

SANDRA PATRÍCIA CUSTÓDIO BAPTISTA ELVAS

**GESTÃO PARA A AUTONOMIA DA PESSOA IDOSA
EM RESIDÊNCIAS ASSISTIDAS**

Orientadora: Prof^a Doutora Maria Irene Lopes Bogalho de Carvalho

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Instituto de Serviço Social**

**Lisboa
2016**

SANDRA PATRÍCIA CUSTÓDIO BAPTISTA ELVAS

**GESTÃO PARA A AUTONOMIA DA PESSOA IDOSA
EM RESIDÊNCIAS ASSISTIDAS**

Trabalho de Projeto defendido em provas públicas na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias no dia 22 de junho de 2016, perante o júri, nomeado pelo Despacho de Nomeação nº248/2016 de 18 de maio de 2016 com a seguinte composição.

Presidente:

Professor Doutor Carlos Diogo Moreira

Arguente:

Prof^a Doutora Aida Lopes Bento Esteves
Ferreira

Orientadora:

Prof^a Doutora Maria Irene Lopes Bogalho de
Carvalho

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Instituto de Serviço Social

Lisboa

2016

À minha família, em especial aos meus pais.

“Trago nos olhos visões extraordinárias, de coisas que abracei de olhos fechados”

Florbela Espanca

Agradecimento

No caminho que me propus a fazer, muitos foram os momentos de introspeção e reflexão da minha própria vida e da vida das pessoas que me rodeiam, muitas vezes o pensamento leva-nos a perceber a nossa forma de envelhecimento e a forma como o desejamos fazer. Neste sentido gostaria de expressar o meu apreço a todos os que me incentivaram ao longo deste desafio, agradeço assim:

À Santa Casa da Misericórdia de Lisboa pela disponibilidade e oportunidade que me deu em evoluir profissionalmente e continuar sempre a aprender, aos meus colegas e em especial à Enfermeira Ana Campos Reis pelo apoio e ajuda preciosa.

À Universidade Lusófona e aos docentes em especial à Dra. Maria Irene Carvalho minha orientadora por este caminho bem amparado, pela inspiração, aprendizagem e partilha.

Aos utentes que desde sempre se cruzaram no meu caminho é a eles que devo o gosto por esta profissão, assim como, me proporcionaram ao longo dos anos, tantos momentos de reflexão.

Como não poderia deixar de ser agradeço às pessoas mais importante deste meu percurso, que sempre acreditaram em mim: ao meu amigo Leonel Neves pelo entusiasmo e convicção, aos meus pais sempre orgulhosos do meu caminho; ao meu marido pela sua presença, apoio, dedicação e motivação que sempre me deu para continuar; ao meu filho pelo tempo que não teve a mãe disponível.

O caminho começa aqui...

Resumo

Este trabalho sob a forma de projeto profissional tem como objetivo a criação de uma proposta de modelo de gestão para a promoção da autonomia das pessoas idosas integradas numa residência assistida.

A temática do envelhecimento, com base no envelhecimento ativo, saudável, bem-sucedido, participativo vem dar uma nova dinâmica à forma como se percebe o envelhecimento. Neste processo é fundamental uma mudança de mentalidades, na conquista de mais reconhecimento, mais direitos e dignidade, sobretudo para as pessoas idosas que vivem em residências assistidas.

É emergente a promoção de direitos, de políticas sociais e prestação de serviços com qualidade, participados pelas expectativas de quem usufrui deles e implementação de políticas sociais pró ativas.

Apresentamos a conceção de uma proposta para um novo modelo de gestão que, promova a capacitação, participação e a autonomia com base nas expectativas e necessidades, e seja uma conquista na valorização das pessoas idosas. Esta gestão requer a participação ativa dos residentes e implica uma supervisão profissional efetiva das atividades de vida diária no sentido de proporcionar segurança e bem-estar aos residentes.

Neste domínio os profissionais de Serviço Social e outros profissionais que compõem a equipa de gestão dos cuidados são essenciais para acompanharem e motivarem as pessoas idosas e promoverem a sua qualidade de vida.

Palavras-chave:

Envelhecimento; Modelo de Gestão; Pessoa Idosa; Capacitação; Participação; Autonomia; Proteção Social; Residência Assistida.

Abstract

This professional project aims to create a management model proposed for the promotion of the autonomy of the older people integrated in an assisted residence.

The ageing theme, based on active aging, healthy, successful, participatory comes to give a new ageing dynamic. This process is fundamental a change of mindset in winning more recognition, more rights and dignity, especially for the older people living in assisted living.

It is emerging to promote rights, social policies and services with quality, empowerment, participated by the expectations of those who enjoys them and implementing pro active social policies.

Here is the design of a proposal for a new management model that promotes participation and autonomy based on the expectations and needs, it is an achievement to value the older people. This management requires an active participation of the older people and a professional supervision of activities of daily living in order to provide safety and well-being of residents.

In this area the professionals of Social Work and other professionals who make up the care management team are essential to accompany the elderly and promote their quality of life.

Keywords:

Ageing; Management model; Older People; Empowerment; Participation; Autonomy; Social Protection; Assisted Living;

Siglas

CD – Centro de Dia

INE - Instituto Nacional de Estatística

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

SCML – Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

Índice

Agradecimento	5
Resumo	6
Abstract	7
Índice	9
Índice Figuras	10
Índice Quadros	10
Índice Gráficos	11
Introdução	12
<u>PARTE 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO</u>	16
CAPÍTULO 1. ENVELHECIMENTO	16
1. Envelhecimento Demográfico	16
2. Envelhecimento como Ciclo de Vida.....	22
3. Envelhecimento Ativo	26
4. Teorias e Modelos do Envelhecimento	29
5. Autonomia, Participação, Qualidade de Vida e Bem-Estar.....	30
CAPÍTULO 2. SISTEMAS DE PROTEÇÃO SOCIAL	36
1. Evolução da Proteção Social em Portugal	36
2. Moderno Sistema de Proteção: A Segurança Social.....	38
3. Políticas Sociais da Velhice: Pensões e Respostas Sociais.....	40
CAPÍTULO 3. GESTÃO DE RESPOSTAS SOCIAIS	44
1. Conceitos.....	44
2. Teorias da Gestão Moderna	46
3. As Instituições de Solidariedade	49
<u>PARTE 2. PROJETO PROFISSIONAL</u>	54
CAPÍTULO 4. SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE LISBOA - RESIDÊNCIA ASSISTIDA	54
1. A Santa Casa da Misericórdia de Lisboa	54
2. Intervenção do Serviço Social com Pessoas Idosas	56
3. Residência Assistida – Locus da intervenção social	61
4. A Residência Assistida Carlos da Maia.....	63
CAPÍTULO 5. CONCEÇÃO DE UM MODELO DE GESTÃO PARA A AUTONOMIA	68
1. Fundamentação e Planeamento	68
2. Modelo de Gestão a Conceber	69
2.1. Dimensões do Modelo de Gestão	75
2.2. Diagnóstico das Necessidades/Problemas/Potencialidades.....	77
2.3. Comparticipações	83

2.4. Orçamento	84
Para Concluir	86
Bibliografia.....	89
Anexos.....	I
Anexo I Declarações e Medidas Internacionais.....	II
Anexo II Proteção Social – Prestações Sociais.....	IV
Anexo III - Proteção Social - Respostas sociais.....	V
Anexo IV – Processos Chave de Admissão na Residência Assistida.....	VI
Anexo V – Ficha de Inscrição na Residência Assistida	VII
Anexo VIII Critérios de Ponderação processo de admissão.....	XIV
Anexo IX Proposta de Contrato de Alojamento e prestação de Serviços	XV

Índice Figuras

Figura 1 – Dimensões da Autonomia	14
Figura 2 - Eixos operativos do envelhecimento ativo	28
Figura 3 - Determinantes do Envelhecimento Ativo	28
Figura 4 - Determinantes da Qualidade de Vida	35
Figura 5 - Funções da Gestão	45
Figura 6 - Funções do Serviço Social Gerontológico.....	59

Índice Quadros

Quadro 1 - Esperança de Vida à Nascimento	19
Quadro 2 - Índice de Envelhecimento na Europa 2013.....	19
Quadro 3 - Aumento da Longevidade de 1960 a 2013 em Países da Europa.....	21
Quadro 4 - Cronologia da evolução das respostas sociais em Portugal.....	41
Quadro 5 – Quadro das principais teorias da gestão	46
Quadro 6 - Candidatura, Seleção, Admissão, Intervenção e Avaliação	73
Quadro 7 - Gestão de Serviços e de Recursos Humanos.....	75
Quadro 8- Operacionalização do modelo de gestão	77
Quadro 9 – Constrangimentos / Necessidades	79
Quadro 10 – Programa de Parceria	81
Quadro 11 – Potencialidades.....	82
Quadro 12- Tabela de comparticipação	84
Quadro 13 – Orçamento	85

Índice Gráficos

Gráfico 1 - Pirâmide Etária 2016	20
Gráfico 2 - Evolução da População em Portugal 1950-2100	21
Gráfico 3 – Residentes por Género e Idade	64
Gráfico 4 – Escolaridade dos Residentes	65
Gráfico 5 – Proteção Social	65
Gráfico 6 – Motivo de Entrada na Residência	66
Gráfico 7 – Autonomia dos Residentes	67

Introdução

Este projeto de intervenção surge no âmbito do Mestrado em Serviço Social - Gestão de Unidades Sociais e de Bem-estar da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. O mesmo propõe-se a responder e a evidenciar uma prática profissional desenvolvida em residências assistidas com pessoas idosas. Sendo esta a prática com que a discente se confronta no seu dia-a-dia como Assistente Social, responsável pela resposta de residências assistidas para pessoas idosas, este inclui uma grande componente de gestão.

O envelhecimento sempre foi um tema de reflexão, é só por si um tema pertinente e de evidente relevância na atualidade. O conceito de envelhecimento foi sofrendo alterações, assim como, as atitudes perante as pessoas mais velhas têm vindo a ter várias mutações ao longo dos tempos. Ser velho já foi sinónimo de sapiência e de inutilidade. Atualmente parece que estamos a mudar a mentalidade sobre a velhice. Osório (2007:12) considera que a velhice só atingirá o cume quando nessa fase for possível a pessoa idosa continuar a construir a vida pessoal e ainda for capaz de projetar o seu futuro.

O aumento da esperança média de vida só por si não é um problema, este deve ser encarado de forma positiva, mas ao cruzarmos o aumento da esperança média de vida com a diminuição das taxas de natalidade, de fecundidade e de mortalidade, aqui sim o envelhecimento manifesta a sua complexidade. O envelhecimento é revelador de profundas transformações sociais associadas à evolução científica, tecnológica, económica, social e cultural (Quaresma, 2013).

Atualmente o tema da longevidade também se encontra em grande relevo. A longevidade é uma conquista do desenvolvimento criado pelo homem, tendo vindo sempre a aumentar: em 1991 era de 39%, em 2001 era de 41% e em 2011 de 48% (Conselho Económico Social, 2013). É de salientar que desde os primórdios que o homem ambiciona em atingir uma maior longevidade, esta é um ganho da civilização, no entanto convém referir que a esperança de vida ainda não é compatível com uma qualidade de vida

aceitável, com a real longevidade, trazendo à discussão as condições de perda de independência e de autonomia no processo inexorável do envelhecimento (Faleiros, 2013).

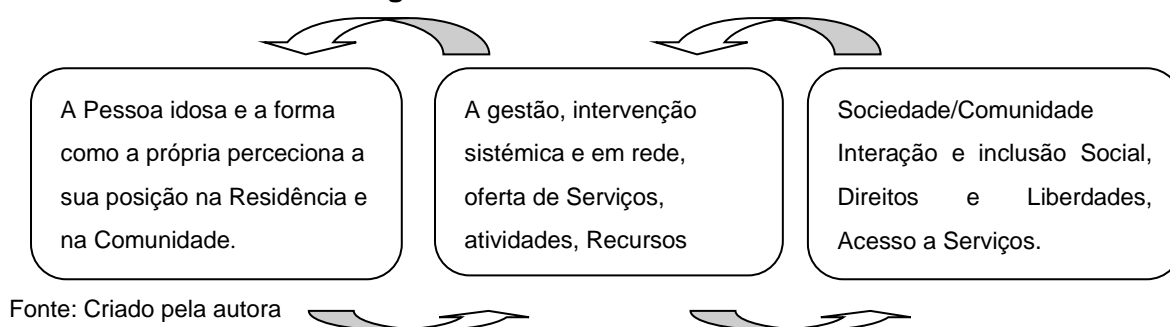
O projeto que agora se apresenta pretende propor um modelo de gestão para residências assistidas que promova a autonomia das pessoas idosas que se encontram integradas nestas respostas sociais, tendo em conta: as características da população alvo; os problemas e as necessidades identificadas pelos residentes e pelo assistente social; e os recursos institucionais que potenciam uma gestão para a autonomia. Será através da intervenção junto dos residentes, nomeadamente da prática profissional adquirida ao longo dos últimos onze anos de trabalho desenvolvido nesta área, e da aquisição de conhecimento prático e teórico, que este projeto se alicerça.

Entende-se a promoção da autonomia como um conceito holístico, que se refere à funcionalidade do indivíduo, mas também a sua capacidade de participar e se envolver nas decisões que lhe dizem respeito. A autonomia que pretendemos evidenciar assenta em três dimensões: uma primeira que incide no próprio indivíduo, isto é na forma como cada pessoa idosa perceciona a sua posição na sociedade e o seu envelhecimento, permitindo aos outros individualmente ou em grupo exercer maior ou menor pressão sobre si. Encontra-se aqui relacionada a forma como cada pessoa preparou e vivencia esta etapa do envelhecimento.

Uma segunda dimensão diz respeito à gestão implementada nas respostas sociais para a promoção da autonomia, através da oferta de serviços que se centram na preocupação em promover qualidade de vida, individualidade, direitos, interação e inclusão social, aquisição de competências sociais e humanas, desenvolvimento/estímulo de capacidades. Os recursos humanos disponíveis e a intervenção sistémica e em rede concertada para o todo.

A terceira dimensão encontra-se relacionada com a sociedade/comunidade e a rede social. Acrescenta à primeira e à segunda dimensão, os serviços e infraestruturas da comunidade onde se permite uma maior ou menor autonomia das pessoas idosas, a forma como se perceciona a pessoa idosa, os estereótipos do envelhecimento e do idadismo.

