de intervenção e respectivos indicadores • Descrição das actividades a realizar por dimensão de intervenção • Sinalização das intervenções a realizar com o cliente e respectivos objectivos gerais, objectivos específicos e indicadores 						

Legenda: Niv – Nível de qualificação / S – Sim / N – Não / P – Parcial / NA – Não aplicável
 Modelo de Avaliação da Qualidade da Estrutura Residencial para Idosos - 2008

	Niv	S	N	P	NA	Observações
<ul style="list-style-type: none"> • Identificação, âmbito de participação e responsabilidades dos elementos interventores na implementação do PI (p.e. cliente, pessoas significativas, colaboradores, instituições parceiras) • Identificação de riscos e as acções a implementar 						
c) Estão definidos os responsáveis pela elaboração, implementação, coordenação, avaliação e revisão do PI?	C					
d) Os responsáveis estão qualificados para o desempenho das suas funções?	C					
e) O PI é elaborado com a participação do cliente e/ou pessoas significativas?	C					
f) Na elaboração do PI é assegurada, sempre que necessário, a articulação com os colaboradores de entidades e serviços exteriores à Estrutura Residencial?	B					
g) Existe evidência de que o cliente e/ou as pessoas significativas têm conhecimento do PI?	C					
h) Está prevista a assinatura do PI, por parte de todos os intervenientes na sua elaboração?	C					
i) É realizada semestralmente, e sempre que se justifique, a avaliação e revisão do PI?	C					
j) A avaliação e revisão do PI é realizada com a colaboração de todos os intervenientes, incluindo o cliente e/ou pessoas significativas?	C					
k) Os intervenientes e serviços com responsabilidade na implementação do PI, têm conhecimento, em tempo adequado, das suas revisões?	C					
l) É efectuado um registo da avaliação e revisão do PI?	C					
m) São mantidos registos, datados e assinados, relativos à avaliação e revisão do PI? Os registos fazem parte integrante do processo individual do cliente?	C					
4.4.3. Apoio Psicossocial						
a) Quando especificado no PI, é assegurado o apoio psicossocial ao cliente?	C					
b) Na prestação do apoio psicossocial são definidas as dimensões de intervenção com o cliente? Considera-se, nomeadamente:	C					
<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação e intervenção psicológica 						

Legenda: Niv – Nível de qualificação / S – Sim / N – Não / P – Parcial / NA – Não aplicável
 Modelo de Avaliação da Qualidade da Estrutura Residencial para Idosos - 2008

	Niv	S	N	P	NA	Observações
• Acompanhamento social						
• Apoio informativo e formativo						
c) A prestação do apoio é articulada entre o psicólogo e o técnico de serviço social, para assegurar uma efectiva abordagem holística ao cliente?	C					
d) Quando a Estrutura Residencial não tem psicólogo é realizado encaminhamento do cliente?	C					
e) É assegurada orientação/informação/educação/formação das pessoas significativas, relativamente a aspectos psicossociais relacionados com o cliente?	C					
f) São mantidos registos, datados e assinados, da prestação do apoio psicossocial, da sua revisão e avaliação?	C					
g) Os registos fazem parte integrante do processo individual do cliente?	C					
4.4.4. Preparação da Saída e Acompanhamento						
a) Estão definidos os conteúdos e os responsáveis por um programa de saída do cliente da Estrutura Residencial? O programa especifica as ações a desenvolver, nomeadamente:						
• Com entidades externas	C					
• Para gestão emocional (p.e dinâmicas de grupo) dos grupos de pares e colaboradores, relativa à situação de saída do cliente	B					
• Saída do cliente por doença	C					
b) O programa de saída é elaborado em articulação com o cliente e/ou pessoas significativas?	C					
c) São mantidos registos, datados e assinados, relativos à saída do cliente da Estrutura Residencial?	C					
d) Os registos fazem parte integrante do processo individual?	C					
e) Estão definidas as ações específicas a realizar em situações de morte (verificação de óbito, articulação com outras entidades para aspectos legais)?	C					
f) É cumprida a legislação em vigor relativa ao tratamento do espólio do cliente (material e financeiro)?	C					

Legenda: Niv – Nível de qualificação / S – Sim / N – Não / P – Parcial / NA – Não aplicável
Modelo de Avaliação da Qualidade da Estrutura Residencial para Idosos - 2008

4.5 Planeamento e Acompanhamento das Actividades de Desenvolvimento Pessoal

	Niv	S	N	P	NA	Observações
a) É elaborado anualmente um Plano de Actividades de Desenvolvimento Pessoal (PADP) destinado a cada cliente ou grupo de clientes, considerando, nomeadamente:	C					
<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação das necessidades de actividades ocupacionais e de desenvolvimento pessoal • Plano de Actividades da Organização • Planos Individuais • Recursos existentes na comunidade, próxima e alargada • Recursos disponibilizados pelos parceiros, formais e informais • Resultados de monitorizações e avaliações do PADP de períodos anteriores? 						
b) Estão definidos os responsáveis pela elaboração, implementação, monitorização, avaliação e revisão do PADP?	C					
c) Os responsáveis estão qualificados para o desempenho das suas funções?	C					
d) É promovida a participação do cliente e/ou pessoas significativas na elaboração do PADP?	C					
e) O PADP é desdobrado em planos de actividades para cada cliente ou grupo considerando actividades tipo? Nomeadamente:	C					
<ul style="list-style-type: none"> • Lúdicas e recreativas (p.e. realização de jogos, música, leitura) • Culturais (p.e. ir ao cinema, teatro, concertos, museus) • Sociais (p.e. passeios, férias, voluntariado) • Intelectuais /formativas (p.e. participar em conferências, seminários) • Espirituais/religiosas (p.e. rezar, Reiki, Tai Chi) • Quotidianas (p.e. cuidar de plantas, arranjos de costura) • Desportivas (p.e. ginástica, natação, yoga, hidroterapia) 						
f) Para cada actividade-tipo e produtos estão definidos os objectivos, descrição, local de realização, calendarização, horários, recursos (internos e externos) e responsáveis?	C					

Legenda: Niv – Nível de qualificação /S – Sim /N – Não/ P – Parcial /NA – Nãoaplicável
Modelo de Avaliação da Qualidade da Estrutura Residencial para Idosos - 2008

	Niv	S	N	P	NA	Observações
g) A Estrutura Residencial assegura-se de que estão reunidas todas as condições para a prática de determinadas actividades (p.e. seguro obrigatório, atestado médico de aptidão)?	C					
h) Estão definidas as regras para a participação dos clientes em actividades não previstas no PADP?	C					
i) É da responsabilidade do cliente e/ou pessoas significativas a decisão de participação nas actividades inscritas no PADP?	C					
j) Quando há alterações ao PADP, está definida uma metodologia que assegure que o cliente e todos os intervenientes são informados dessas alterações e que estas são aceites?	C					
k) São asseguradas as condições para a participação do cliente nas actividades a realizar no exterior (p.e. transporte, acompanhamento, seguros)?	C					
l) Estão definidos os responsáveis e respectivas funções, pelo acompanhamento dos clientes nas actividades a realizar no exterior?	C					
m) Está definida a forma de actuação em situações de emergência, relacionadas na realização das actividades?	C					
n) É realizada trimestralmente, e sempre que se justifique, a avaliação e revisão do PADP?	C					
o) A avaliação e revisão do PADP é realizada com a colaboração de todos os intervenientes, incluindo o cliente e/ou pessoas significativas?	B					
p) Os intervenientes e serviços com responsabilidade na implementação do PADP, têm conhecimento, em tempo adequado, das suas revisões?	B					
q) São mantidos registos, datados e assinados, relativos à participação do cliente na realização das actividades avaliação/revisão do PADP?	C					
r) Os registos fazem parte integrante do processo individual do cliente?	C					