Figura 1 – Dimensões da Autonomia



Para o levantamento das necessidades, expectativas e potencialidades foi utilizada uma metodologia de trabalho qualitativa, que se focou em conversas informais, em atividades e reuniões com os residentes e na observação direta. A observação direta é um método restrito de observação visual que é definido por Quivy e Campenhoudt (2013:196), como “ os únicos métodos de investigação social que captam os comportamentos no momento em que eles se produzem em si mesmos, sem a mediação de um documento ou de um testemunho”. A metodologia qualitativa é a valorização da subjetividade, onde a “situação natural constitui a fonte dos dados, sendo o investimento o instrumento-chave da sua recolha.”, A metodologia qualitativa diz respeito essencialmente ao significado das coisas, ou seja, ao «porquê» e ao «quê» ” (Freixo, 2011:146).

A recolha de dados através dos processos sociais foi realizada através de pesquisa documental, permitindo a caracterização dos residentes quanto ao seu perfil.

Em termos estruturais o trabalho encontra-se dividido em duas partes. A primeira parte, no primeiro capítulo situamos o enquadramento teórico, e os vários conceitos sobre o envelhecimento, teorias e modelos, a participação, autonomia e qualidade de vida das pessoas idosas. No segundo capítulo faz-se uma abordagem ao sistema de proteção social, e especifica-se e evolução das medidas de política ao nível das pensões, reformas e respostas sociais para as pessoas idosas. O terceiro capítulo debruça-se sobre as teorias da gestão, seus precursores e a economia social.

Na segunda parte do trabalho apresenta-se o modelo operativo do projeto profissional, onde se situa, de forma geral aos estatutos e intervenção da Santa Casa da

Misericórdia de Lisboa, e uma abordagem a evolução das residências assistidas e da intervenção do Serviço Social neste domínio.

Por último expõe-se a proposta de projeto para a promoção da autonomia e capacitação das pessoas idosas em residências assistidas da qual inclui a caracterização da população residente na Residência Assistida Carlos da Maia, através de diferentes variáveis, como: a idade; género; escolaridade; profissão e expectativas; o processo de candidatura; admissão e avaliação; e os serviços prestados; e a proposta de um modelo de gestão para a promoção da autonomia da pessoa idosa, que tem por base as expectativas dos residentes, as suas necessidades e potencialidades. Focando-se numa prestação de serviços e intervenção com vista à prevenção do envelhecimento patológico, visando a promoção do bem-estar das pessoas idosas e a eficácia da resposta, residência assistida.

Importa referir que neste trabalho são tidos em conta os princípios éticos e deontológicos do anonimato e da confidencialidade sobretudo das pessoas envolvidas. Assim não serão citados nomes de pessoas, ou características pessoais, de forma a preservar a sua identidade, respeitando a ética e deontologia. De igual modo, será respeitada a instituição Santa Casa da Misericórdia de Lisboa enquanto entidade idónea, não sendo utilizado nenhum impresso próprio, todos os impressos utilizados para este trabalho serão adaptados e produzidos pela autora e/ou retirados de sites oficiais. Por último referir que não existem conflitos de interesse entre as partes envolvidas já que o trabalho agora apresentado foi efetuado com o consentimento da entidade SCML.

PARTE 1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

“Olhar para o ato de envelhecer como um processo positivo, um tempo de utilidade e de novas aprendizagens, constitui uma forma de efetuar a rutura com os estereótipos que surgem associados ao significado de ser velho nas sociedades contemporâneas, como um tempo de não trabalho e de dependência, doença, perdas e de abandono”.

(Gil, 2013:105)

CAPÍTULO 1. ENVELHECIMENTO

1. Envelhecimento Demográfico

Envelhecer faz parte do ciclo de vida pois ninguém fica velho de um dia para o outro. Temos vindo ao longo do tempo a procurar a possibilidade de vivermos mais tempo, mais anos e de atingirmos uma maior longevidade. Quando conseguimos atingir uma maior longevidade, perspetivando uma vida mais longa, este aumento da esperança de vida e o aumento da população mais idosa torna-se uma situação complexa para o mundo.

A palavra velho deriva do latim *veclu, vetu, vetuludim*. O sufixo *mento* que se acrescenta para formar a palavra envelhecimento, designa ação. A palavra velho significa muito avançado em idade, avelhentado, antigo, que já não está em uso, fora de moda, antiquado, muito usado, gasto, homem de idade avançada, ancião. Ficar velho significa sofrer alterações progressivas ao nível das características físicas e mentais.

A velhice é um estado que caracteriza um grupo de determinada idade. Para Oliveira e Oliveira (2007:157) “...o ser humano deve-se preparar para a velhice, para que tenha uma boa vida social e afetiva e continue dando a sua contribuição para a humanidade”. O termo velhice significa o estado do que é velho e remete para a antiguidade, a idade avançada, ou a última fase da vida.

A definição de velhice é complexa, pois não depende da idade do sujeito, mas do seu estado de saúde, do seu estatuto económico e grau de instrução, assim como, o género

e a sua etnia. Como refere Fontaine (2000), “ A velhice é acompanhada por um forte aumento da heterogeneidade. Na verdade, não se deveria falar de velhice, mas sim de velhices. No quadro do envelhecimento normal, os especialistas distinguem velhice habitual de velhice bem-sucedida. Esta última é a conjugação de três categorias de condições: a saúde, a manutenção de um elevado nível de funcionamento cognitivo e físico e a manutenção da participação social”.

O envelhecimento está associado a um conjunto de alterações biológicas, psicológicas e sociais que se processam ao longo da vida. Este pode ser abordado por dois pontos de vista:

- a) Envelhecimento individual (cronológico e biopsicológico);
- b) Envelhecimento coletivo (demográfico e societal).

Para Rosa (2012:19:20) o envelhecimento individual pode ter duas abordagens o cronológico e o biopsicológico. A abordagem cronológica resulta da idade é um processo universal, progressivo e inevitável. Para Squire (2005:15) “ ...a idade cronológica, por si só, não tem que determinar a forma como uma pessoa se comporta ou é levada pelos outros.” É absolutamente necessário, segundo Ribeirinho (2005:27), sublinhar que a idade cronológica só parcialmente dá conta do processo de envelhecimento nas diferentes fases da vida, não se podendo, de forma isolada, a partir apenas deste critério, afirmar que uma determinada pessoa é jovem, adulta ou idosa.

O biopsicológico é vivido por cada indivíduo de forma diferente, cada pessoa manifesta as suas formas de envelhecimento de forma singular, estas não se encontram determinadas pela idade.

O Envelhecimento coletivo inclui igualmente duas abordagens a demográfica e a societal. A abordagem demográfica encontra-se relacionada com a idade, classe social de pertença, sendo todos os indivíduos classificados indistintamente em categorias fixas, sendo elas mencionadas como idades jovem, ativa e idosa. É com base nas categorias que se desenvolve o envelhecimento da população. A abordagem societal encontra-se de certa forma relacionada com a demográfica, atendendo a que uma população pode estar a

envelhecer e a sociedade não. Para Rosa (2012:24), a marca visível do envelhecimento societal é uma sociedade deprimida que se sente ameaçada com a sua própria evolução etária. Este corresponde à estagnação de certos pressupostos organizativos da sociedade.

Arca (2007), argumenta que as estatísticas sobre as pessoas idosas fixam o início da velhice em 65 anos, por ser a idade legal da reforma, contudo em 1 de Janeiro de 2014 a idade da reforma passou a ser aos 66 anos, passando a estar ligada ao fator de sustentabilidade do envelhecimento da população (Decreto-Lei 187-E\2013 e a Portaria 378-G/2013). A idade da reforma irá decerto ser alterada pois a longevidade tende a aumentar nos anos vindouros.

Envelhecer é inevitável. Tamer e Petriz (2007) sugerem que “ O processo de amadurecimento e de envelhecimento humano, quer nas suas estruturas, quer nas suas funções, é um processo individual e, ao mesmo tempo, coletivo, contínuo e cíclico, eminentemente pessoal. Por um lado, ocorre no contexto de inter-relações de variáveis físicas, químicas e biológicas e, por outro lado, no contexto de outras variáveis que são de carácter psíquico, cultural e social”. Assim envelhecimento e longevidade têm definições diferentes. O Envelhecimento demográfico define-se “a partir do momento em que a proporção de população idosa na população total aumenta, quer como resultado da perda de importância relativa da população jovem ou da população em idade ativa, ou de ambos”. (INE, 2011)

Segundo a OMS (2012), “ A estimativa de que, em 2050, haverá cerca de 400 milhões de idosos com mais de 80 anos, frente aos 14 milhões que havia em meados do século 20”. “...as pessoas com idade avançada dos países de baixas e médias economias têm hoje um risco quatro vezes maior de morte e incapacidade por doença não transmissíveis do que as populações dos países ricos”.

Em 2011 a população era de 7 milhões, contudo as estimativas de aumento da população não deverão vir a confirmar-se, a preocupação está no aumento do crescimento na população com mais de 60 anos, que vai triplicar nos próximos 40 anos. Segundo as Nações Unidas a idade média da população no Mundo passou de 24 e 30 anos em meados

do Séc. XX para 29 a 40 anos em 2010, podendo mesmo atingir em 2050 os 47 anos na Europa. (Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Secretariat, *World Population Prospect: The 2008 revision*)

Em termos societários o aumento da esperança média de vida, traduzida no aumento das pessoas idosas é visto como um problema social à escala mundial. Portugal é um dos países onde o índice de envelhecimento é mais acentuado. Há cerca de 40 anos os jovens representavam 29% da população, tendo passado para cerca de pouco mais de 16% na atualidade. (INE, 2011)

Em Portugal segundo dados da PORDATA (Fundação Manuel dos Santos), a idade média da população em 1960 era de 27,8 anos, sendo em 2013 de 41,9 anos. Rosa (2012), refere que há menos de cem anos os portugueses tinham uma esperança de vida à nascença próxima dos 40 anos. Nos anos 60 houve um aumento da esperança da vida para mais de 60 anos pra o sexo masculino e para o sexo feminino nos 66 anos. Atualmente temos uma esperança de vida nos homens de 77,6 anos e nas mulheres de 84 anos, tendo havido um aumento de perto de 20 anos na esperança de vida.

Quadro 1 - Esperança de Vida à Nascença

SEXO					
Total		Homens		Mulheres	
1960	2013	1960	2013	1960	2013
64,0	80,9	61,1	77,6	66,7	84,0

Fonte: Eurostat a partir de Fonte de Dados INE – PRODATA atualização 26.06.2014

No que diz respeito ao índice de envelhecimento podemos referir que este tem vindo a ter uma evolução significativa a nível Europeu.

Quadro 2 - Índice de Envelhecimento na Europa 2013

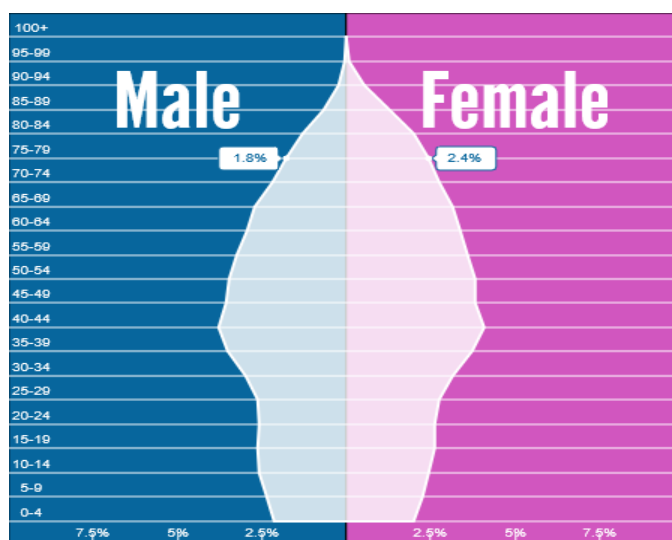
União Europeia	Alemanha	Itália	Bulgária	Grécia	Portugal	Letónia	Lituânia	Espanha	Suíça
117,7	158,5	152,7	141,6	138,3	133,5	129,8	125,2	118	117,3

Fonte: Eurostat a partir de Fonte de Dados INE – PRODATA atualização 26.06.2014

Como se pode verificar pelos dados apresentados Portugal ocupa um lugar de destaque. Entre a década de sessenta para os anos 2013, sofreu uma evolução de 103,3 idosos por cada 100 jovens, acompanhando a evolução de outros países da Europa, como a Alemanha, a Grécia, a Itália. Para Rosa e Chitas (2013), em 2011 na União Europeia a população com 80 anos ou mais anos representava mais do que uma em cada quatro pessoas idosas, sendo considerado um Continente de “grisalho”.

Em Portugal a pirâmide etária confirma o duplo envelhecimento demográfico: aumento do número de idosos, diminuição do número de jovens e do número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos (população em idade ativa).

Gráfico 1 - Pirâmide Etária 2016

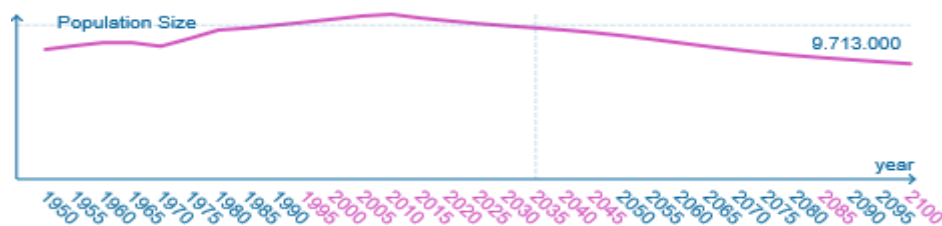


Fonte: <http://populationpyramid.net/>

Como podemos verificar no gráfico da evolução da população com uma estimativa até os anos 2100, a população em Portugal vai diminuir, contudo a população idosa continuará a ser em maior número. Diminuiu a base da pirâmide, correspondente à população mais jovem, e alargou-se o topo, com o crescimento da população mais idosa. Portugal perdeu população em todos os grupos etários (quinquênais) entre os 0-29 anos. A população entre os 30 e os 69 anos aumentou 9% e, para idades superiores a 69 anos, o crescimento foi de 26%.”

O envelhecimento encontra-se acompanhado de uma elevada longevidade. A longevidade encontra-se relacionada com a duração de vida de um organismo e depende da progressão do seu envelhecimento, se este for mais rápido a longevidade encurta se for mais lento aumenta. (Almeida, 2012:23)

Gráfico 2 - Evolução da População em Portugal 1950-2100



Fonte: <http://populationpyramid.net/>

Segundo o INE (2014), o índice de longevidade é o número de pessoas com 80 ou mais anos por cada 100 pessoas com 65 e mais anos. Podemos verificar que a longevidade, na generalidade dos países, teve um aumento considerável, contudo os países que apresentam um maior aumento desde 1960 a 2013 por ordem decrescente são: a Itália, a França, a Bélgica, Luxemburgo, Finlândia, Portugal, Áustria e Alemanha.