Legenda: Niv – Nível de qualificação / S – Sim / N – Não / P – Parcial / NA – Não aplicável
Modelo de Avaliação da Qualidade da Estrutura Residencial para Idosos - 2008

4.6 Cuidados Pessoais e de Saúde

	Niv	S	N	P	NA	Observações
4.6.1. Cuidados de Higiene Pessoal e Imagem						
a) Estão definidos os cuidados de higiene e imagem para cada cliente de acordo com o Plano Individual?	C					
b) Está definido o responsável pela supervisão dos cuidados de higiene e imagem de cada cliente?	C					
c) Os responsáveis pela higiene e cuidados de imagem dos clientes estão qualificados para o desempenho das suas funções?	C					
d) Estão definidas as regras relativas aos cuidados de higiene e imagem de acordo com as necessidades do cliente (p.e. idade, capacidades motoras)?	C					
e) Estão definidas as regras relativas aos cuidados de higiene e imagem a clientes com necessidades especiais (p.e. situação de dependência, dificuldade de controlo de esfíncteres)?	C					
f) Estão definidas as regras relativas aos cuidados de higiene e imagem específicos (p.e. higiene oral, pele, unhas das mãos e dos pés, barba, cabelo)?	C					
g) Quando especificado é assegurado que o cliente diabético recebe cuidados aos pés e unhas por profissional competente?	C					
h) É promovida e desenvolvida a autonomia progressiva dos clientes na realização dos cuidados de higiene e imagem?	C					
i) Estão definidas as regras para a supervisão dos cuidados de higiene e imagem realizados pelos clientes com essa autonomia?	B					
j) É assegurado o carácter individual dos utensílios e instrumentos utilizados nos cuidados de higiene pessoal e imagem, bem como a sua esterilização?	C					
k) São mantidos registos, datados e assinados, relativos à higiene e cuidados de imagem das clientes e dado o caso, da ocorrência de situações anómalas?	C					
l) Os registos fazem parte integrante do processo individual do cliente?	C					

Legenda: Niv – Nível de qualificação / S – Sim / N – Não / P – Parcial / NA – Não aplicável
 Modelo de Avaliação da Qualidade da Estrutura Residencial para Idosos - 2008

	Niv	S	N	P	NA	Observações
4.62. Cuidados de Saúde						
a) Está organizado o processo individual de saúde do cliente contendo, nomeadamente, informação médica (dieta, medicação, alergias e outros) e relatórios médicos?	C					
b) Estão definidos os cuidados de saúde para o cliente de acordo com o Plano Individual? Nomeadamente:	C					
• Cuidados clínicos e de enfermagem						
• Acesso a cuidados especiais de saúde						
• Acesso e /ou prestação de cuidados de reabilitação						
• Apoio na execução dos planos individuais de saúde (p.e consultas médicas, ensino e acompanhamento por colaboradores de enfermagem)						
c) Está definido o responsável pela supervisão dos cuidados de saúde cada cliente?	C					
d) Os responsáveis pela prestação dos cuidados de saúde estão qualificados para o desempenho das suas funções?	C					
e) São identificados os serviços e/ou colaboradores externos necessários à prestação dos cuidados de saúde?	C					
f) Está definida uma metodologia de coordenação dos cuidados de saúde a prestar pela Estrutura Residencial e pelos serviços externos?	C					
g) É assegurada a articulação com o médico (p.e família, pessoa) na prestação dos cuidados de saúde?	C					
h) Está definida a forma de actuação em situações de emergência médica ou de doença do cliente?	C					
i) São mantidos registos, datados e assinados, relativos aos cuidados de saúde dos clientes?	C					
j) Os registos fazem parte integrante do processo individual de saúde do cliente?	C					
k) O processo individual de saúde está arquivado em espaço próprio e de acesso reservado apenas ao pessoal de saúde?	C					

Legenda: Niv – Nível de qualificação / S – Sim / N – Não / P – Parcial / NA – Não aplicável
Modelo de Avaliação da Qualidade da Estrutura Residencial para Idosos - 2008

	Niv	S	N	P	NA	Observações
4.6.3. Administração da Terapêutica						
a) Estão definidos a forma e âmbito de prestação de um serviço de assistência medicamentosa?	C					
b) Está definido o responsável pela gestão, controlo da assistência medicamentosa e administração de medicamentos?	C					
c) Sempre que necessário, é definido um plano de administração terapêutica, para cada cliente, de acordo com a prescrição, declaração médica ou termo de responsabilidade do significativo?	C					
d) Os medicamentos trazidos pelos clientes são identificados, manuseados de forma segura, armazenados numa área específica, segura e salvaguardas as condições de preservação?	C					
e) Estão definidas as regras para a administração segura de medicamentos e detecção de eventuais efeitos secundários?	C					
f) Está definida a forma de actuação em situações de emergência, relacionadas com os efeitos secundários da administração de medicamentos?	C					
g) São mantidos registos, datados e assinados, da administração de medicamentos e dado o caso, da ocorrência de situações anómalas?	C					
h) Os registos fazem parte integrante do processo individual do cliente?	C					

Legenda: Niv – Nível de qualificação / S – Sim / N – Não / P – Parcial / NA – Não aplicável
 Modelo de Avaliação da Qualidade da Estrutura Residencial para Idosos - 2008

4.7 Nutrição e Alimentação

	Niv	S	N	P	NA	Observações
4.7.1. Ementa						
a) Está definido o responsável pelo serviço de refeições na Estrutura Residencial?	C					
b) O responsável pelo serviço de refeições tem conhecimento, em tempo útil, de:	C					
<ul style="list-style-type: none"> • Ementa • Número de refeições a confeccionar • Tipo de regimes particulares, nomeadamente dietas especiais e/ou modos alternativos de administração da alimentação (p.e. alimentação via sonda nasogástrica) e quantidade? 						
c) Está definido o responsável pela preparação da ementa?	C					
d) A ementa é elaborada, no mínimo, com uma periodicidade semanal?	C					
e) As ementas são elaboradas com aconselhamento de um nutricionista ou outro profissional de saúde?	B					
f) As refeições são variadas e adequadas às necessidades do cliente (idade, desenvolvimento, estado de saúde)?	C					
g) São elaboradas dietas especiais, prescritas pelo médico e/ou dietista?	C					
h) A ementa é divulgada ou fixada em local visível de forma a poder ser consultada pelos clientes e/ou pessoas significativas?	C					
i) Os clientes são informados das eventuais alterações à ementa?	C					
j) As dietas são afixadas junto do local de confecção das refeições?	C					
k) Os horários das refeições são definidos considerando o ritmo de vida e os hábitos dos clientes?	C					
l) É facultado às pessoas significativas dos clientes a possibilidade de tomar refeições com o cliente?	C					
4.7.2. Preparação, Confeção e Distribuição das Refeições						
a) Estão estabelecidos os métodos e regras para a preparação, confecção, distribuição de refeições?	C					

Legenda: Niv – Nível de qualificação / S – Sim / N – Não / P – Parcial / NA – Não aplicável
 Modelo de Avaliação da Qualidade da Estrutura Residencial para Idosos - 2008