Quadro 3 - Aumento da Longevidade de 1960 a 2013 em Países da Europa

Itália	França	Bélgica	Luxemburgo	Finlândia	Portugal	Áustria	Alemanha
15,2	14,7	14,6	13,8	13,5	13,2	13,1	12,5

Fonte: PORDATA – Atualização 19.05.2015

A longevidade é determinada pelos avanços da ciência, da medicina e da cultura da saúde e de uma vida saudável. Temos então o desafio de conseguir responder a este aumento exponencial de pessoas com mais de 80 anos a viverem mais anos, e temos de ter a consciência que viver mais anos não significa que estes sejam com qualidade. É igualmente pertinente salientar que ao falarmos em longevidade esta é pode ser mais um fator de risco, para um grupo estigmatizado, na sua maioria em risco de pobreza, desprotegido.

A longevidade humana é uma realidade incontestável, contudo vive-se na ânsia de não envelhecer, pelo que compreender este processo natural, dinâmico, progressivo e irreversível constitui um acontecimento necessário e da maior relevância. (Sequeira, 2010)

2. Envelhecimento como Ciclo de Vida

O envelhecimento é um processo vital, compreende os processos biológicos e psicológicos, e cultural e social. O envelhecimento é biopsicossocial, traduz-se em um acontecimento de alteração de atitudes e mentalidades (Osório, 2007:13:15). O processo de envelhecimento de um indivíduo é resultado de uma conjugação de fatores de natureza genética, ambiental, nutricional, do estilo de vida e vicissitudinária. Há quem defenda que estamos a envelhecer desde o dia em que nascemos, “o envelhecimento inicia, desde que somos concebidos até à nossa morte”. (António, 2013:83)

Em Portugal apesar de toda a evolução e trabalho de consciencialização envelhecer ainda é sinónimo de vulnerabilidade, estigma, exclusão social e pobreza.

O processo de envelhecer, representa segundo Carvalho (2013), sofrer os efeitos da passagem do tempo ou tornar-se velho, perder a juventude ou a atualidade, amadurecer. É um percurso que vai passando por diferentes etapas, estas podem ser determinadas muitas vezes, pelo percurso de vida de cada um seja ele, familiar, social, género, saúde, económico, participação, religião, cultura. É importante refletir que não é a idade que define taxativamente que somos velhos.

O envelhecimento é todo ele um caminho que vai definir a nossa forma de envelhecer, seja ela mais “normal”, ou seja, que representa as alterações biológicas universais que ocorrem com a idade e que não são afetadas pela doença e pelas influências ambientais, saudável, ou seja ela uma forma mais patológica.

O conceito de envelhecimento tem vindo a sofrer várias mutações ao longo dos tempos, evoluindo de acordo com as atitudes crenças, cultura, conhecimentos e relações sociais consoante a época. Com a evolução das pesquisas foram surgindo várias teorias:

a) Teoria ecológica de Birren (1995), este define que a interação entre o ambiente a que estamos exposto e a carga genética é o que determina o processo de envelhecimento;

b) Teoria Gerodinâmica, explica o processo de envelhecimento, através da teoria geral dos sistemas

O processo de envelhecimento é multifacetado e multidimensional, e pode ser visto por várias perspetivas, sendo estas como já referido anteriormente a demográfica, a idade cronológica, a idade fisiológicas e biológica, social e psicológica. A idade cronológica, encontra-se relacionada com os diversos acontecimentos da vida, é utilizada como forma de organizar, arrumar os acontecimentos, dando um sentido aos acontecimentos nesta fase de vida.

A idade fisiológica e biológica encontra-se relacionada com o organismo e com a morte das células, assim como com a perda de capacidades funcionais, sendo que a funcionalidade vai agravando à medida que a idade avança. O processo de envelhecimento biológico que resulta da vulnerabilidade crescente e de maior probabilidade de morrer, a que se chama senescência.

A senescência é a diminuição da capacidade funcional dos organismos. (Almeida, 2012:23). Este é um processo de complexidade que está relacionado com o envelhecimento orgânico, sendo que a funcionalidade se vai degradando à medida que a idade avança. Neste contexto existem vários fatores que devem ser tidos em conta como a medicina, alimentação para a prevenção e tratamento de problemas associados à idade, como a degeneração dos tecidos, as demências, cancro.

A idade psicológica segundo Fonseca (2006:24:25) está relacionada com as capacidades que as pessoas utilizam para se adaptarem às mudanças de natureza ambiental, e que abrange sentimentos, cognições, motivações, memórias. O envelhecimento psicológico, é definido pela autorregulação do individuo no campo de forças, pelo tomar de decisões e opções, adaptando-se ao processo de senescência e envelhecimento. O envelhecimento psicológico envolve uma série de ajustamentos

individuais face à ocorrência de mudança no self, decorrentes de alterações corporais, cognitivas e emocionais, expectativas sociais, relações interpessoais, alterações familiares, profissionais, na rede de relações e no próprio contexto de residência. (Fonseca, 2012:96)

A idade social está relacionada com a interação social e os papéis que as pessoas desempenham como membros de uma sociedade, aos seus hábitos e estilos de vida. Muitos dos estereótipos que temos acerca da velhice derivam de falsos pressupostos sobre a idade sociocultural, o que leva à utilização de rótulos, como, uma pessoa de mais idade tem maior dificuldade em executar uma tarefa. Envelhecimento social encontra-se relacionado com os papéis sociais, devido às expectativas da sociedade para o nível etário, está relacionado como a forma como a sociedade perspetiva esta fase do ciclo da vida.

O envelhecimento pode ser definido então como um período do ciclo de vida em que a generalidade das características pessoais (biológicas, psicológicas e sociais) muda de forma relacionada entre si, orientando-se progressivamente para a construção de uma imagem relacionada entre si mesmo como idoso. (Fonseca, 2012:96)

A população idosa tem sido ao longo dos tempos, um dos grupos mais desprotegidos economicamente. O significado e sentimento de entrar na reforma tem vindo também a sofrer alterações, este momento era visto como um momento de libertação do trabalho, como uma liberdade, o que não se verifica nos dias de hoje. Atualmente esta transição acarreta uma conotação negativa, estando relacionada com inatividade, inutilidade, perda de referências, em exclusão social, perda de direitos.

A passagem á reforma altera a condição económica, passando o rendimento a ser inferior, e na maioria dos casos existe uma perda no poder de compra e na manutenção dos padrões de vida anteriormente adquiridos. Esta situação leva a um desfavorecimento económico o que faz com que as pessoas idosas percam capacidade de compra, e vejam os papéis anteriormente assumidos na família e sociedade serem alterados, sentindo-se colocadas à margem da sociedade. (Osório, 2007:17)

Por vezes o estado de reformado ou de idade de reforma atualmente aos 66 anos é encarado como uma fase desprovida de um projeto de vida contínuo, contudo esta não pode

ser desmembrada da fase anterior como se de outra pessoa se trata-se pelo facto de ter entrado na chamada fase de reforma. Como argumenta Pinto (2007:77), tornou-se absurdo pensar os idosos à maneira dos elefantes a caminho do cemitério, considerando que a essas pessoas, definitivamente dispensadas do trabalho, só lhes restaria, como última obrigação, uma viagem discreta à morte. Cabe as próprias pessoas idosas atuar de forma ativa de inserção e interação não absorvendo este manto que se abate sobre elas, tornando-se pessoas ativas, permanecendo na sociedade como pessoas conhecedoras, com direitos, com dignidade com autodeterminação e participação.

Com a entrada na reforma, algumas pessoas que tinham uma vida ativa, com capacidade de escolhas poderão manter esta atividade, contudo a maioria da nossa população que entra nesta fase não possui recursos sociais e económicos que lhes permitam manter os mesmos papéis. Assim os seus papéis familiares, sociais, ocupacionais muitas vezes são alterados, a sua vida toma outro rumo outra conotação, sendo muitas vezes os próprios a colocarem uma carga emocional negativa muito forte nesta nova etapa. Desta forma é importante uma reorganização dos laços de amizade, das redes de apoio informal. Para Sequeira (2010), nesta fase existem conceitos que são importantes sendo eles, as redes sociais, a interação social e o apoio social.

As pessoas idosas por vezes vêm o seu papel sofrer alterações no seio familiar, onde anteriormente era um espaço de solidariedade, partilha e privacidade. A estrutura familiar tem vindo a sofrer alterações e em muitos casos já não conhecemos a família como anteriormente a vivenciávamos, o modelo nuclear e as famílias monoparentais ganharam um papel de grande dimensão na nossa sociedade. Com as mudanças familiares, algumas famílias deixaram de conseguir responsabilizar-se pelos seus idosos.

Contudo, não é só a família que não se consegue organizar devido às exigências do mercado de trabalho para cuidar dos seus idosos, estes também não pretendem ser um fardo para a sua família, muitas das vezes a dependência das pessoas mais velhas leva a que mesmo contra os princípios familiares e vontade das pessoas idosas a solução passe

pelo enquadramento nas respostas sociais de proteção para as pessoas idosas, como é o caso dos Lares.

Assim, assumimos que mesmo as pessoas idosas que envelhecem de uma forma mais natural, ou normal, com menos constrangimentos biológicos e patológicos, muitas vezes vivenciam situações sociais e económicas que os levam a ser integrados em respostas sociais de proteção. São estas que potencialmente são os clientes da resposta social de residência assistida.

Existe a necessidade e a obrigação, em manter a dignidade humana de todos os que se encontram em processo de envelhecimento e daqueles que já o atingiram, mudando o pensamento da sociedade, onde ser velho é ser prejudicial, de menor utilidade, ou incapaz. Segundo Martins e Rodrigues (2004), “No mundo civilizado de hoje, a velhice é tida como uma doença incurável, como um declínio inevitável, que está votado ao fracasso.”

As redes de apoio informal, como é o caso da família, amigos vizinhos podem ter um papel fundamental na forma como envelhecemos. A pertença a um grupo, a identidade, o apoio emocional, as referências societárias. Segundo Constança (2005:277), “O apoio social refere-se sobretudo a três medidas: (1) a integração social, ou seja a frequência de contactos com os outros; (2) o apoio recebido, correspondente à quantidade de ajuda efetivamente fornecida por elementos da rede e (3) o apoio percebido”. As redes sociais funcionam como catalisadores de stress e de depressão, e encontram-se considerados como um “dado crucial para a qualidade de vida dos idosos” (Constança, 2005: 280).

3. Envelhecimento Ativo

O modelo de envelhecimento ativo refere-se a um processo de otimização de oportunidades de saúde, participação e segurança. Pretende potenciar a qualidade de vida e contrariar os efeitos nefastos e negativos do envelhecimento. O envelhecimento é um processo que faz parte do ciclo de vida com base em expectativas e desejos, capacidades e

realização de potencial. Aqui são defendidos os direitos, a autodeterminação, a responsabilidade e justiça social, segurança e bem-estar.

Gil (2013), refere que o envelhecimento ativo procura reabilitar o significado de envelhecimento e salienta que a saúde não depende só dos comportamentos e estilos de vida, mas está igualmente relacionado com o nível educacional, as condições de trabalho, a habitação, os recursos sociais e materiais, ou seja, com as influências sociais.

O envelhecimento ativo tem implícito a ação, participação, produtividade e empowerment. Segundo o relatório da segunda Assembleia Mundial sobre envelhecimento (ONU, 2002), a capacitação das pessoas idosas e a promoção da sua plena participação são elementos essenciais para o envelhecimento ativo.

Ser ativo não se limita ao que se assemelha à atividade física, envolve: estímulo cognitivo, saúde mental, interação com os outros, uma alimentação saudável e comportamentos saudáveis, cuidados com a saúde oral, prevenção de acidentes, uma sexualidade saudável, direito ao afeto, dignidade.

Esta moção foi aprovada pela ONU e pela OMS em 2002 e é o resultado de uma série de programas, declarações, comunicações e decisões desde a década de setenta.

Em 2012 foi assinado pela União Europeia o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações, assentou em 3 grandes pilares Saúde, Proteção e Participação.

- A mudança das condições de saúde através do desenvolvimento de atividades saudáveis que reduzam os processos de dependência;
- A melhoria da consideração dos idosos na sociedade evitando imagens de discriminação ou situações de violência;
- O fortalecimento das “relações sociais tendo em conta o ambiente de vida”

Estes 3 pilares deram origem a 5 eixos operativos

Figura 2 - Eixos operativos do envelhecimento ativo

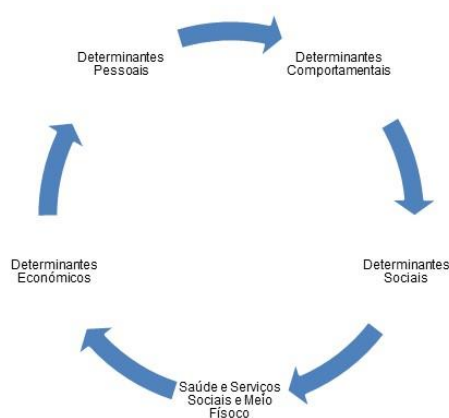


Fonte: Manual de Gerontologia (2012:43)

Este programa procura que o envelhecimento seja incrementado de dignidade, combatendo ainda o estigma que paira sobre o mesmo, sendo as pessoas idosas consideradas pessoas ativas, plenas de direitos. Assim é fundamental o contributo para uma política pública do exercício de cidadania, através da implementação de serviços de qualidade que impulsionem a qualidade de vida que cada um deverá ter.

O envelhecimento ativo depende de diversas determinantes, adaptado da OMS (2002)

Figura 3 - Determinantes do Envelhecimento Ativo



Fonte: OMS (2002)

4. Teorias e Modelos do Envelhecimento

Quando se fala em envelhecimento muitas teorias se podem abordar, contudo é um tema em que existe ainda uma grande necessidade de continuar a evoluir na sua compreensão quer seja para a compreensão deste fenómeno social, quer seja pela necessidade que o ser humano tem em procurar viver cada vez mais anos e com melhor qualidade de vida o que se traduz em longevidade. Em 1960 surgem diversas teorias sobre o envelhecimento positivo ou envelhecimento com sucesso ou bem-sucedido. Iremos então abordar modelos de envelhecimento que nos impulsionam numa linha de um envelhecimento saudável, bem-sucedido, produtivo e ativo.

a) O modelo de envelhecimento saudável está associado à condição de saúde, identificando questões associadas às doenças degenerativas, à dependência e à necessidade de cuidados. (Carvalho 2013:9)

b) O modelo bem-sucedido considera o normal e o patológico, cruzando biológico, psicológico e social. Encara o envelhecimento como um processo contínuo, onde se pode escolher e participar no modo de vida que pretendem ter, dentro das capacidades. Este está relacionado com a capacidade dos indivíduos e sociedade se adaptarem ao processo dinâmico do envelhecimento. (Carvalho, 2013:9)

Fonseca (2005:281:285), define o envelhecimento bem-sucedido é definido como um mecanismo de adaptação às condições específicas da velhice, quer a procura de um equilíbrio entre as capacidades do indivíduo e as exigências do ambiente. Trata-se de uma capacidade global de adaptação às perdas que ocorrem habitualmente na velhice, não pela adoção indiferente de critérios normativos externos, mas sim através de uma procura individual de resultados e objetivos significativos para o próprio, mesmo quando já é notório um declínio de possibilidades e de oportunidades.

c) O modelo produtivo refere a relação entre sociedade e idade, as estratégias pessoais e sociais e como estas são afetadas pela repartição do tempo social. Considera o envelhecimento numa relação com o mercado de trabalho, com o sistema produtivo com acesso à reforma, ou seja, procura a participação das pessoas mais velhas no sistema

produtivo em detrimento das reformas antecipadas. Aqui perspetiva a sustentabilidade do sistema de bem-estar relacionado com o envelhecimento. A ideia é de integração e de combate à discriminação. (Carvalho, 2013:9)

d) Como já referido o modelo de envelhecimento ativo pretende incrementar a noção de envelhecimento integrada, através de um processo de otimização de oportunidades de saúde, participação e segurança. Pretende-se potenciar a qualidade de vida. Este processo faz parte do ciclo de vida com base em expectativas e desejos, capacidades e realização de potencial. Aqui são defendidos os direitos, a autodeterminação, a responsabilidade e justiça social, segurança e bem-estar.

5. Autonomia, Participação, Qualidade de Vida e Bem-Estar

O envelhecimento traz consigo muitas vezes uma conotação negativa de perda de capacidades e direitos, “esta imagem negativa leva a um verdadeiro epítome do “desempoderamento” (Pinto, 2013:49), mas temos de estar bem cientes que esta é mais uma fase do ciclo de vida de cada um. Esta ligação negativa que não deve impedir as pessoas idosas de reclamar os seus direitos e de continuar a participar na tomada de decisão no que a elas refere.

O termo participar significa usar, consumir é uma forma de participação, pelo que sugere a integração de pessoas idosas em associações, serviço comunitário através de voluntariado, atividade política através do voto, mobilização social, filiação em partidos, a educação contínua formal ou informal, realização de atividades de lazer, a participação em serviços religiosos, a prática de turismo e acesso a tecnologia. Um dos objetivos é enfatizar a participação e interação das pessoas idosas na conceção e avaliação de atividades e projetos em que estejam envolvidos, como por exemplo no desempenho de voluntariado em organizações da comunidade que leva a promoção da sua autoestima, controlo pessoal e social.

Mas participar e ser ativo está igualmente associado à aprendizagem ao longo da vida, permanecendo ativo após a fase da reforma, realizando atividades de promoção da saúde, atividades sociais, culturais, económicas, espiritual e cívica. As pessoas idosas que têm uma maior escolaridade, mais rendimentos vivem melhor e provavelmente mais devido à janela de oportunidades e possibilidades de escolhas, assim o envelhecimento ativo depende em grande medida do antes e do nosso percurso.

Os termos abordados anteriormente transportam-nos para o termo empowerment (capacitação), significa poder de decisão, autonomia, participação, liberdade de intervir no seu meio, comunidade, rede social. O empowerment das pessoas idosas deve ser encarado como uma janela de oportunidades e como um recurso. Segundo Pinto (2013:57), “Esta reconstrução social implica uma mudança das atitudes sociais não só face ao envelhecimento, mas em relação a muitos aspetos da organização social, como sejam a educação, a vida ativa-trabalho, reformas. Em particular exige uma mudança da imagem dos idosos nos meios de comunicação, nos filmes e na publicidade”.

O Empowerment nas pessoas idosas tem sido conceptualizado em quatro paradigmas, segundo Charpentier e Soulières (cit in Pinto 2013:60):

- ✓ **Empowerment Estrutural:** visa os constrangimentos da estrutura social ao poder dos idosos, como discriminações várias, passíveis de serem alternadas por medidas macrossociopolíticas;
- ✓ **Empowerment dos utentes de serviços e de saúde:** que enfatiza a participação real na definição das necessidades, planeamento dos serviços, poder de decisão e parceria com o pessoal técnico;
- ✓ **Empowerment Tecnocrático:** Centrado na adaptação dos indivíduos e na autonomização dos idosos pelo maior período de tempo possível;
- ✓ **Empowerment Quotidiano:** a nível pessoal na interação com os outros, na definição de escolhas no dia-a-dia dos idosos, em especial nas situações de institucionalização que são mais propensas ao disempowerment.

Globalmente o empowerment é um “processo de reconhecimento criação e utilização de recursos e de instrumentos pelos indivíduos, grupos e comunidades, em si mesmo e no meio envolvente, que se traduz num acréscimo de poder psicológico, sociocultural, político e económico que permite a estes sujeito aumentar a eficácia do exercício da sua cidadania”. (Pinto, 2013)

Com este conceito de empowerment procura-se uma transformação onde cada um é o sujeito da sua ação com uma verdadeira participação no seu projeto, no seu destino, sendo parte integrante da comunidade. Sendo o empowerment um processo contínuo, de mudança nunca segue padrões. (Pinto, 2013)

É com base nestes conceitos que poderemos atingir uma maior qualidade de vida, contudo para efetivar o empowerment é necessário fortalecer e revitalizar a promoção de medidas adequadas.

O envelhecimento acarreta uma carga muito pesada e muitas vezes negativa sobretudo associado à dependência. Contudo neste trabalho queremos destacar a autonomia das pessoas idosas. Segundo Sequeira (2010), a autonomia e a independência são duas situações distintas, a autonomia encontra-se relacionada com a capacidade da pessoa gerir a sua vida, tomando decisões sobre si, a independência encontra-se relacionada com a sua capacidade funcional e desempenho nas atividades básicas da vida diária, assim como, nas atividades instrumentais da vida diária.

Para Faleiros (2013:36), a autonomia significa consciência, capacidade e possibilidade relacional para tomar decisões a respeito de si e da sua relação com o mundo, de forma, interdependente, num contexto sociopolítico-cultural e como sujeito social e político, com expressão da sua voz e respeito por ela. Refere ainda que a autonomia está relacionada simultaneamente com a capacidade funcional e com a vida em sociedade.

Para Albaret (cit in Ribeirinho, 2005:55), a autonomia é a capacidade e/ou o direito que um individuo tem de ele próprio escolher os atos e os riscos que pode correr. A perda de autonomia encontra-se relacionada com a perda de capacidade de decisão, o que leva a questões jurídicas e processos de interdição/inabilitação. Independência segundo Phauneuf

(cit in Ribeirinho, 2005:56), é quando o individuo consegue executar por si só atividade/tarefas e uma serie de comportamentos sem necessitar da ajuda de terceiras pessoas. A dependência é exatamente o oposto é quando um individuo não consegue só por si decidir, nem garantir as suas atividades/tarefas sozinho, necessitando para isso da ajuda de outra ou outras pessoas.

A autonomia deve ser considerada de uma forma mais abrangente sendo relacionada com os direitos, a participação e a inclusão. A relação familiar é fundamental no processo de envelhecimento, o lugar que a pessoa idosa ocupa na família é igualmente reformulado, vendo este o seu papel levar uma transformação menos favorável, devido ao facto de começar a ser visto como uma pessoa com dificuldades e inativo. Nesta fase surge com frequência o isolamento e as dificuldades de quem atravessa este processo adaptativo a se adaptar a esta nova realidade, nomeadamente, a constatação da diminuição do rendimento económico que passa a ser inferior, perdendo assim algum poder de compra que leva a uma situação de desigualdade, perante a restante sociedade e os que se encontram ativos no mercado de trabalho. Todos estes constrangimentos diminuem a autoestima e muitas vezes levam à depressão deste grupo.

O rendimento não adequado à satisfação das necessidades promove a não participação na comunidade e condiciona negativamente o acesso a determinados serviços, aumentando a exclusão. Segundo, Bruto da Costa (1998:22), a exclusão social. “É uma situação de privação de tipo relacional, caracterizada pelo isolamento, e por vezes associada à falta de autossuficiência e autonomia pessoal”.

Atendendo ao aumento da população idosa e às necessidades que vêm surgindo com o envelhecimento deveríamos procurar abordar o processo de envelhecimento em termos de qualidade de vida e de bem-estar. A noção de bem-estar é algo abstrato e subjetivo, esta envolve vários sentidos: desenvolvimento económico, riqueza individual ou familiar, nível de vida, estado de saúde, longevidade individual, serviços médicos, rendimentos ou salários, satisfação de necessidades, satisfação de desejos, entre outras. Como podemos verificar a noção de bem-estar é baseada no que cada pessoa considera de

valor e de satisfatório para si próprio, ou seja, o valor que atribui a cada dimensão da sua vida. (Tamer e Petriz, 2007:196)

O bem-estar não se revela só ao nível individual, sendo de extrema importância o bem-estar social. O bem-estar social é a satisfação global dos indivíduos e da sociedade, este diz respeito à sinergia entre a existência pessoal e à vida social. O conceito de bem-estar social está intimamente relacionado ao funcionamento da sociedade, aos valores e às normas sociais, às relações sociais, às aspirações das pessoas e à satisfação das necessidades fundamentais do homem. (Tamer e Petriz, 2007:196)

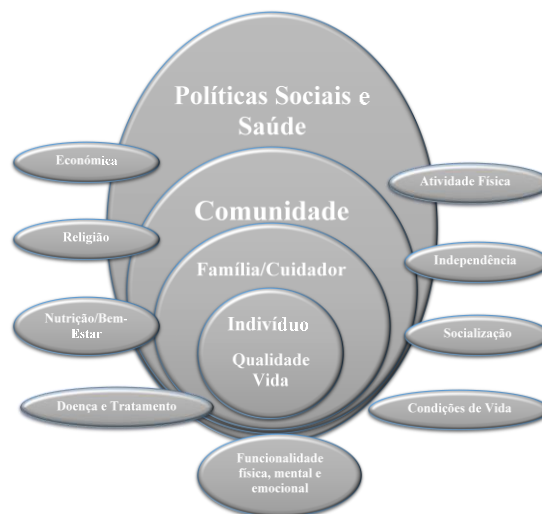
O bem-estar está relacionado com a qualidade de vida. A OMS (2009) concebe a qualidade de vida como uma “ percepção individual da posição na vida, no contexto do sistema cultural e dos valores em que as pessoas vivem, e relaciona com os seus objetivos, expectativas, normas e preocupações.”

“É um conceito amplo e subjetivo que inclui de forma complexa a saúde física da pessoa, o seu estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças e convicções pessoais e a sua relação com os aspetos importantes do meio ambiente”. (Paúl e Ribeiro, 2012:42)

A qualidade de vida deve ser encarada como um processo dinâmico e sistémico, que cria sinergias num processo socioeconómico, cultural e sociopsicológico de produção de valores, positivos e negativos, referentes à vida social de distribuição social desses valores, da percepção social desses valores pela população (Tamer e Petriz, 2007:197).

Assim como foi referido, ter qualidade de vida não significa somente que se tem saúde física e mental, esta é muito mais abrangente, significa estar bem emocionalmente, estar em equilíbrio, pressupõe-se a adoção de estilos de vida saudáveis. Segundo Almeida (2012:145), este conceito é valorativo, integra a percepção que o indivíduo tem de si, da posição que ocupa, no seu contexto, nos valores do sistema. Encontra-se muitas vezes relacionado com a associação que é feita pelo bom relacionamento com a família, com os amigos, a participação ativa na sociedade, em coletividades, da saúde e dos seus hábitos.

Figura 4 - Determinantes da Qualidade de Vida



Fonte: Afonso, A et AL (2012)

Devemos olhar o processo de envelhecimento e espelha-lo na qualidade de vida de vida de cada numa, perspetiva multidimensional, sendo este uma sinergia entre as dimensões de bem-estar físico, Saúde, de habitação de lazer de crescimento emocional, a qualidade de vida, social, económico, das boas condições de s cada um é a forma como o próprio também a perceciona.

CAPÍTULO 2. SISTEMAS DE PROTEÇÃO SOCIAL

1. Evolução da Proteção Social em Portugal

Os sistemas de proteção social têm sido tomados como um dado adquirido. Estes sistemas variam muito com o modelo de estado providência adotado pelos países. Para os que desenvolveram o modelo de estado social as políticas públicas assumem um papel de substituição ou complemento dos mercados, das famílias e das comunidades na proteção contra os riscos sociais. (Mendes, 2011:14)

Os direitos e a proteção das pessoas têm sido uma preocupação do Estado português desde o século XIX. Em 1835, foi criado o Conselho Geral de Beneficência. Este surge com o intuito de ajudar a extinguir a mendicidade, contudo esta medida é conhecida por ter sido implementada, como forma de controlar e manter a ordem pública, a gestão do mercado laboral, mais do que para proporcionar o bem-estar aos mais pobres. (Silva, 2013:17)

Em Portugal, o Estado – Providência emerge com a queda da Monarquia e a instauração do Governo Republicano em 1910. Em 1911 pela primeira vez a Constituição da Republica Portuguesa, no II Título - Dos Direitos e Garantias Individuais, artigo 3º, garante o direito a igualdade social. É nesta altura que surgem os seguros sociais obrigatórios na doença, nos acidentes de trabalho e nas pensões de invalidez, velhice e sobrevivência (Silva, 2013:18). Contudo esta lei não vingou devido a toda a oposição com que foi confrontado e a incompatibilidades políticas.

Em 1926 é instaurado um regime autoritário, ditatorial, que vem dar anos mais tarde origem ao Estado Novo. Em 1929 é criada a Caixa Geral de Aposentações, este foi o primeiro grande sistema de pensões em Portugal, apesar de orientado para os trabalhadores do Estado, para os restantes trabalhadores foi criado em 1933 um esquema de seguros sociais obrigatórios, que cobriam velhice, invalidez e doença. Este é o principal mecanismo de proteção social consagrado na Constituição de 1933. (Silva, 2013:20)

Como a legislação de 1919 não entrou em vigor é a Lei n.º 1884, de 16 de maio de 1935 que acaba por de alguma forma dar início à legislação da previdência social.