	Niv	S	N	P	NA	Observações
b) Estão definidos os responsáveis pela preparação, confeção e distribuição das refeições?	C					
c) Os responsáveis pela preparação, confeção e distribuição das refeições estão qualificados para o desempenho das suas funções?	C					
d) Em todas fases de preparação, confeção e distribuição de refeições são cumpridos os requisitos legais aplicáveis?	C					
e) São estabelecidas regras de boas práticas na preparação e confeção dos alimentos?	B					
f) Está definido o responsável pelas provas das refeições (verificar estado de cozedura, sabor e temperatura)?	B					
g) Estão estabelecidas regras relativas ao empratamento e distribuição das refeições? Nomeadamente, no que diz respeito a:						
• Higiene na preparação do prato	C					
• Disposição cuidada e harmoniosa dos alimentos no prato	B					
• Manutenção da temperatura do prato	C					
• Transporte dos alimentos entre estabelecimentos fisicamente separados	C					
h) Quando as refeições são adquiridas no exterior estão estabelecidas regras para:	C					
• Recepção						
• Preservação e armazenamento						
• Aquecimento						
• Empratamento e distribuição						
i) É assegurada a hidratação ou fornecimento de líquidos de acordo com as necessidades dos clientes?	C					
j) Está definida a forma de actuação em caso de ocorrência de situações que inviabilizem o normal fornecimento de refeições?	C					

Legenda: Niv – Nível de qualificação / S – Sim / N – Não / P – Parcial / NA – Não aplicável
Modelo de Avaliação da Qualidade da Estrutura Residencial para Idosos - 2008

	Niv	S	N	P	NA	Observações
4.7.3. Apoio na Alimentação e Promoção da Autonomia						
a) Estão definidas as regras e é assegurado o apoio na alimentação dos clientes de acordo com as suas necessidades (p.e. capacidades motoras, deglutição)?	C					
b) É promovida a autonomia progressiva do cliente na sua alimentação?	C					
c) Está definida a forma de actuação em situações de emergência, relacionadas com a ingestão de alimentos (p.e. intoxicações, mau-estar, engasgamento)?	C					
d) Estão definidas as regras para a administração da alimentação por sonda?	C					
e) Os responsáveis pelo apoio na alimentação estão qualificados para o desempenho das suas funções?	C					
f) É realizada a avaliação do apoio na alimentação e promoção da autonomia? Está definida a periodicidade da avaliação?	C					
g) O cliente e/ou pessoas significativas do cliente são envolvidos na avaliação?	B					
h) O cliente e/ou pessoas significativas tem conhecimento, verbal e escrito dos resultados da avaliação?	B					
i) São mantidos registos, datados e assinados, relativos ao apoio prestado e dado o caso, da ocorrência de situações de emergência?	C					
j) Os registos fazem parte do processo individual do cliente?	C					

Legenda: Niv – Nível de qualificação / S – Sim / N – Não / P – Parcial / NA – Não aplicável

Modelo de Avaliação da Qualidade da Estrutura Residencial para Idosos - 2008

4.8 Apoio nas Actividades Instrumentais da Vida Quotidiana

	Niv	S	N	P	NA	Observações
4.8.1. Tratamento da Roupa						
a) Os responsáveis pelo tratamento das roupas estão qualificados para o desempenho das suas funções?	C					
b) Estão estabelecidos os métodos e regras para o tratamento da roupa na Estrutura Residencial, nomeadamente para :	C					
<ul style="list-style-type: none"> • Recolha (periodicidade, métodos de recolha e identificação da roupa) • Verificação e selecção (verificação do tipo de nódoas, material e selecção do tipo de lavagem aconselhado) • Lavagem (programa, temperatura e detergente) • Secagem (métodos de secagem possíveis em cada época) • Reparação (arranjos) • Engomagem (selecção das temperaturas) • Distribuição (periodicidade, verificação da identificação, método de distribuição) 						
c) Quando o tratamento das roupas é realizado por entidade externa à Estrutura Residencial, estão estabelecidas regras para:	C					
<ul style="list-style-type: none"> • Recolha (periodicidade, métodos de recolha e identificação da roupa) • Recepção • Armazenamento • Separação • Distribuição e entrega da roupa 						
d) São mantidos registos, datados e assinados, relativos às diferentes fases da prestação do serviço?	C					
4.8.2. Acompanhamento ao Exterior e Transporte						
a) Sempre que necessário e quando especificado no PI é assegurado o acompanhamento do cliente ao exterior?	C					
b) Está definido o responsável pelo acompanhamento do cliente ao exterior?	C					

Legenda: Niv – Nível de qualificação / S – Sim / N – Não / P – Parcial / NA – Não aplicável
 Modelo de Avaliação da Qualidade da Estrutura Residencial para Idosos - 2008

	Niv	S	N	P	NA	Observações
c) O responsável pelo acompanhamento ao exterior está qualificado para o desempenho das suas funções?	C					
d) Estão definidas as regras de acompanhamento e as condições (p.e. circular pelo interior do passeio, ajudas técnicas a utilizar, tempo de permanência no exterior) em que o cliente se pode deslocar ao exterior?	C					
e) As regras e condições de acompanhamento são divulgadas, comunicadas e validadas junto do cliente e/ou pessoas significativas e dos colaboradores?	C					
f) Sempre que a Estrutura Residencial assegure o transporte dos clientes ao exterior, este está de acordo com a legislação em vigor?	C					
g) São mantidos registos, datados e assinados, relativos ao acompanhamento ao exterior e, dado o caso, da ocorrência de situações anómalas?	C					
h) Os registos fazem parte do processo individual do cliente?	C					
4.8.3. Apoio na Aquisição de Bens e Serviços						
a) No PI está definido o âmbito de intervenção dos colaboradores na aquisição de bens e serviços em nome do cliente?	C					
b) Está definido o responsável pelo apoio na aquisição de bens e serviços?	C					
c) O responsável pelo apoio está qualificado para o desempenho das suas funções?	C					
d) Estão definidas as regras e condições gerais de segurança para o apoio na aquisição de bens e serviços?	C					
e) As regras e condições gerais de segurança são divulgadas, comunicadas e validadas junto do cliente e/ou pessoas significativas e dos colaboradores?	C					
f) São registadas todas as transações financeiras realizadas pelos colaboradores, em nome do cliente? São solicitados os comprovativos das aquisições de bens e serviços?	C					
g) Os registos fazem parte do processo individual do cliente?	C					

Legenda: Niv – Nível de qualificação / S – Sim / N – Não / P – Parcial / NA – Não aplicável
Modelo de Avaliação da Qualidade da Estrutura Residencial para Idosos - 2008

	Niv	S	N	P	NA	Observações
4.8.4. Alojamento						
a) Estão definidas as regras gerais relativas ao alojamento? As regras contemplam, nomeadamente:	C					
• Perfil do cliente para atribuição do espaço individual						
• Acesso ao espaço individual						
• Condições de privacidade e confidencialidade						
• Liberdade de expressão e de opinião						
• Gestão de conflitos						
• Segurança, protecção e horários a cumprir						
• Informações básicas de segurança e higiene						
b) As regras estabelecidas garantem uma flexibilidade de modo a respeitar os ritmos, hábitos e preferências do cliente?	C					
c) São mantidos registos, datados e assinados, relativos à ocorrência de situações anómalas?	C					
d) É realizada uma avaliação global das ocorrências registadas?	C					
e) O cliente e/ou pessoas significativas do cliente são envolvidos na avaliação?	C					
f) O cliente e/ou pessoas significativas têm conhecimento, verbal e escrito dos resultados da avaliação?	C					
g) Os registos fazem parte do processo individual do cliente?	C					
4.8.4.1. Organização e Higiene do Espaço Individual						
a) Quando estabelecido no PI, estão definidas regras para a organização e higiene dos espaços individuais pelo cliente?	C					
b) São identificados os meios necessários (humanos e/ou materiais) para o apoio aos clientes na organização e higiene dos espaços individuais, considerando as suas capacidades físicas, motoras e emocionais?	C					