Em 1960 que os portugueses vêm alargadas as garantias de proteção social, com a Lei n.º 2 115, de 18 de junho de 1962, cria vários sistemas:

- A Caixa Nacional de Seguros de Doenças Profissionais, assegurava a proteção dos trabalhadores contra o risco da silicose (Decreto – Lei n.º 44 307, de 27 de abril de 1962);
- A Caixa Nacional de Pensões, para beneficiários das caixas de previdência e abono de família protegidos em situação de invalidez, velhice e morte (Portaria n.º 21 546, de 23 de setembro de 1965);
- A Caixa Central de Segurança Social dos Trabalhadores Migrantes, esta assegura as funções de organismo de ligação entre as instituições portuguesas de previdência e as suas semelhantes em outros países aos quais Portugal se encontrava ligado por instrumentos internacionais em matéria de Segurança Social. (Decreto-Lei n.º 46 813, e 30 de dezembro de 1965)

Em 1973, surge a expressão Segurança Social com a constituição do Ministério das Corporações e Previdência Social. (Decreto-Lei n.º 584/73, de 6 de novembro). A segurança social consistia na proteção social de âmbito nacional orientada para a substituição e garantia de rendimentos quando ameaçados, tem uma oferta de serviços assistenciais e de cuidados de saúde, embora não consiga abranger todos e para tal sucede à organização de sua prestação através de instituições particulares. (Mendes, 2011)

Mas foi com a revolução de 1974 e com a Constituição da República Portuguesa de 1976, o Estado passou a ter maior responsabilidade na organização, coordenação e na sustentação do sistema de segurança social. O sistema de Segurança social foi instituído neste contexto Nesta altura procede-se à transferência dos serviços médico sociais da previdência para o setor da saúde, com vista à integração no Serviço Nacional de Saúde que se esperava implementar.

Em 1976 o Estado passou a ter responsabilidades acrescidas na organização e financiamento do sistema de segurança social, com a universalidade do direito de todos os cidadãos à proteção social, como estabelecido na Constituição da República Portuguesa Capítulo III, artigo 63, n.º 1 - todos têm direito à segurança social, no n.º 4 - o sistema de segurança social protegerá os cidadãos na doença, velhice, invalidez, viuvez e orfandade, bem como no desemprego e em todas as outras situações de falta ou diminuição de meios de subsistência ou de capacidade para o trabalho.

A implementação do Estado providência em Portugal deu-se no contexto de crise mundial e na Europa onde o sistema de proteção social, o Estado – Providencia viveu os seus trinta anos de glória. Após os anos de glória no pós-guerra, com altas taxas de crescimento económico, baixo nível de inflação, pleno emprego, surge a crise do choque petrolífero de 1973, com recessão económica, as taxas de desemprego sobem, aqui inicia a história de uma política em torno da manutenção ou não do sistema. Contudo é nesta altura que Portugal alavanca o sistema de segurança social, pese embora anos mais tarde, surjam as mesmas dificuldades que se espelham na quebra do crescimento económico, elevada taxa de desemprego na baixa natalidade, baixa fecundidade, o aumento da esperança média de vida, levando a questionar se este sistema de poderá sobreviver.

2. Moderno Sistema de Proteção: A Segurança Social

Em Portugal há um conjunto de políticas que promovem os direitos das pessoas mais velhas. Estes direitos foi inscritos na Constituição da República Portuguesa, que refere no artigo 72, que o estado deverá promover uma política da terceira idade que garanta a segurança económica das pessoas idosas.

A política da terceira idade deverá ainda proporcionar condições de habitação e convívio familiar e comunitário que evitem e superem o isolamento ou marginalização social das pessoas idosas e lhes ofereçam as oportunidades de criarem e desenvolverem formas de realização pessoal através de uma participação ativa na vida da comunidade.

Os princípios gerais do sistema de segurança social são: o princípio da universalidade, da igualdade, da solidariedade, da equidade social, da diferenciação positiva, da subsidiariedade, da inserção social, da coesão intergeracional, do primado da responsabilidade pública, da complementaridade, da unidade, da descentralização, da participação, da eficácia, da tutela dos direitos adquiridos e dos direitos em formação, da garantia judiciária e da informação.

A Lei de Bases da Segurança Social sofreu alterações em 30 de dezembro de 2013, sendo a Lei n.83-A/2013 de 30 de dezembro que vem alterar a Lei n.º4/2007 de 16 de janeiro que aprova as bases gerais do sistema de segurança social. As alterações incidiram no artigo 63º, as alterações encontram-se relacionadas com a idade normal de acesso à pensão de velhice, sendo esta ajustada de acordo com a evolução dos índices da esperança média de vida. O artigo 64º altera o ano de referência da esperança média de vida, sempre que exista alteração da situação demográfica e da sustentabilidade das pensões, sendo aplicado o novo fator de sustentabilidade no cálculo das pensões futuras.

A segurança social foca-se no modelo do ciclo vital das três idades: a infância/juventude, a adulta e ativa, a velhice e reforma. No que diz respeito à 3ª idade velhice e reforma consente na retirada definitiva da vida ativa com segurança de rendimentos e bem-estar através de esquemas de reforma e do acesso a cuidados de saúde e assistência organizados sob a égide do Estado.

O sistema de segurança social é dividido em três sistemas:

- O previdencial, este garante os direitos dos indivíduos que estão integrados no sistema de trabalho; no caso dos idosos assegura o direito a uma reforma por idade ou por invalidez e complementos por dependência;
- O de cidadania que integra três subsistemas:
 - ✓ Subsistema de ação social;
 - ✓ Subsistema de solidariedade;
 - ✓ Subsistema de proteção social;
- O complementar – Planos Privados

No domínio deste sistema podem ser identificados: o regime previdencial, as pensões e as reformas decorrentes da contribuição para o sistema (direitos dos trabalhadores).

No sistema de cidadania nomeadamente na proteção social os programas de apoio mediante a carência tais como a pensão social e o complemento de dependência. No sistema de ação social estão incluídos a tutela e o apoio financeiro das respostas sociais. No caso das pessoas idosas identificamos as unidades residenciais para Idosos; os centros de dia; convívio; apoio domiciliários.

3. Políticas Sociais da Velhice: Pensões e Respostas Sociais

É unânime que a política social está associada à promoção do bem-estar. O bem-estar refere-se não só a um tipo de instrumento ou arranjo mas a variados arranjos sociais para responder a necessidades individuais, grupais e sociais. O bem-estar provém da intervenção do Estado, mas também do mercado de trabalho, do indivíduo, da sua rede familiar e da ação voluntária, mas deve ser o Estado a ter um papel fundamental. (Carvalho, 2011:2)

No que respeita às medidas de proteção social nas pessoas idosas estas têm vindo a evoluir e a ter cada vez mais um papel de enfoque nas nossas políticas, contudo não deixam de estar aquém daquilo que deveriam poder suprimir no que respeita aos idosos e aos cuidados prestados aos mesmos, quer seja no âmbito familiar quer seja no âmbito institucional. Existe a consciência das vulnerabilidades do sistema de proteção social, atendendo ao fenómeno do envelhecimento demográfico, conjugado com a evolução da natalidade, da mortalidade e dos movimentos migratórios da população.

A vulnerabilidade do sistema encontra-se relacionado com o fato das políticas sociais para as pessoas ais velhas serem tendencialmente mais caras dado o número de beneficiários, a sua maior longevidade, o aumento da dependência e agravamento de estados de saúde. (Mendes 2011:17)

Nesta área existem três tipos de medidas: prestações sociais; as respostas sociais que se subdividem em serviços e em equipamentos; programas e medidas que são transversais ou específicos. Cronologia da evolução das respostas sociais em Portugal. Várias medidas foram sendo implementadas como garantia dos direitos das pessoas idosas, como podemos verificar no quadro que se segue:

Quadro 4 - Cronologia da evolução das respostas sociais em Portugal

Década de 70	Criação de Centros de Dia e Centros de Convívio
1976	Declaração da Política de Terceira Idade
1976	Universidade de Terceira Idade de Lisboa - UTIL
Década de 80	Criação de Serviço de Apoio Domiciliário
1988	Criação da “Comissão Nacional para a Política da Terceira Idade” (CNAPTI)
Década de 90	Criação do Serviço de Apoio Domiciliário Integrado
1991/1993	Programa “Apoio Comunitário às Pessoas Idosas”
1994	Programa “Apoio Integrado a Idosos” (PAII)
1995	Programa “Turismo para a Terceira Idade”
1995	Programa “Saúde e Termalismo”
1997	Programa “PILAR”
1998	Unidade de Apoio Integrado
2004	Programa para a “Inclusão e Desenvolvimento” PROGRIDE
2006	Criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados” RNCCI
2007	Programa “Conforto Habitacional para Pessoas Idosas” PCHPI

No que respeita às medidas de proteção social nas pessoas idosas estas têm vindo a evoluir e a ter cada vez mais um papel de enfoque nas nossas políticas, contudo não deixam de estar aquém daquilo que deveriam poder suprimir no que respeita aos idosos e aos cuidados prestados aos mesmos, quer seja no âmbito familiar quer seja no âmbito

institucional. Existe a consciência das vulnerabilidades do sistema de proteção social, atendendo ao fenómeno do envelhecimento demográfico, conjugado com a evolução da natalidade, da mortalidade e dos movimentos migratórios da população.

O sistema de cidadania deve o seu nome ao fato de neste sistema todos os contribuintes são financiadores deste sistema, sendo o mesmo dirigido a grupos vulneráveis que se encontram fora do sistema previdencial. Com base neste sistema e nos seus subsistemas de solidariedade e ação social, estes promovem mecanismos financeiros e respostas sociais que procuram a inclusão dos idosos.

Ao nível das prestações sociais existem: pensão de velhice; pensão social de velhice e de invalidez; pensão de sobrevivência; pensão de viuvez; complemento por dependência; complemento solidários de idosos; complemento por cônjuge a cargo.

Quanto às respostas sociais não lucrativas em 2014 representam 74,1% do total de respostas sendo as lucrativas de 25,9%, existindo um número significativo de entidades privadas a colmatar as necessidades existentes, visto o Estado não ter capacidade para o poder proporcionar. Neste domínio a economia social tem um peso bastante fulcral na proteção social.

Ao nível das respostas sociais existem: Lares/Estrutura residencial para idosos/Residência assistidas; Centro de Dia; Centro de Convívio; Centro de Noite; Serviço de Apoio Domiciliário; Acolhimento Familiar.

As respostas dirigidas às pessoas idosas entre 2000 e 2014 tiveram um aumento de 5000 para 7300 respostas (Carta Social, 2014).

A maior parte dos cuidados prestados às pessoas idosas é realizado por instituições particulares de solidariedade social. A generalidade destas instituições realizam a sua intervenção nas áreas sociais com relevância para as pessoas idosas através de equipamentos sociais. As instituições passaram a ter visibilidade depois de passarem a uma ação de assistência social para passarem a estar inseridas no sistema de proteção social. (Carvalho, 2011:19:20). Em 2015 havia cerca de 4754 Instituições Particulares de Solidariedade Social.

As políticas sociais de velhice têm-se caracterizado pela fragmentação e por se dirigirem a um grupo de pessoas com múltiplas carências onde se identificam situações de dependência e pobreza. O estado alavanca o discurso de que os recursos são insuficientes, que o sistema de Segurança Social e de Saúde se encontram em decadência.

O aumento dos idosos e a reconfiguração das políticas públicas traz consigo desafios para o atual modelo de proteção social. Este aumento da população idosa coloca em risco o sistema público de proteção social, estando a ser substituída a responsabilidade do Estado na ação social pelas ações das instituições de solidariedade social.

É emergente continuar a promover os direitos das pessoas e reivindicar a proteção, o acesso a serviços e a integração das pessoas mais velhas na sociedade.

A futura política social deve reunir esforços e responder a novos desafios (Arca, 2007:279):

- ✓ Fazer compreender socialmente que a velhice é mais uma etapa da vida,
- ✓ Estabelecer redes de coordenação entre serviços sociais e de saúde dirigidos ao idoso;
- ✓ Proporcionar mais informação e formação sobre o processo de envelhecimento;
- ✓ Apoiar o desenvolvimento da investigação nestas áreas;
- ✓ Reforçar as ajudas tendentes a deixar mais tempo livre aos prestadores de cuidados;
- ✓ Facilitar a compatibilidade entre as tarefas dos prestadores de cuidados familiares e os trabalhadores externos;
- ✓ Fomentar e garantir o sistema de pensões a longo prazo;
- ✓ Criar mais serviços públicos residenciais;
- ✓ Fomentar, nas imediações da área residência, ou seja, ao nível municipal, a criação de políticas educativas e culturais semelhantes às que existem para os jovens.

CAPÍTULO 3. GESTÃO DE RESPOSTAS SOCIAIS

1. Conceitos

Ao falarmos em gestão abordamos “um processo de se conseguir obter resultados, bens ou serviços com o esforço dos outros”. (Teixeira, 2005)

A gestão pressupõe a existência de uma organização. Para Bilhim (2001), as organizações são unidades sociais, coordenadas, delimitadas que funcionam de forma contínua com vista á realização de objetivos. O termo organização vem do grego “*organon*”, que significa utensílio. As organizações podem ser constituídas por grupos de duas ou mais pessoas, havendo entre elas uma cooperação que exige a coordenação formal de ações, sendo o objetivo atingir as metas predefinidas.

Independentemente da definição qualquer organização tem por base os seguintes requisitos:

- O agrupamento humano (pelo menos duas pessoas)
- Objetivos temporais (traçados e assumidos com coordenação de atividades e meios)
- Diferenciação de funções, papéis e estatutos (trabalho conjunto e coordenado)
- Continuidade no tempo
- Lógica de sistema aberto (visão sistémica em que a organização é vista como um sistema aberto integrado num sistema maior que é o seu ambiente).

As estruturas organizacionais constituem um conjunto de variáveis complexas, sobre as quais os administradores e gestores fazem escolhas e tomam decisões. É definida a forma como as tarefas devem estar destinadas, sendo especificado a hierarquia estando pré-definidos os mecanismos formais da coordenação e controlo.

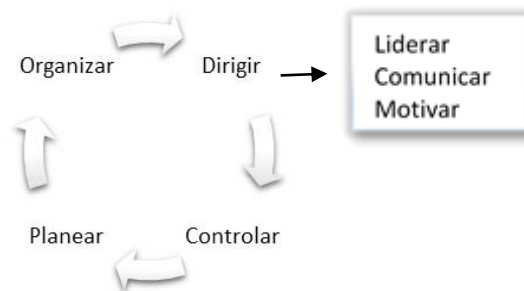
A gestão é uma palavra que vem do latim “gestio”, significa ação de gerir, administrar, governar, etc. O conceito de gestão refere-se à ação e ao efeito de gerir ou de administrar, é um processo de planear, organizar liderar e controlar.

As teorias da gestão da organização têm como objetivo:

- a) Consciencializar o ambiente empresarial;
- b) Guiar as decisões da administração;
- c) Dar forma à nova visão das organizações; são fonte de novas ideias.

Segundo Teixeira (2005) podemos observar as funções da gestão da seguinte forma:

Figura 5 - Funções da Gestão



Fonte: Adaptado de Teixeira (2005)

A gestão pode ser vista com base em três perspetivas:

- Estrutural
- Humana
- Integrativa

A perspetiva estrutural engloba as teorias de gestão científica, a escola clássica, a teoria da burocracia e a teoria da decisão além da teoria organizacional anterior a 1900.

A perspetiva humana surgiu para atuar na insatisfação dos trabalhadores, aborda as relações humanas, as dinâmicas de grupo e as teorias de liderança.

A perspetiva integrativa como o próprio nome indica, integra as duas perspetivas a estrutural e humana. Esta perspetiva aborda a teoria dos sistemas, da contingência e faz uma abordagem aos papéis desempenhados pelos gestores.

Antes das organizações serem analisadas de forma científica já o eram de forma empírica. Já nas civilizações egípcias, se verifica a importância da organização, através do planejar, organizar e controlar nos 4000 anos A.C. Contudo as referências ao que se enuncia como princípios de gestão encontra-se nas obras economistas clássicas liberais, como é o

caso de Adam Smith com o Livro Riqueza das Nações em 1776. Temos ainda Platão com a obra a República, sendo esta uma forma democrática do governo na administração dos negócios e divisão do trabalho. Aristóteles com a obra Organón, que se debruça sobre a organização do estado. René Descartes, com a obra o Discurso do Método.

É a partir do início do século XX que os princípios da gestão começam a ser formulados com carácter de independência em relação às outras áreas de conhecimento.

Todo o modelo de gestão tem por base uma estratégia, esta é o caminho escolhido para alcançar os objetivos. A estratégia é a formulação de um plano que reúne de forma integrada, os objetivos, as políticas e ações da organização com vista a alcançar o sucesso. (Freire, 1997)

2. Teorias da Gestão Moderna

As organizações passaram a ser analisadas cientificamente, no contexto de grandes transformações sociais, económicas, culturais e políticas. Estas mudanças tiveram grande impacto no funcionamento interno das organizações. Um dos primeiros autores foi Taylor e depois Fayol, seguidos por muitos outros.

Quadro 5 – Quadro das principais teorias da gestão

Teoria	Conceito	Autores
Sistema Fechado (1900-1930)	Actor Racional	Frederick Taylor (escola de administração científica, estudo científico do trabalho, especialização e standardização das tarefas, eficiência e controlo)
		Henri Fayol (Escola dos princípios de administração. Autoridade formal, estrutura administrativa, unidade de comando, objetivos, funções e tarefas)
		Max Weber (Escola Burocrática, administrar por normas escritas para obter maior eficiência)
		Chester Barnard (Transição para a teoria Humanista, gestores devem ser motivadores)
		Philip Selznick (Valorização da cultura, liderança, valores e comportamentos)
		Elton Mayo (Escola Humanística, experiências de

Sistema Fechado (1930-1960)	Ator	Hawthorne, testa os efeitos das condições de trabalho sobre a produtividade)
	Social	Mc Gregor (Teorias sobre a natureza humana, teorias de X e Y com duas visões na forma de encarar e de dirigir os trabalhadores)
Sistema Aberto (1960-1970)	Ator	Peter Drucker (Administração por Objetivos Enriquecimento das doutrinas clássicas com os contributos de outras escolas: Humanísticas, Matemática, Sistémica, entre outras.
	Racional	Herbert Simon e J. Lorsch (Escola Comportamental Behaviorista)
		Alfred Chandler (Ciclo de vida das estruturas organizacionais)
		Joan Woodward e Charles Perroux (Correlação entre as tecnologias e o funcionamento das organizações)
Sistema Aberto Social (1970)	Ator Social	K. Scott (O ator racional é suplantado pelo social com fraquezas e limitações)
		Karl Weick (Escola Sociocognitiva. As organizações são construções sociais que emergem dos processos sociocognitivos)
		James March (Conceções probabilísticas da decisão)
		Michel Crozier, Jeffrey Friedberg, Henry Mintzberg e Gerald Salancick (Abordagem Política. O poder nas organizações emerge com uma variável explicativa do funcionamento das organizações. As configurações estruturais são determinantes do exercício do poder
		Paul Lawrence e Jay Lorsh (Abordagem contingencial. O funcionamento das organizações com as suas estruturas, desenho organizacional, normas, decisão, liderança, é objeto de um processo de adaptação e de reação sistemático às contingências do ambiente externo.

Fonte: Almeida e Rolo (2000), Teixeira (2005), Ferreira et al (1996); Matos e Pires (2006)

Do quadro apresentado destaca-se a abordagem clássica com uma perspetiva estrutural, baseando as suas teorias na gestão científica, nos princípios administrativos, numa organização burocrática. Esta abordagem contou com as teorias de Fayol e Max Weber (burocracia), muito concentrada na tarefa e na racionalização do trabalho operacional. O surgimento das primeiras empresas trazem consigo preocupações com as técnicas de produção e com algumas condições de trabalho. Aqui desenvolveu-se uma

perspetiva mecanicista, com base numa visão racional e científica focada na eficiência das organizações.

Posteriormente as abordagens humanistas com Chester, Philip, Elton, Mc Gregor, centravam-se mais na preocupação com as pessoas, nos movimentos das relações humanas, os comportamentos, motivação e liderança e dinâmicas de grupo. Esta abordagem dá maior enfoque à compreensão do comportamento das necessidades e das atitudes das pessoas, visando gerir os fatores psicológicos e sociais no trabalho para aumentar a produtividade e o bem-estar.

A perspetiva integrativa traz consigo a gestão de quantidade e qualidade. Teoriza a teoria dos sistemas, a teoria contingencial e da qualidade total. Tal como o nome indica integrativa enquadra a gestão quantitativa que dá grande importância aos dados e informação, técnicas de análise, sendo de pouca relevância as relações humanas. No que respeita à teoria dos sistemas, as organizações são sistemas abertos, caracterizados por entropias, sinergias e interdependência de subsistemas.

A teoria contingencial debruça-se sobre a resolução de problemas com sucesso, esta vai depender das situações e de como o gestor identifica e avalia cada situação. Esta teoria defende que situações diversas requerem práticas distintas. Não existe um desenho organizacional ótimo, uma forma de organizar única ou melhor, existe sim a procura de um ajustamento das respostas organizacionais em função dos fatores contextuais. Ao nível da qualidade, os principais elementos desta são o envolvimento de todos os membros da organização, a orientação para o cliente e a comparação com outras organizações, com base numa melhoria contínua. Como sabemos a definição de qualidade é complexa e multidimensional, não existindo uma definição única e definitiva.

A perspetiva contemporânea define que uma organização em aprendizagem é uma organização onde os seus membros procuram identificar e resolver problemas. A organização é proactiva em experimentar, melhorar, mudar, aprender, crescer e atingir os seus objetivos. O ênfase é colocado na resolução de problemas que satisfazem um cliente

em particular. A estrutura baseia-se em equipas, a delegação de poder e a partilha de informação e de conhecimento.

3. As Instituições de Solidariedade

As organizações de solidariedade fazem parte do terceiro setor, este é um setor muito heterogéneo, reveste-se de importância para as economias nacionais e europeias e constitui segundo o parecer do Comité Económico e Social (1997), como um fenómeno complexo e difícil de delimitar. O terceiro setor é composto por associações, fundações, cooperativas, clubes, colégios, mutualidades, entre outros, estas são organizações da sociedade civil sem fins lucrativos.

Em Portugal há muitos anos tem-se vindo a desenvolver algumas experiências com características de economia social, como por exemplo, a realização do Congresso das Cooperativas em 1894 com reivindicações ao nível dos direitos laborais, influenciado pelas ideias sociais da época.

Contudo é nos anos 70, do século XX, que o 3º setor começa a ganhar força e a emergir como um setor que vem suprir lacunas existentes por um lado do Estado devido aos seus limites e do setor privado que visa o lucro. É num contexto de pós ditadura militar, que começam a emergir diversos problemas sociais e ambientais, vindo o terceiro setor colmatar algumas destas necessidades.

Em 1976 a Constituição da República Portuguesa passou a reconhecer o setor cooperativo, a par do setor público e privado. O 3º setor identifica-se com entidades solidárias que tem objetivos sociais, o apoio a grupos e indivíduos. Com base nesta intervenção social realizam-se diversas atividades, existindo uma série de projetos de intervenção social quer ao nível nacional quer europeus.

A Lei de Bases da Economia Social, segundo decreta a Assembleia da República nos termos da alínea c) do artigo 161º da Constituição, a definição de economia social é o conjunto das atividades económicas-sociais, livremente levadas a cabo pelas entidades que

integram a economia social. As suas atividades têm por finalidade prosseguir o interesse geral da sociedade, quer diretamente quer através da prossecução dos interesses dos seus membros, utilizadores e beneficiários quando socialmente relevantes. Estas instituições encontram-se a preencher um espaço relacional entre Estado, mercado e comunidade.

A economia social tem vindo assim a ocupar um lugar de destaque no sistema de proteção social em Portugal, os princípios básicos destas organizações são fundamentalmente:

a) Adesão voluntária e livre, ou seja, a adesão estar aberta a todos aqueles que correspondam aos critérios e aceitem as condições, mas não ser obrigatória;

b) Gestão democrática e participativa pelos membros e uma gestão autónoma e independente procurando a conjugação entre os interesses dos membros e os interesses gerais da sociedade;

c) Ausência de finalidades lucrativas; o que não significa que as empresas não devam ser eficientes com vista a angariarem os fundos necessários à prossecução dos seus objetivos;

d) Autonomia face ao Estado e às pessoas jurídicas de direito público.

O que distingue as empresas de economia social é o “primado do objeto social sobre a maximização do lucro... e a satisfação de necessidades que os outros setores da economia não podem satisfazer por si só. A economia social apresenta-se como um pólo de utilidade social multidimensional, proporcionando:

i) Coesão social (integração laboral de pessoas e regiões e pessoas desfavorecidas e reforço da cultura democrática);

ii) Desenvolvimento local e regional (revitalização das economias das áreas rurais, de regiões industriais em declínio e reabilitação e revitalização de áreas urbanas degradadas);

iii) Inovação (identificação e resposta a novas necessidades sociais, aspeto bem patente nas medidas precursoras de segurança social das sociedades mútuas e de

benevolência do século XIX, mas também na conceção e disseminação de novas ideias de governação institucional – inovação social);

- iv) Emprego (regulação dos desequilíbrios do mercado de trabalho).

As instituições que se agrupam na economia social têm um papel de extrema relevância ao preencherem algumas lacunas do Estado, no que respeita às respostas sociais adequadas às necessidades concretas da população. Estas instituições desenvolvem a sua atividade no âmbito destes quatro principais domínios:

- i) No âmbito da segurança social apoio a: crianças e jovens, família, apoio à integração social e comunitária e proteção dos cidadãos na velhice e invalidez e em todas as situações de falta ou diminuição de meios de subsistência ou de capacidade para o trabalho;

- ii) No âmbito da Proteção na Saúde: promoção e proteção da saúde, nomeadamente através da prestação de cuidados de medicina preventiva, curativa e de reabilitação;

- iii) No âmbito da Educação: educação e formação profissional dos cidadãos;

- iv) No âmbito da Habitação: resolução dos problemas habitacionais das populações.

O Estado tem um papel importante no desenvolvimento do seu relacionamento com as instituições, assim este deve estimular e apoiar a criação e a atividade das entidades da economia social. Garantir que existe um princípio de cooperação, no planeamento e desenvolvimento dos sistemas sociais e públicos, que existe capacidade material, humana e económica, otimização de recursos. Assegurar a supervisão e garantir uma relação transparente entre as instituições e os seus membros e garantir uma relação estável com as instituições.

Segundo o Comité de Económico e Social (1997), o terceiro setor a parte da economia em que o interesse participativo dos cidadãos se exprime de maneira mais direta,

não é mediado por interesses económicos privados ou ligados a intervenção estatal. A atividade das organizações de solidariedade tem por alvo um público geral, sendo os beneficiários pessoas atingidas por determinada perda social, necessitando de ajuda social temporária ou permanente. Os serviços não são prestados com base em fins lucrativos próprios.

A função das organizações de solidariedade não é apenas prestar serviços sociais, é colaborar com o voluntariado que elas revelam a sua filiação no diálogo com o cidadão. O conceito de subsidiariedade ganha vida sob muitas e variadas formas: grupos de ajuda mútua, ajuda a vizinhos, leigos, atividade honorária de assistência, em paróquias e associações seculares.

Em todos os Estados Membros da União Europeia existem organizações de solidariedade, estas desempenham um papel importante na proteção social, na qualidade de:

- Defensores de direitos sociais;
- Advogados dos desfavorecidos e das vítimas da exclusão social;
- Multiplicadores dos empenhamentos sociais voluntários;
- Foros de progresso sociopolítico;
- Transmissores de inovações, no desenvolvimento das ajudas sociais;
- Uniões representativas e com estatuto democrático de filiados em associações ou organizações com estatuto semelhantes;
- Instituições de utilidade pública e sem fins lucrativos, infraestruturas de estabelecimentos e serviços sociais

A economia social defronta diversos desafios, pese embora estes desafios sejam uma boa oportunidade para passar a encarar as instituições de uma forma mais eficiente e eficaz, através de uma gestão a sustentabilidade e profissionalizante. A necessidade de ser sustentável leva a um maior e melhor planeamento das atividades com previsão dos seus resultados positivos de forma a poder fazer face a contingências normais

decorrentes da atividades. Melo (2011:6) argumenta que *“uma Organização Não Governamental com alto grau de profissionalização reúne características como: complexa divisão do trabalho, subdividida em diversas áreas de atuação; alto grau de escolaridade de seus dirigentes; alto nível de especialização nas atividades desenvolvidas; uma divisão de tarefas administrativas mais rígida e burocratizada; pirâmide hierárquica consolidada e articulada dentro de um sistema eficaz de comunicação e relação entre os membros de seus diferentes estratos; relações de trabalho não reduzidas apenas a relações primárias de sociabilidade; flexibilidade dentro de uma rede de cooperações; estratégias de planeamento para uma atuação futura de entidade, dinâmica de avaliação do trabalho interno...”*. Através desta profissionalização seria abandonada a ideia de que estas instituições são na sua maioria compostas por voluntários.