Legenda: Niv – Nível de qualificação / S – Sim / N – Não / P – Parcial / NA – Não aplicável
Modelo de Avaliação da Qualidade da Estrutura Residencial para Idosos - 2008

	Niv	S	N	P	NA	Observações
c) São mantidos registos, datados e assinados, relativos à ocorrência de situações anómalas?	C					
d) É realizada uma avaliação global das ocorrências registadas?	C					
e) O cliente e/ou pessoas significativas do cliente são envolvidos na avaliação?	C					
f) O cliente e/ou pessoas significativas tem conhecimento, verbal e escrito dos resultados da avaliação?	C					
g) Os registos fazem parte do processo individual do cliente?	C					

Legenda: Niv – Nível de qualificação / S – Sim / N – Não / P – Parcial / NA – Não aplicável
 Modelo de Avaliação da Qualidade da Estrutura Residencial para Moçambique - 2008

4.9 Medição, Análise e Melhoria

	Niv	S	N	P	NA	Observações
a) Está definida a metodologia para a medição e monitorização dos processos chave identificados?	B					
b) Está definida uma metodologia para o envolvimento dos clientes, colaboradores e dos parceiros/comunidade (p.e. inquéritos, entrevistas) na melhoria dos processos e serviços?	A					
c) Está definida uma metodologia de avaliação da satisfação dos clientes, relativamente aos serviços prestados pela Estrutura Residencial? A metodologia contempla:	B					
<ul style="list-style-type: none"> • Tipificação dos clientes • Periodicidade (mínima anual) • Indicadores relacionados com a satisfação do cliente • Sistemas de recolha de informação (p.e. questionários, entrevistas, reuniões) e o método de validação dos questionários 						
Análise e tratamento dos dados recolhidos						
d) São estabelecidos indicadores internos com o objectivo de medir o grau de satisfação dos clientes, tais como:	A					
<ul style="list-style-type: none"> • N.º de reclamações • Tempo de resposta às reclamações • N.º de sugestões recebidas e adoptadas • Compromissos de qualidade 						
e) São mantidos os registos relativos à avaliação da satisfação dos clientes?	B					
f) Na sequência da avaliação da satisfação dos clientes são elaborados relatórios das conclusões, recomendações e acções a serem tomadas?	B					
g) Está estabelecido um procedimento para a realização de auditorias internas?	A					
h) Está estabelecido um procedimento que defina o modo de resolução de não conformidades/situações anómalas?	B					
i) Está estabelecida uma metodologia para a recolha e análise dos dados, resultantes, nomeadamente, de:						
<ul style="list-style-type: none"> • Actividades de medição e monitorização dos processos 	B					
<ul style="list-style-type: none"> • Realização de auditorias internas e externas 	A					

Legenda: Niv – Nível de qualificação / S – Sim / N – Não / P – Parcial / NA – Não aplicável
 Modelo de Avaliação da Qualidade da Estrutura Residencial para Idosos - 2008

	Niv	S	N	P	NA	Observações
• Análise de inquéritos aos clientes	B					
• Análise de inquéritos aos parceiros/comunidade	B					
• Análise de inquéritos aos colaboradores	B					
• Análise de reclamações	B					
• Análise de sugestões de melhoria	B					
• Acções de fiscalização	B					
j) São implementadas acções correctivas e preventivas face aos resultados da recolha e análise de dados e sempre que são detectadas situações de não conformidade/anómalas/ mau funcionamento do serviço ?	B					
k) Existe evidência de que as acções foram efectivamente implementadas e contribuíram para a melhoria do desempenho da Estrutura Residencial?	A					

Legenda: Niv - Nível de qualificação / S - Sim / N - Não / P - Parcial / NA - Não aplicável
Modelo de Avaliação da Qualidade da Estrutura Residencial para Moçambique - 2008

Critério 5: Resultados Clientes

	Niv	S	N	P	NA	Observações
<p>a) Existem resultados que evidenciem o grau de satisfação do clientes relativamente a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Satisfação global • Cortesia e igualdade de tratamento • Receptividade • Acessibilidade • Profissionalismo • Comunicação e Informação • Flexibilidade • Recolha de sugestões • Tratamento das reclamações • Comportamento dos colaboradores • Participação das pessoas significativas • Prestação dos serviços • Relação entre a Resposta Social e os diversos intervenientes 	B					
<p>b) Existem indicadores de resultados relativos à avaliação de outros aspectos relacionados indirectamente com a satisfação dos clientes, tais como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • N.º de reclamações e respectivo tratamento • Tempo médio de resposta às reclamações • N.º de acções de formação para melhoria da comunicação com o cliente • N.º de acções para envolvimento dos clientes na melhoria dos processos e serviços • N.º de sugestões recebidas e adoptadas • Compromissos com a qualidade (cartas da qualidade) • N.º de acções para melhorar o rigor e a transparência da informação 	A					

Legenda: Niv – Nível de qualificação / S – Sim / N – Não / P – Parcial / NA – Não aplicável
 Modelo de Avaliação da Qualidade da Estrutura Residencial para Idosos - 2008

	Niv	S	N	P	NA	Observações
c) Os resultados da avaliação da satisfação dos clientes são comparados com os resultados obtidos em períodos anteriores?	A					
d) Os resultados da avaliação da satisfação dos clientes são comparados com resultados obtidos dentro e fora da organização (benchmarking)?	A					
e) Os resultados da avaliação da satisfação do cliente e das ações implementadas estão disponíveis e são do conhecimento de todas as partes interessadas?	A					

Legenda: Niv – Nível de qualificação / S – Sim / N – Não / P – Parcial / NA – Não aplicável

Modelo de Avaliação da Qualidade da Estrutura Residencial para Moços - 2008

Critério 6: Resultados Pessoas

	Niv	S	N	P	NA	Observações
<p>a) Existem resultados que evidenciem o grau de satisfação e motivação dos colaboradores, relativamente a aspectos da gestão da Resposta Social, tais como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ambiente de trabalho • Condições de Higiene, Saúde e Segurança no Trabalho • Informação/Comunicação • Perspectivas de carreira • Sistemas de avaliação • Sistemas de reconhecimento • Formação • Satisfação geral • Motivação 	B					
<p>b) Existem indicadores de resultados relativos à avaliação de outros aspectos relacionados indirectamente com a satisfação dos colaboradores, tais como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Níveis de absentismo ou doença • Rotatividade do pessoal • N.º de horas de formação • N.º de promoções internas 	A					
<p>c) Os resultados da avaliação da satisfação dos colaboradores são comparados com os resultados obtidos em períodos anteriores?</p>	A					
<p>d) Os resultados da avaliação da satisfação dos colaboradores são comparados com resultados obtidos dentro e fora da organização (benchmarking)?</p>	A					
<p>e) Os resultados da avaliação da satisfação dos colaboradores estão disponíveis e são do conhecimento de todos os colaboradores?</p>	A					

Legenda: Niv – Nível de qualificação / S – Sim / N – Não / P – Parcial / NA – Não aplicável
 Modelo de Avaliação da Qualidade da Estrutura Residencial para Idosos - 2008

Critério 7: Resultados Sociedade

7.1 Desempenho Social

	Niv	S	N	P	NA	Observações
a) É divulgada à comunidade informação sobre as actividades da Resposta Social?	A					
b) Estão estabelecidas formas de participação da comunidade, nas actividades da Resposta Social? Tais como:	A					
<ul style="list-style-type: none"> • Plenários • Reuniões temáticas • Festas comemorativas • Cursos de formação • Planeamento das actividades • Execução das actividades • Emissão de sugestões para melhoria do funcionamento 						
c) São desenvolvidas acções que promovam o envolvimento da Resposta Social, na comunidade, nomeadamente através do apoio (p.e. financeiro ou outro) a actividades locais e sociais?	A					
d) Estão desenvolvidas formas específicas de apoio (p.e. proporcionar estágios, oferta de emprego)	B					
e) Existem dados concretos, sobre a opinião que a comunidade envolvente tem sobre a Resposta Social, nomeadamente:	A					
<ul style="list-style-type: none"> • Importância para a população • Relação com a população envolvente • Oferta de emprego, estágios • Impacto da Resposta Social na melhoria da qualidade de vida da comunidade • Grau de satisfação 						

Legenda: Niv – Nível de qualificação / S – Sim / N – Não / P – Parcial / NA – Não aplicável
 Modelo de Avaliação da Qualidade da Estrutura Residencial para Idosos - 2008

7.2 Desempenho Ambiental

	Niv	S	N	P	NA	Observações
<p>a) Está definida uma política ambiental e existem resultados relativos ao desempenho ambiental, relativos nomeadamente a :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Redução de desperdícios • Utilização de materiais reciclados • Medidas de reciclagem de materiais • Medidas de poupança de energia • Utilização de energias renováveis • Grau de compromisso com padrões ambientais 	A					

Legenda: Niv - Nível de qualificação / S - Sim / N - Não / P - Parcial / NA - Não aplicável
 Modelo de Avaliação da Qualidade da Estrutura Residencial para Moçambique - 2008

Critério 8: Resultados Chave do Desempenho

	Niv	S	N	P	NA	Observações
a) Existem resultados que evidenciem o desempenho da Resposta Social, face aos objectivos estabelecidos, nomeadamente:						
• Resultados de desempenho dos processos chave	B					
• Impacto na promoção da autonomia do cliente	B					
• Resultados de auditorias internas e externas	A					
• Resultados de inspeções	B					
• Satisfação dos parceiros	B					
• Melhor utilização das tecnologias de informação	A					
• Envolvimento das partes interessadas	B					
b) Existem resultados relativos ao desempenho financeiro da Resposta Social, nomeadamente:	B					
• Grau de execução orçamental						
• Grau de realização dos objectivos financeiros						
• Resultados de auditorias financeiras						
c) Os resultados de desempenho chave são comparados com os resultados obtidos em períodos anteriores?	A					
d) Os resultados de desempenho chave são comparados com resultados obtidos dentro e fora da organização (benchmarking)?	A					

Legenda: Niv – Nível de qualificação / S – Sim / N – Não / P – Parcial / NA – Não aplicável
 Modelo de Avaliação da Qualidade da Estrutura Residencial para Idosos - 2008

NÍVEL	AUDITORIAS
C	<p>Auditoria de Concessão Nível C – avalia se o SGQ cumpre todos os requisitos estabelecidos para a qualificação de Nível C. Esta auditoria só poderá ocorrer após 6 meses de funcionamento ou de implementação dos requisitos estabelecidos no Modelo.</p> <p>Se a Resposta Social tiver implementado parcialmente (não a totalidade) dos requisitos correspondentes a um nível superior de Qualificação (B ou A), pode solicitar a sua avaliação durante a auditoria e como tal constará do Relatório de Auditoria. No entanto não será emitido o Certificado de Qualificação de nível superior, dado que, pressupõe o cumprimento da totalidade dos requisitos estabelecidos.</p>
B	<p>Auditoria de Concessão Nível B – avalia se o SGQ cumpre todos os requisitos estabelecidos para a Qualificação de Nível C e B.</p> <p>Se a resposta Social tiver implementado parcialmente (não a totalidade) dos requisitos correspondentes à Qualificação para o Nível A, pode solicitar a sua avaliação durante a auditoria e como tal constará do Relatório de Auditoria. No entanto, não será emitido o Certificado de Qualificação Nível A, dado que pressupõe o cumprimento da totalidade dos requisitos estabelecidos.</p>
A	<p>Auditoria de Concessão Nível A – avalia se o SGQ cumpre todos os requisitos obrigatórios estabelecidos para a Qualificação de Nível C, B e A.</p>
A, B, C	<p>Auditoria de Acompanhamento – corresponde às auditorias efectuadas anualmente, após atribuição do certificado de Qualificação de Nível C, B ou A. Tem como objectivo confirmar que o SGQ se mantém adequado e continua a cumprir os requisitos estabelecidos para o nível de qualificação C, B ou A. Esta auditoria não implica a verificação da totalidade dos requisitos e terá uma duração inferior à auditoria de concessão/renovação.</p> <p>Auditoria de Renovação – corresponde à auditoria efectuada de três em três anos, após atribuição do certificado de Qualificação C, B ou A. Tem como objectivo confirmar se o SGQ se mantém adequado e continua a cumprir todos requisitos estabelecidos para o nível de qualificação C, B ou A.</p>

Poderão ainda ser realizadas:

Auditorias de Seguimento – correspondem as auditorias efectuadas quando ha necessidade de verificar “in loco” a implementacao de accoes correctivas para ultrapassar nao conformidades detectadas em auditorias anteriores.

Auditorias Extraordinárias – correspondem as auditorias efectuadas na sequencia de reclamacoes, participacoes publicas ou de alteracoes significativas na estrutura da Resposta Social.

Fonte: Segurança Social, (n.d), Modelo de Avaliação de Qualidade para Estruturas Residenciais para Idosos.

Anexo 10: Princípios, dimensões, critérios e indicadores de avaliação do EQUASS Assurance e EQUASS Excellence (2012)

<p>1. Liderança</p> <p>Visão, Missão e Política da Qualidade</p> <p>I. A organização define, documenta e implementa a sua visão e missão na prestação de serviços.</p> <p style="text-align: center;">Indicadores</p> <p style="text-align: center;">1 A organização tem documentada:</p> <p style="text-align: center;">a. a visão.</p> <p style="text-align: center;">b. a missão.</p> <p style="text-align: center;">c. os valores da organização.</p> <p style="text-align: center;">2 Os colaboradores conhecem:</p> <p style="text-align: center;">a. a visão.</p> <p style="text-align: center;">b. a missão.</p> <p style="text-align: center;">c. os valores da organização.</p> <p>II. A organização define, documenta e implementa a sua política da qualidade, estabelecendo metas de longo prazo para a qualidade, objectivos da qualidade e o seu compromisso com a melhoria contínua.</p> <p style="text-align: center;">Indicadores</p> <p style="text-align: center;">3 A organização tem uma política da qual idade documentada, contendo:</p> <p style="text-align: center;">a. metas a longo prazo.</p> <p style="text-align: center;">b. compromisso com a melhoria cont ínua.</p> <p style="text-align: center;">4 Os colaboradores conhecem a política da qualidade da organização.</p> <p>Comunicação</p> <p>III. Os clientes (utentes/ pessoas servidas /utilizadores) , os seus familiares e organizações que utilizem os serviços podem dar feedback sobre a sua exper iência individual ou colectiva relativamente aos programas e serviços prestados.</p> <p style="text-align: center;">Indicadores</p> <p style="text-align: center;">5 As partes interessadas têm oportunidade de dar <i>feedback</i> sobre:</p> <p style="text-align: center;">a. programas.</p> <p style="text-align: center;">b. serviços.</p> <p style="text-align: center;">6 É documentado o feedback de:</p> <p style="text-align: center;">a. colaboradores.</p>
--

- b. entidades financiadoras.
- c. clientes (utentes/pessoas servidas/ut i l izadores) .