Estas instituições podem diferenciar-se pela capacidade de inovar, pela qualidade dos serviços prestados, pelo seu pessoal qualificado, pela sua capacidade de planejar, organizar, executar, dirigir e avaliar, motivar, liderar e comunicar. A sua capacidade de inovar procurando sempre prestar serviços qualificados e adequados as necessidades da atualidade.

PARTE 2. PROJETO PROFISSIONAL

“ A pessoa idosa é um sujeito de político de direitos implicado na e pela estruturação económica, familiar, social, política e nas dimensões pessoais e biológicas. A estruturação social e política vincula-se às relações de poder e culturais, expressas, inclusive, nas relações em redes sociais diversificadas como as religiosas, as de amizade, as de lazer, mas com os seus valores e símbolos.”

Vicente de Paula Faleiros (2013:44)

CAPÍTULO 4. SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE LISBOA - RESIDÊNCIA ASSISTIDA

1. A Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

A Santa Casa da Misericórdia de Lisboa é uma pessoa coletiva de direito privado e utilidade pública administrativa. Esta rege-se pelos seus estatutos, pelas normas que lhe sejam especialmente aplicáveis e não contrariem os estatutos e pela lei civil. Atua na área do município de Lisboa, podendo alargar a sua atividade a outras áreas do território nacional para a realização dos seus fins estatutários. (Decreto-Lei n. 235/2008 de 3 de Dezembro: artigo 1º e 3º)

A Santa Casa da Misericórdia de Lisboa foi fundada em 1498, tem vindo a procurar desde sempre a melhoria do bem-estar da pessoa no seu todo, principalmente dos mais desprotegidos. É fundamentalmente conhecida pela sua Ação Social e por ser a entidade que assegura a exploração dos jogos sociais do Estado em Portugal. Contudo sendo também de extrema importância o trabalho que é desenvolvido nas áreas da saúde, educação e ensino, cultura e promoção da qualidade de vida. Intervém também no apoio e realização de atividades para a inovação, qualidade e segurança na prestação de serviços e na promoção de iniciativas no âmbito de economia social.

Com 517 anos a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa foi a primeira misericórdia a surgir em Portugal. A rainha D. Leonor instituiu uma Irmandade de Invocação a Nossa Senhora da Misericórdia, com “Cem homens de boa fama e sã consciência e honesta vida”, assumindo o compromisso de apoiar os mais desfavorecidos e levar a cabo as 14 Obras de Misericórdia:

7 Espirituais e orientadas para questões morais e religiosas

- Ensinar os simples
- Dar bom conselho
- Corrigir com caridade os que erram
- Consolar os que ofendem
- Perdoar os que nos ofendem
- Sofrer as injúrias com paciência
- Rezar a Deus pelos vivos e pelos mortos

7 Corporais relacionadas com preocupações materiais

- Remir os cativos e visitar os presos
- Curar e assistir os doentes
- Vestir os nus
- Dar de comer a quem tem fome
- Dar de beber a quem tem sede
- Dar pousada aos peregrinos
- Sepultar os mortos

Dos estatutos aprovados através do Artigo 4.º do Decreto-lei n.º 235/2008, de 3 de Dezembro, importa ressaltar, que *“A Santa Casa da Misericórdia de Lisboa tem como fins a realização da melhoria do bem-estar das pessoas prioritariamente dos mais desprotegidos, abrangendo as prestações de ação social, saúde, educação e ensino, cultura e promoção da qualidade de vida, de acordo com a tradição cristã e obras de misericórdia do seu*

compromisso originário e da sua secular atuação em prol da comunidade, bem como a promoção, apoio e realização de atividade que visem a inovação, a qualidade e a segurança na prestação de serviço e ainda o desenvolvimento de iniciativas no âmbito da economia social.”

A Santa Casa da Misericórdia de Lisboa ao longo dos seus mais de cinco séculos de existência tem tido a preocupação e tem procurado a inovação para se manter na vanguarda do combate à pobreza e à exclusão social. Esta procura espelha-se em particular na dinâmica que sempre foi implementada às suas ações inovatórias e de elevada qualidade, comumente reconhecidas pelas pessoas apoiadas e pela própria comunidade. As dinâmicas sociais impõem hoje respostas diversificadas e mais abrangentes aos problemas em permanente mutação.

Exige-se à Santa casa da Misericórdia de Lisboa que realize intervenções que promovam a autonomia e a plena integração das pessoas através da eliminação dos fatores que impossibilitem o indivíduo de gerir a sua pessoa e de exercer plenamente os seus direitos. Visando a realização dos direitos de cidadania à luz da Declaração Universal dos Direitos do Homem e, em contexto de mudança, é imprescindível que as organizações sejam mais eficazes nos fins a alcançar, gerindo de forma parcimoniosa os meios colocados à sua disposição, mas também que as intervenções sociais sejam mais dinâmicas e criativas em permanente adequação às necessidades sociais. Assim é imprescindível proceder-se à modernização dos processos de funcionamento e das metodologias de intervenção de forma a acompanhar as novas realidades sociais e combater os efeitos nefastos que delas advenham, mantendo-se assim na vanguarda das intervenções sociais.

2. Intervenção do Serviço Social com Pessoas Idosas

O Serviço Social é uma profissão de intervenção e uma disciplina académica que promove o desenvolvimento e a mudança social, a coesão social, o empowerment e a

promoção da Pessoa. Os princípios de justiça social, dos direitos humanos, da responsabilidade coletiva e do respeito pela diversidade são centrais ao Serviço Social. Sustentado nas teorias do serviço social, nas ciências sociais, nas humanidades e nos conhecimentos indígenas, o serviço social relaciona as pessoas com as estruturas sociais para responder aos desafios da vida e à melhoria do bem-estar social. (Federação Internacional dos Assistentes Sociais)

A profissão de Serviço Social inclui a promoção da mudança social, do desenvolvimento social, da coesão social, do empowerment e a liberdade, reforço da capacitação e da emancipação das pessoas. O Serviço Social é uma profissão e uma disciplina científica que reconhece que a interação entre os fatores históricos, culturais, espaciais, políticos e socioeconómicos e os fatores pessoais/individuais, pode funcionar quer como uma oportunidade ou como barreiras na promoção do bem-estar e do desenvolvimento humano. (Federação Internacional dos Assistentes Sociais, 2014)

O Serviço Social procura o respeito, a ética, moral, deontologia, princípios, valores do ser humano, assim como, vê a pessoa digna e plena de direitos. Sendo o Serviço Social uma disciplina científica, tem como “objecto de acção a cidadania, e como objectivo intervir na realidade social, melhorando as condições de vida dos indivíduos e grupos, capacitando-os para a mudança social, de modo, a aumentar o seu bem-estar social, tendo como base uma ética inscrita nos valores e nos direitos humanos, respeitando as diferenças, exercitando práticas sociais não opressivas e emancipadoras, potenciadoras da participação social” (Carvalho, 2012:24).

A intervenção em Serviço Social é sempre em populações heterogéneas, tendo por base problemáticas muito complexas e dimensionais, o que requer um conhecimento prático, teórico e global.

Para Ribeirinho (2013:179) “O objeto de intervenção do Serviço Social no campo da velhice é a pessoa idosa (individual ou coletivamente) que, em interação com o meio concreto, vive uma situação determinada como necessidade ou como desejo de a melhorar e que quer superar e desenvolver a sua funcionalidade social, cooperando na transformação

da situação, das circunstâncias que a geraram, e, sobretudo, desenvolvendo as suas potencialidades numa perspetiva positiva”.

A Declaração Universal sobre Bioética e direitos Humanos (UNESCO, 2005), define uma panóplia de princípios e constitui-se como um documento fundamental para a intervenção no campo da gerontologia, destacamos os princípios que se referem ao respeito pela dignidade humana, proteção dos direitos e liberdades, prevalecendo o bem-estar do indivíduo. Assim como os princípios da autonomia e da responsabilidade individual, do consentimento informado, da integridade, da proteção da sua vida privada, devem ser alvo de especial atenção, sobretudo nos casos das pessoas idosas em situação de maior dependência e vulnerabilidade. (Ribeirinho, 2013)

A intervenção social centrada na pessoa idosa, leva a um conhecimento do processo de envelhecimento, neste grupo de intervenção tão heterogéneo, assim existem vários níveis que devem ser abordados: o individual, o grupal, o comunitário e em rede. Para tal conhecimento é necessário que vários olhares e saberes se cruzem, atendendo a que é um processo sistémico, as equipas de trabalho devem desenvolver a sua intervenção com base na transdisciplinaridade.

Na intervenção gerontológica o papel do assistente social “é o de promover a integração social e pessoal do residente no meio de convivência da instituição, assim como potenciar a manutenção e o reforço dos laços existentes com a sua família e comunidade” (Ribeirinho, 2013:190).

Os princípios da intervenção do serviço social junto das pessoas idosas são (Ribeirinho, 2013:180):

- A pessoa idosa tem de ser valorizada como sujeito ativo na construção do seu quotidiano e do seu projeto de vida, as suas necessidades e preocupações devem ser valorizadas e a sua opinião ouvida e respeitada. Também devem ser respeitados os seus hábitos, costumes, crenças e formas de estar, como os seus valores socioculturais;

- É garantido o sigilo profissional e a confidencialidade;

- A pessoa idosa tem o direito a ser informada sobre os seus direitos e deveres, enquanto beneficiária dos serviços de ação social e de saúde;
- Cada situação é objeto de uma avaliação circunstanciada, definindo-se com a pessoa idosa e sua família um plano de cuidados personalizado/individualizado, de carácter preventivo e reabilitador;
- Esse plano de cuidados tem como objetivo assegurar uma maior qualidade de vida e com maior autonomia possível, favorecendo a autoestima e garantindo a dignidade da pessoa idosa;
- A pessoa idosa recebe apoio mais adequado à sua situação, devem os serviços organizar-se em função das suas necessidades específicas;
- Os profissionais têm em conta a rede informal da pessoa idosa e colaboram com ela, informando-a sobre as suas competências.

Nesta área os assistentes sociais desenvolvem a sua intervenção em vários contextos: lares, residências, centros de dia, serviços de apoio domiciliário, autarquias, famílias, contextos comunitários, segurança social, área da saúde, hospitais, centros de saúde, associações de cultura e lazer, etc.

Figura 6 - Funções do Serviço Social Gerontológico



Fonte: Adaptado de Ribeirinho (2013)

A intervenção do serviço social procura a promoção da qualidade de vida das pessoas idosas, a promoção da partilha com a família, a defesa dos seus direitos e

continuidade na comunidade como pessoas plenas de direitos, o acesso aos serviços e diminuição das injustiças sociais.

Contudo é junto das pessoas idosas, familiares e prestadores de cuidados que se pode fomentar e implementar mudanças que venham visar uma maior e melhor prestação de cuidados e serviços. É na realidade esta busca que procuramos, a melhoria, a satisfação, a qualidade das pessoas idosas, das suas famílias, mas também procuramos a satisfação e realização de quem diretamente proporciona diariamente os cuidados, só perspetivando neste todo da procura de um serviço melhor e de qualidade, podemos obter uma mudança que irá ter impacto na sociedade e irá produzir uma mudança de mentalidades e de cultura geracional.

Com base no contexto social e nos modelos de envelhecimento, a intervenção é desenvolvida tem por base os seguintes modelos de intervenção:

- **Sistémico** – A perspetiva sistémica considera que os diferentes sistemas interagem e co-evoluem. O Modelo sistémico implica intervenção na promoção da mudança e esta é feita de uma forma integradora, onde se desenvolve uma componente biopsicossocial. O sistema é interação global, de todos os aspetos e interdependências da vida dos residentes. Este modelo defende uma relação de todo, de causalidade circular na compreensão dos problemas, tendo em conta os fatores envolventes de vida dos residentes, o grupo e comunidade.

- **Ecológico** – O modelo Ecológico encontra-se relacionando com o sistémico, na medida em que este situa o sujeito em contante relação com o seu contexto, buscando uma intervenção sustentável, ao nível do relacionamento com ambientes saudáveis, numa rede de relações pessoais, sem as quais não se compreenderá os seus comportamentos, atitudes e valores. O modelo ecológico procura desenvolver atividades saudáveis no meio ambiente, na preocupação em respeitar o ambiente, através deste modelo, promove-se atividade com base na reciclagem, na estimulação de debate sobre a necessita de preservar o meio ambiente, atividades de estimulação física em meio exterior, passeios, preocupação e cuidados com os animais, como por exemplo cuidados a realizar com os pássaros,

desenvolver atividades como o cultivo (horta, flores, etc.). Procuramos desenvolver a intervenção e proporcionar oportunidades para a realização de diversas atividades com base neste modelo. (Pinto, 2014)

- Redes Sociais – A rede social encontra-se intrinsecamente ligada a sistemas e a teorias ecológicas, estes são importantes porque se preocupam com as ligações entre sistemas e dentro deles. Nas redes sociais as pessoas são os pontos e os diferentes tipos de relações são as ligações entre eles (Payne, 2014). Na rede social, o foco é o número de redes que a pessoa tem, quantas mais redes mais qualidade a pessoa tem. O desenvolvimento de redes sociais permite as pessoas, famílias e comunidades responsabilizarem-se mutuamente uns pelos outros e estabelecerem capital social para os grupos sociais. (Payne, 2014). A rede social é fundamental e ao nível do residente temos três grupos de rede, o primeiro são as relações pessoais e íntimas com terceiros, o segundo é a ligação a pessoas com quem comunica mais esporadicamente, inclui amigos, vizinhos, ou a comunidade com quem se tem menor afinidade, o terceiro grupo são as ligações que mantém com instituições.

Com estes modelos procura-se uma intervenção holística, que aborda o indivíduo como um sistema em constante mudança e em constante interação com o meio (rede e ambiente).

3. Residência Assistida – Locus da intervenção social

As residências assistidas catapultam-se como uma resposta social promissora e que ainda se encontra num progressivo conhecimento. Esta é uma resposta social já bastante desenvolvido nos Estados Unidos da América e em alguns países da Europa. Portugal vê surgir esta resposta no início do século XVII com os Recolhimentos da Capital, estes eram equipamentos oficiais constituídos em casas conventuais ou senhoriais de

reconhecido interesse arquitetónico e cultural, cujo objetivo era é o acolhimento em habitação de pessoas idosas.