IV. A organização informa todas as par tes interessadas sobre os programas disponibilizados e serviços oferecidos.

Indicadores

- 7 Existe informação disponível sobre:
- a. desenvolvimento de programas e serviços.
 - b. processos e procedimentos.
 - c. desempenho da organização.
 - d. próximos eventos relevantes.
- e. oportunidades para o envolvimento de cl ientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores) .
- 8 As partes interessadas estão conscientes dos programas e serviços oferecidos.

Planeamento Anual

V. A gestão da organização estabelece e documenta o processo de planeamento anual e o respectivo processo de revisão.

Indicadores

- 9 O processo de planeamento anual está documentado
- 10 O processo de planeamento anual :
- a. está implementado.
 - b. é revisto per iodicamente.

VI. O plano inclui: metas/objectivos anuais, actividades a desenvolver para atingir as metas/objectivos anuais, monitorização do desempenho da organização no cumprimento das suas metas/objectivos anuais, tempos e processos para avaliação/revisão.

Indicadores

- 11 O planeamento anual tem um carácter cícl ico:
- a. objectivos/metas SMART.
 - b. identif icação de actividades chave.
 - c. resultados tangíveis.
 - d. revisão dos objectivos e metas.
- 12 O planeamento anual é aprovado pela gestão de topo.

Contributo para a Sociedade

VII. A organização demonstra o seu sucesso na satisfação das necessidades e expectativas da sociedade.

Indicadores

- 13 A organização recolhe feedback das suas partes interessadas na sociedade.
- 14 A organização demonstra resultados tangíveis de satisfação das necessidades e expectat ivas da sociedade.

VIII. A organização demonstra a sua responsabilidade social através de iniciativas que contribuem para a sociedade.

Indicadores

- 15 A organização está envolvida em actividades baseadas na comunidade.
- 16 A organização demonstra evidências do seu valor acrescentado para a sociedade.

2. Recursos Humanos

Gestão dos recursos humanos

IX. A organização tem uma política de recrutamento e retenção que promove a selecção de profissionais qualificados baseada nos conhecimentos, capacidades/aptidões e competências requeridos.

Indicadores

17 A organização tem documentada:

- a. a política de recrutamento de colaboradores.
- b. os critérios para recrutamento de colaboradores.
- c. o processo de recrutamento dos colaboradores.
- d. a sua política de igualdade de oportunidades e não-discriminação.

18 A política de recrutamento e retenção promove uma selecção de colaboradores baseada em:

- a. conhecimentos.
- b. capacidades/aptidões.
- c. competências.

X. A organização actua em conformidade com a legislação nacional obrigatória, proporcionando condições de trabalho apropriadas, um nível de qualificação e número de colaboradores adequado e acordado, e uma recompensa apropriada para e funcionários.

Indicadores

19 A organização tem documentada:

- a. a sua política em conformidade com a legislação laboral nacional .
- b. a sua política de reconhecimento de:
 - i . colaboradores.
 - ii . voluntários (se aplicável) .

20 A organização avalia as condições de trabalho:

- a. da gestão.
- b. dos colaboradores.
- c. dos voluntários (se aplicável) .

Qualificação e desenvolvimento dos Recursos Humanos

XI. A organização dá formação a todos os seus colaboradores com base num plano de formação e desenvolvimento, e avalia a eficácia dessa formação.

Indicadores

21 O plano para a qualificação e apoio ao desenvolvimento dos colaboradores:

- a. está documentado.
- b. é avaliado anualmente.

22 A organização:

- a. evidencia registos de todas as actividades de formação dos colaboradores.
- b. avalia a eficácia das actividades formativas (com base na avaliação efectuada pelos colaboradores e outras partes interessadas) .

XII. A organização define os requisitos de competência na descrição das funções e responsabilidades dos colaboradores e avalia-os anualmente.

Indicadores

23 Os requisitos de competência dos colaboradores estão:

- a. identificados.
- b. especificados.
- c. documentados.

d. a ser avaliados anualmente.

24 O desempenho dos colaboradores directamente envolvidos na prestação de serviços sociais é avaliado periodicamente.

Envolvimento dos colaboradores

XIII. A organização reconhece os trabalhadores como uma fonte de avaliação do desempenho organizacional, do desenvolvimento dos serviços e do desenvolvimento dos colaboradores.

Indicadores

25 A organização tem uma política e procedimento para o Envolvimento activos dos colaboradores:

- a. no planeamento dos serviços, e
- b. na avaliação dos serviços

26 A organização:

- a. regista o envolvimento dos colaboradores e a sua avaliação do mesmo.
- b. utiliza o feedback dos colaboradores no planeamento anual e estratégico e no desenvolvimento dos próprios colaboradores.

XIV. A organização tem implementados mecanismos que desenvolvem os níveis de satisfação e motivação dos colaboradores.

Indicadores

27 A organização mede, regista e avalia a satisfação e motivação dos colaboradores.

28 A organização implementa mecanismos de reconhecimento dos colaboradores.

3. Direitos

Direitos e Deveres

XV. A organização assegura os direitos dos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores) numa Carta de Direitos, baseada na Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia, na Convenção Europeia para a Protecção dos Direitos Humanos e Liberdades Fundamentais do Conselho da Europa, e outras convenções internacionais em matéria de direitos humanos, em particular as elaboradas no âmbito das Nações Unidas.

Indicadores

29 A organização tem documentada:

- a. uma carta de direitos dos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores).
- b. uma carta de direitos em conformidade com as convenções internacionais sobre direitos humanos.

30 Todos os colaboradores, incluindo os voluntários, conhecem os direitos e deveres dos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores).

XVI. A organização informa os clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores) sobre os seus direitos e deveres, especialmente quanto à igualdade de tratamento independentemente da idade, deficiências e incapacidades, género, raça, religião ou crença e orientação sexual antes de receber os serviços.

Indicadores

31 A organização tem evidências acerca da informação prestada aos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores) sobre os seus direitos e deveres.

32 Os clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores) estão conscientes dos seus direitos e deveres.

XVII. A organização tem um sistema de gestão das reclamações acessível, que regista a avaliação dos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores), compradores e outras partes interessadas sobre o seu desempenho.

Indicadores

- 33 A organização tem um sistema de gestão das reclamações documentado que assegura um tratamento adequado e objectivo das mesmas.
- 34 A organização demonstra anualmente transparência dos resultados no sistema de gestão de reclamações.

Autodeterminação

XVIII. A organização respeita o direito fundamental de autodeterminação dos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores) . Eles determinam livremente o seu estatuto político e perseguem livremente o seu desenvolvimento económico, social e cultural.

Indicadores

- 35 A organização demonstra o seu apoio à autodeterminação dos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores) .
- 36 A organização avalia anualmente o seu desempenho em relação ao respeito do direito à autodeterminação dos seus clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores) .
- XIX. A organização facilita aos seus clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores) a escolha e o acesso a pessoas que os representem e/ou estruturas/processos de apoio/suporte.

Indicadores

- 37 A organização informa os clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores) sobre como ter acesso a pessoas que os representem e/ou estruturas/processos de apoio/suporte.
- 38 A organização avalia anualmente o seu desempenho quanto à facilitação aos seus clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores) do acesso a pessoas que os representem e/ou estruturas/processos de apoio/suporte.

4. Ética

Política de Ética

XX. A organização define e documenta a sua política de ética que respeita e assegura a dignidade dos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores) , protege-os de riscos indevidos e promove a justiça social.

Indicadores

- 39 A organização tem a sua política de ética documentada onde reflecte a dignidade dos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores) e os protege de riscos indevidos.
- 40 A organização informa os colaboradores (incluindo voluntários, se aplicável) sobre a política de ética e os princípios e valores que orientam o seu comportamento na prestação dos serviços.
- XXI. A organização possui mecanismos que previnem o abuso físico, mental e financeiro dos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores).

Indicadores

- 41 A organização possui :
- a. políticas documentadas para a prevenção do abuso físico, mental e financeiro dos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores).
 - b. procedimentos para a prevenção do abuso físico, mental e financeiro dos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores).
- 42 A organização avalia a eficácia da sua política de prevenção do abuso físico, mental ou financeiro dos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores).

XXII. A organização presta serviços num sistema de trabalho seguro, dentro de um ambiente

seguro que garanta a segurança física dos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores) , suas famílias e cuidadores.

Indicadores

43 A organização tem documentado:

- a. o plano de saúde e segurança dos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores) .
- b. procedimentos para assegurar um ambiente seguro e a segurança física dos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores) .

44 A organização identifica:

- a. medidas para assegurar a saúde e segurança dos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores) .
- b. melhorias anuais para garantir a saúde e segurança dos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores).

XXIII. A organização define, documenta, monitoriza e avalia um conjunto de princípios, valores e procedimentos que orientam os comportamentos na prestação do serviço, contendo aspectos de conf idencialidade, r igo, privacidade e integridade.

Indicadores

45 A organização tem definido um conjunto de princípios, valores e procedimentos (Código de Ética) para garantir e orientar os comportamentos na prestação dos serviços sociais.

46 Os colaboradores (incluindo voluntár ios, se aplicável) estão conscientes do conjunto de princípios, valores e procedimentos que orientam os comportamentos na prestação dos serviços.

XXIV. A organização define, documenta, monitoriza e avalia os procedimentos para assegurar a confidencialidade da informação dos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores) e dos serviços que lhes são prestados.

Indicadores

47 A organização tem uma política e procedimentos para:

- a. assegurar a confidencial idade da informação dos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores).
- b. registo da informação dos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores).
- c. acesso aos dados pessoais dos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores).

48 A organização revê:

- a. a sua política de confidencial idade, pelo menos a cada dois anos, com os seus colaboradores e clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores).
- b. os procedimentos de confidencial idade, pelo menos a cada dois anos, com os seus colaboradores e clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores).

Papéis e Responsabilidades

XXV. A organização define os papéis e responsabilidades, autoridades e a inter relação de todos os colaboradores que gerem, concebem, implementam, apoiam e avaliam a prestação do serviço aos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores) .

Indicadores

49 A organização:

- a. define os papéis e responsabilidades da gestão.
- b. comunica os papéis e responsabilidades da gestão.

50 A organização:

- a. define os papéis e responsabilidades das funções directamente envolvidas na prestação dos serviços aos clientes (utentes/pessoas

- servidas/utilizadores).
- b. comunica os papéis e responsabilidades das funções directamente envolvidas na prestação dos serviços aos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores).

5. Parcerias

Parcerias na Prestação de Serviços

XXVI. A organização trabalha em parceria com outras organizações na prestação de serviços.

Indicadores

- 51 A organização tem parcerias na prestação de serviços aos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores) com:
- a. parceiros sociais.
 - b. entidades financiadoras.
 - c. organizações de clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores) , se aplicável.
- 52 A organização avalia anualmente o valor acrescentado das suas parcerias.

XXVII. A organização trabalha em parceria com os clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores), compradores de serviços, entidades financiadoras e outras partes interessadas, no desenvolvimento dos serviços.

Indicadores

- 53 A organização envolve no desenvolvimento dos serviços:
- a. clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores) e seus representantes.
 - b. compradores de serviços.
 - c. entidades financiadoras.
- 54 A organização envolve no processo de avaliação das necessidades as partes interessadas externas relevantes.

6. Participação

Envolvimento dos Clientes

XXVIII. A organização envolve os clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores) como participantes activos no planeamento e estabelece uma avaliação constituída por um processo de diálogo estruturado e contínuo da gestão dos serviços, incluindo a definição das necessidades, a definição dos serviços e a avaliação da qualidade.

Indicadores

- 55 A organização tem uma política e procedimentos para o envolvimento activo dos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores):
- a. na avaliação das necessidades.
 - b. no planeamento dos serviços.
 - c. na avaliação dos serviços.
- 56 Os clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores) participam:
- a. na avaliação das necessidades individuais.
 - b. no planeamento dos serviços individuais.
 - c. na avaliação dos serviços recebidos.

XXIX. A organização tem instituída uma avaliação anual da participação dos clientes (utentes/pessoas servidas /utilizadores) seja a nível individual e/ou colectivo.

Indicadores

- 57 As medidas, actividades e política de participação foram acordadas com os clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores) ou seus representantes.
- 58 A organização revê anualmente as medidas, actividades e política de participação dos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores) ou seus representantes.

Empowerment dos clientes

XXX. A organização funciona com instrumentos específicos para que os clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores) melhorarem o empowerment e a sua situação pessoal, assim como da comunidade em que se inserem.

Indicadores

- 59 A organização facilita sistematicamente e de forma individual o *empowerment* dos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores).
- 60 A organização alcançou resultados tangíveis no fortalecimento do empowerment dos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores)

XXXI. A organização funciona com mecanismos específicos para o estabelecimento de um ambiente de *empowerment*.

Indicadores

- 61 A organização identifica medidas para criar um ambiente *empowerment* na organização.
- 62 A organização forma os colaboradores (e voluntários, se aplicável) no sentido de facilitar o empowerment dos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores).

7. Orientação para o Cliente

Identificação das necessidades e expectativas dos clientes

XXXII. A organização selecciona e presta programas de intervenção baseados na avaliação de necessidades na localização mais conveniente para os clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores), suas famílias e cuidadores.

Indicadores

- 63 A organização tem identificadas as necessidades dos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores):
 - a. actuais (< 3 anos).
 - b. potenciais (< 3 anos).
- 64 A organização presta os seus serviços na localização mais conveniente para os clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores), suas famílias e cuidadores.

XXXIII. A organização disponibiliza programas consistentes com as necessidades identificadas dos seus clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores) e com os respectivos objectivos dos programas.

Indicadores

- 65 A organização tem identificadas as necessidades:
 - a. das entidades financiadoras.
 - b. de todas as partes interessadas externas relevantes.
- 66 A organização avalia a taxa de sucesso dos seus programas:
 - a. quanto ao alcance dos objectivos, e
 - b. na satisfação das necessidades dos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores).

Planeamento Individual

XXXIV. A organização implementa processos individuais que são elaborados a partir das necessidades de cada cliente (utente/pessoa servida /utilizador).

Indicadores

- 67 A organização presta serviços com base nas necessidades dos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores).
- 68 A organização regista as necessidades e expectativas identificadas no

plano individual dos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores).

XXXV. A organização documenta o planeamento dos servidos baseando-se na identificação das necessidades e expectativas de cada cliente (utente/pessoa servida/utilizador) num Plano Individual.

Indicadores

69 O Plano Individual contém:

- a. a nova situação/condição desejada pelo cliente (utente/pessoa servida/utilizador).
- b. objectivos gerais.
- c. objectivos específicos mensuráveis.
- d. métodos / técnicas / intervenções a utilizar.
- e. colaboradores envolvidos e responsabilidades para a implementação.

70 Cada Plano Individual é acordado com o cliente (utente/pessoa servida/utilizador) ou seu representante.

8. Abrangência

Processo de prestação de serviços

XXXVI. A organização identifica, documenta e mantém os processos-chave da prestação de serviços em consonância com a sua visão, missão e política da qualidade.

Indicadores

71 A organização tem os seus processos-chave:

- a. identificados.
 - b. documentados.
 - c. revistos regularmente.
- 72 Os processos-chave da organização estão em conformidade com:
- a. a missão, e
 - b. a política da qualidade da organização.
 - c. os requisitos das entidades financiadoras e compradores dos serviços.

XXXVII. A organização revê os processos-chave da prestação de serviços e mantém o controlo sobre a prestação de serviços.

Indicadores

73 A organização:

- a. monitoriza regularmente o desempenho dos processos-chave da prestação de serviços.
- b. avalia regularmente o desempenho dos processos-chave da prestação de serviços.

74 A organização:

- a. realiza auditorias internas aos processos-chave da prestação de serviços.
- b. reporta os resultados dos processos-chave da prestação de serviços.

Continuidade na Prestação de Serviços

XXXVIII. A organização assegura que os clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores) têm a possibilidade de aceder a um contínuo de serviços que vão desde a intervenção precoce ao apoio, respondendo às alterações das necessidades e expectativas ao longo do tempo.

Indicadores

75 A organização avalia anualmente a continuidade dos serviços prestados.

76 A organização implementa medidas que assegurem a continuidade dos serviços.

XXXIX. A organização desenvolve uma continuidade ininterrupta dos serviços e reduz as barreiras em contextos multi-disciplinares ou multi-parcerias.

Indicadores

77 A organização identifica e reporta anualmente as barreiras:

- a. à continuidade ininterrupta dos programas.
- b. ao acesso aos programas e serviços.

78 A organização presta os serviços do Plano Individual do seu cliente (utente/pessoa servida/ utilizador) utilizando uma abordagem multidisciplinar.

Abordagem Holística

XL. A organização presta serviços utilizando uma abordagem holística baseada nas necessidades e expectativas dos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores) com o objectivo de melhorar a sua qualidade de vida.

Indicadores

79 A organização assegura que a qualidade de vida é específica e definida por e para cada cliente (utente/pessoa servida/utilizador) e/ou seu familiar que recebe os serviços.

80 A eficácia das iniciativas que visam a qualidade de vida é:

- a. medida.
- b. reportada.

XLI. A organização identifica as competências, capacidades e apoio necessários aos colaboradores por forma a potenciar a melhoria da qualidade de vida dos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores) .

Indicadores

81 A organização especifica as competências e capacidades dos colaboradores para promover a qualidade de vida dos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores).

82 A organização avalia as competências e capacidades dos colaboradores para promover a qualidade de vida dos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores) .

9. Orientação para os Resultados

Medição de Resultados

XLII. A organização identifica os seus resultados e assegura a sua monitorização e avaliação formal, periódica e independente e os procedimentos para alcançar os resultados pretendidos.

Indicadores

83 A organização:

- a. mede anualmente o seu desempenho face aos objectivos definidos.
 - b. reporta anualmente o seu desempenho face aos objectivos definidos.
- 84 Os resultados e o desempenho são revistos por uma entidade externa e independente.

XLIII. A organização identifica e regista os resultados e benefícios para os clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores) dos serviços que receberam tanto a nível individual como colectivo.

Indicadores

85 A organização:

- a. mede os resultados alcançados face aos objectivos estabelecidos em cada Plano Individual .
- b. Identifica e regista os benefícios para os destinatários de cada Plano Individual .

86 A organização:

- a. mede os resultados alcançados face aos objectivos estabelecidos a nível colectivo.
- b. identifica e regista os benefícios para os destinatários dos serviços a nível colectivo.

Avaliação de Resultados

XLIV. A organização avalia os seus resultados de negócio com vista a determinar o melhor valor para os seus compradores de serviços e entidades financiadoras (“melhor valor”) também pode ser expresso em termos do aumento da qualidade de vida do cliente (utente/pessoa servida) /utilizador).

Indicadores

87 A organização mede o valor acrescentado dos resultados de negócio para:

- a. os compradores de serviços.
- b. as entidades financiadoras.

88 A organização mede o valor acrescentado dos serviços prestados ao nível da qualidade de vida dos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores).

XLV. A organização avalia a satisfação individual e colectiva dos clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores) e outras partes interessadas através de uma avaliação interna e/ou externa.

Indicadores

89 A organização mede a satisfação das suas partes interessadas:

- a. clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores).
- b. compradores de serviços.
- c. entidades financiadoras.

90 A organização assegura uma medição adequada e objectiva da satisfação das partes interessadas.

Reporte dos Resultados

XLVI. A organização disponibiliza registos acessíveis de fácil compreensão sobre os resultados, incluindo as conquistas e percepções individuais.

Indicadores

91 O reporte dos registos e resultados é comunicado às partes interessadas em formato e linguagem de fácil compreensão.

92 Os registos dos resultados incluem as conquistas e percepções individuais.

XLVII. A organização dissemina activamente os resultados do desempenho organizacional aos seus colaboradores, clientes (utentes/pessoas servidas/ utilizadores) e restantes partes interessadas.

Indicadores

93 A organização reporta o seu desempenho a:

- a. compradores dos serviços.
- b. entidades financiadoras.
- c. colaboradores.
- d. clientes (utentes/pessoas servidas/utilizadores).

94 A organização reporta anualmente:

- a. os resultados.
- b. as percepções pessoais.
- c. as conquistas/ realizações.

10. Melhoria Contínua

Ciclo de Melhoria Contínua

XLVIII. A organização tem um procedimentos de melhoria contínua baseado num ciclo de

melhor ia.

Indicadores

95 A organização tem documentado e implementa um sistema de melhoria caracterizado pelo ciclo PDCA, que inclui :

- a. actividades planeadas para atingir os objectivos.
- b. implementação das acções.
- c. medição dos resultados das acções.
- d. implementação de acções correctivas.

96 Os resultados dos projectos de melhoria da qualidade estão documentados.

XLIX. A organização identifica Indicadores de desempenho mas medição dos resultados das acções de melhoria.

Indicadores

97 A organização estabelece Indicadores de desempenho para medição dos resultados de todos os projectos de melhoria.

98 A organização:

- a. define objectivos para todos os projectos de melhoria.
- b. mede os resultados de todos os projectos de melhoria.

Inovação

L. A organização introduz e gere formas de trabalho inovadoras que foram identificadas com base nas necessidades das partes interessadas.

Indicadores

99 A organização demonstra:

- a. exemplos de formas de trabalho inovadoras.
- b. que vai ao encontro das necessidades emergentes das partes interessadas.

100 A organização:

- a. gere os projectos de inovação.
- b. monitoriza os projectos de inovação.
- c. regista os resultados dos projectos de inovação.

Fonte: EQUASS (2012b) e EQUASS (2012c)