Esta resposta social de residência assistida dirigida às pessoas mais velhas, pretende combater as necessidades dos idosos que são relacionadas com habitação, e pequenas perdas da sua funcionalidade, é uma alternativa aos sistemas de proteção social de seniores existentes, que se encontram caracterizados como pouco dinamizadores, no que respeita à independência e dignidade do idoso.

Em Portugal as residências assistidas vão sendo implementadas atendendo ao envelhecimento da população e ao facto de existirem escassas respostas para a população idosa que ainda se mantém autónoma ou semiautónoma. Consideradas por Montoya (2009), como a terceira resposta, sendo que a primeira é a permanência na própria casa, a segunda é a institucionalização em Lar. Ao nível arquitetónico tenta-se que estas estejam o mais perto possível da tipologia e ambientes residenciais do que institucionais, são planeadas em ambiente urbano, fortalecendo a integração dos residentes na cidade, numa perspectiva de familiaridade com a envolvente e hábitos dos indivíduos. Promove-se o respeito a privacidade da pessoa idosa. Este tipo de resposta não se encontra submetida ao rigor mecanicista mas permite ao residente solicitar quando e onde receber a assistência pretendida. (Montoya, 2009).

Importa referir que esta resposta surge agora com maior expressão no 3º setor, mas o setor privado viu aqui um nicho de mercado onde apostou. Nestes últimos anos surgiram em Portugal vários complexos privados ligados a grandes grupos económicos, virados para a população com capacidade de adquirir e cobrir estes serviços, como é o caso: a residencial e hospital da Luz, a residência Montepio Breiner e residências Domus, Grupo Mello.

Em 1986 surge o Centro Comunitário de Telheiras pertencentes ao Centro Regional de Segurança Social de Lisboa, com resposta social de residência assistida e centro de dia. Em 25 de janeiro de 2011, com o decreto-lei nº 16/2011 estes estabelecimentos são cedidos por um prazo de três anos, à Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, com início em 1 de

janeiro de 2011, e em 14 de Outubro de 2015, com o Decreto- Lei nº 240/2015, as residências assistidas são definitivamente cedidas à Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.

No que diz respeito ao desenvolvimento desta resposta na Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, é inaugurada a primeira residência assistida em 2006. Esta definiu-se como uma resposta social que se destina “a pessoas seniores com necessidades habitacionais e sociais, evitando a sua institucionalização e mantendo-se no seu meio natural de vida. Os critérios de admissão são ter mais de 65 anos, estar isolado, com problemas habitacionais e sociais, ser residente na área geográfica da residência e ser autónomo para actos de vida diária”

Na Carta Social (2011), pode verificar-se a seguinte definição de residência assistida “ *o estabelecimento para alojamento colectivo, de utilização temporário ou permanente, em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social e prestação de cuidados de enfermagem. A estrutura residencial pode assumir uma das seguintes modalidades de alojamento: a) tipologias habitacionais, designadamente apartamentos e/ou moradias; b) quartos; e c) tipologias habitacionais em conjunto com o alojamento em quartos.*”

Contudo, segundo Fonseca (2012), a definição de habitação assistida não se manifesta simples de clarificação, pelos vários contextos e dinâmicas que pode ter, pode ser mais virada para uma dimensão de cuidados de saúde, como pode ter uma abordagem mais dinamizadora de opção de escolha dos serviços consoante as necessidades, sem recorrer a um apoio constante de saúde, esta deriva consoante os contextos.

4. A Residência Assistida Carlos da Maia

A residência assistida Carlos da Maia surgiu na antiga Freguesia de Santo Condestável, devido à degradação do parque habitacional, com habitações muito antigas e degradadas, conjugando este fator com o da população da freguesia ter já níveis de envelhecimento muito acentuado. Como consequência da nova reorganização

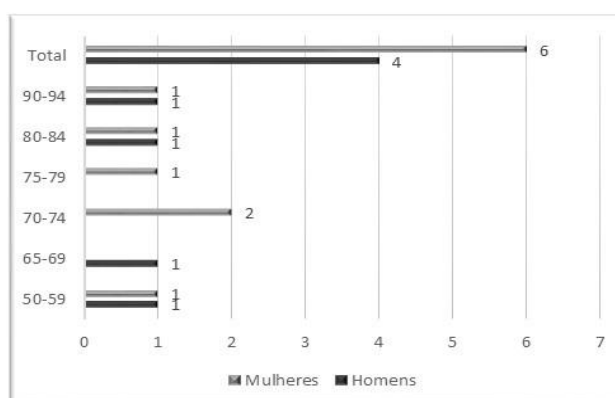
administrativa, oficializada pelo Decreto-Lei Nº 56 de 8 de novembro de 2012, que entrou em vigor após as eleições autárquicas de 2013, foi determinada a extinção da freguesia de Santo Condestável, passando a integrar a nova Freguesia de Campo de Ourique.

A residência assistida visa ser uma resposta de proteção social inovadora, de futuro, rege-se pelo Decreto-Lei Nº 67/2012 de 21 de março, para responder a um grupo de pessoas idosas que por diversos constrangimentos da sua vida, se encontram isoladas ou com família, mas que não são detentores de habitação ou onde residiam não reunia as condições de salubridade e de conservação satisfatórias para residir.

No momento seguinte, apresentamos uma breve caracterização dos residentes da residência assistida da Carlos da Maia por: género, idade, escolaridade, proteção social, motivo de entrada e autonomia, não será revelada a identidade ou características dos residentes, de forma, a preservar a sua identidade, o respeitando e a ética e deontologia profissional.

A residência assistida Carlos da Maia tem capacidade para dez residentes (gráfico 3), sendo que na altura da recolha de dados se encontravam seis mulheres e quatro homens. Como se pode verificar cindo dos residentes tem idades acima dos 75 anos. Esta situação verifica-se devido a existirem cinco residentes que permanecem desde a sua abertura.

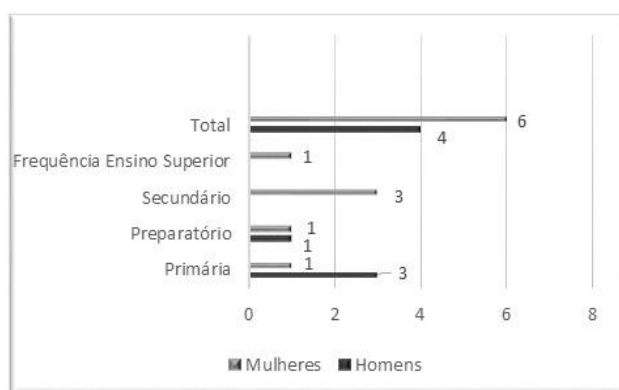
Gráfico 3 – Residentes por Género e Idade



Fonte: Pesquisa documental 16.03.2015

Ao nível da escolaridade (gráfico 4), este é um grupo com uma escolaridade que varia entre a antiga primária, o ensino básico e a frequência do ensino superior. Importa referir que os residentes são um grupo muito heterogéneo, sendo que ao nível da atividade laboral trabalharam: construção civil, rececionistas, empresários, gráficos, tipógrafos, ajudante de oficina, hospedeiros de bordo, sendo igualmente a sua cultura geral muito díspar.

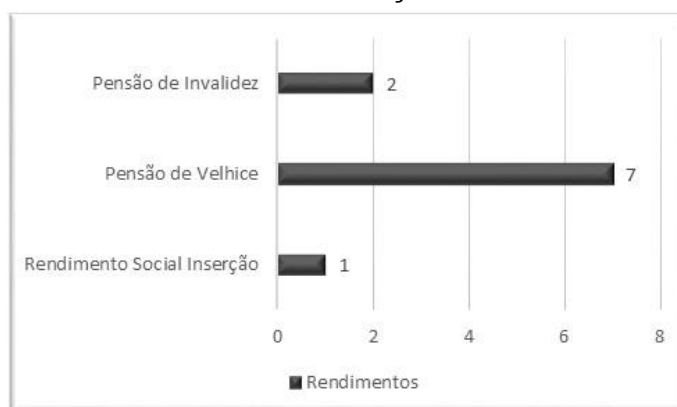
Gráfico 4 – Escolaridade dos Residentes



Fonte: Pesquisa documental 16.03.2015

No que respeita aos rendimentos (gráfico 5), um dos residentes tem rendimento social de inserção, dois residentes são reformados por invalidez, os restantes usufruem de pensão de velhice. A diferença entre os rendimentos também é considerável, sendo necessário existir uma abordagem de equidade e de direitos que equilibre o grupo na procura de oportunidade.

Gráfico 5 – Proteção Social



Fonte: Pesquisa documental 16.03.2015

Os motivos da entrada na residência (gráfico 6) encontram-se relacionados com ausência de habitação regular, problemas de habitação, insuficiência de capacidade funcional para residirem totalmente sozinhos e isolamento. O índice de sem capacidade para viver sozinho, aborda o isolamento e solidão, mas também as atividades instrumentais da vida diária, como fazer compras, transportá-las para o domicílio e realizar a sua confeção e não conseguir organizar as tarefas de forma estruturada.

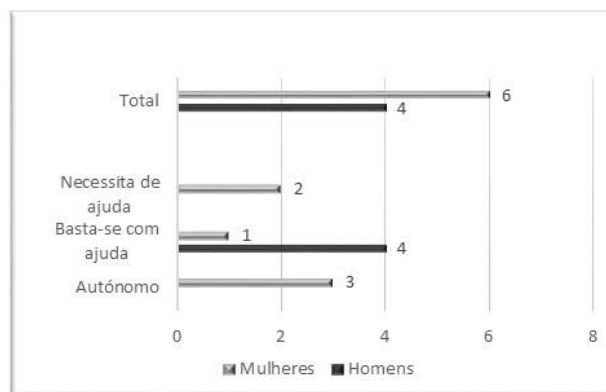
Gráfico 6 – Motivo de Entrada na Residência



Fonte: Pesquisa documental 16.03.2015

No que respeita à autonomia, (gráfico 7) somente três residentes se encontram totalmente autónomos, sendo que cinco necessitam dos serviços de: alimentação e tratamento de roupa para conseguirem manter a sua autonomia, dois necessitam de mais ajuda no quotidiano, como supervisão na medicação, acompanhamento ao médico, ou seja em atividades instrumentais da vida diária. Contudo é de salientar que o grupo no seu todo, revela necessidade de estímulo/motivação e aquisição de estratégias para manter a sua autonomia com apoio da equipa, visto sozinhos não manifestarem essa capacidade. As vivências do grupo são muito na freguesia, sendo as mesmas muito dirigidas ao micro, não manifestando capacidade de autonomia e funcional para alargarem o seu leque de convivência e partilha numa lógica de capacitação.

Gráfico 7 – Autonomia dos Residentes



Fonte: Pesquisa documental 16.03.2015

Dos serviços fornecidos podemos referir que, os residentes usufruem de serviços de refeição, alimentação, tratamento de roupa e limpeza da habitação. Ao nível da alimentação esta é confeccionada de 2ª a 6ª feira, aos feriados e fins-de-semana confeccionam a própria alimentação, sendo que só duas pessoas se dispõem a confeccionar os alimentos fornecidos. No que respeita ao tratamento de roupa com ou sem apoio na lavandaria de uso comum. Os homens são os que manifestam mais dificuldade, no entanto existe um elemento feminino que não manifesta competências para a realização da tarefa sozinha, sendo acompanhada e estimulada para o tratamento da sua roupa numa lógica de aquisição de competências.

Ao nível dos recursos humanos o serviço é composto por: duas Ajudantes de Lar e Centro de dia de 2ª a 6ª feira (100%), com horário das 08:00 e as 17:00, uma Educadora Social de apoio dois dias por semana (33%); uma Administrativa 3 dias por semana (60%); uma Diretora (Assistente Social) de um a dois dias por semana (20% a 40%).

CAPÍTULO 5. CONCEÇÃO DE UM MODELO DE GESTÃO PARA A AUTONOMIA

1. Fundamentação e Planeamento

As residências assistidas surgem devido à complexidade da problemática habitacional de algumas pessoas idosas e visam suprimir necessidades sentidas ao nível da intervenção nomeadamente, no que diz respeito a uma resposta habitacional, para pessoas com mais de 65, que se vêm privadas de habitação.

Como argumenta Martin et Al (2007:151) as residências assistidas preconizam-se em complexos habitacionais direcionados para idosos autónomos que mantêm as suas capacidades funcionais e não necessitem de serviços específicos. São apartamentos onde os residentes mantêm um estilo de vida independente, pleno de direitos, onde se fornece um conjunto de serviços de apoio às atividades de vida diária básicas, como a deslocação, alimentação, serviços de suporte para desempenhar as tarefas quotidianas, mas que prescindem de cuidados médicos. Nestas residências a maior parte das atividades, como por exemplo a alimentação são feitas em espaços comuns. São fornecidos serviços adicionais consoante as necessidades de cada residente, com acompanhamento personalizado.

O modelo de gestão a apresentar assenta na lógica de empowerment (capacitação) e participação, sendo este significado de criação de recursos e de instrumentos pelos indivíduos, grupos e comunidade, em si mesmo e no meio envolvente, onde se procura uma transformação sendo cada um sujeito de ação com uma verdadeira participação no seu projeto, na sua vida, como parte integrante. (Pinto, 2013) Para Faleiros (2013:58) "... a participação social dos idosos é fundamental para a qualidade de vida de toda a sociedade, pois têm a ganhar com a solidariedade intergeracional e com a utilização do potencial de todos os elementos numa sociedade".

Deste modo, pretende-se inovar na participação dos residentes para a promoção da sua capacitação, autonomia e inclusão na sociedade, retirando o maior partido possível da

mesma, como pessoas plena de direitos e com poder de decisão. A implementação deste tipo de resposta social pretende ainda fornecer serviços adequados as necessidades e potencialidades de cada um, permitindo manter o mais tempo possível os residentes nesta resposta com apoio e manutenção da sua autonomia, retardando a passagem para uma institucionalização mais burocratizada.

O modelo vem também trazer inovação no que respeita à lógica de gestão de recursos humanos e articulação com entidades exteriores. A conceção do modelo com esta vertente pretende afetar à residência assistida uma equipa composta de: Ajudantes de Lar e Centro de Dia, um (a) Assistente Social, um (a) Educador (a) Social ou Monitor (a). No que respeita aos restantes recursos necessários para o desenvolvimento deste modelo, preconiza-se uma parceria, rede de partilha, cooperação e flexibilidade, através da criação de um novo “Software interorganizacional de gestão recursos”, onde exista uma lógica de construção de novos métodos, de novas aptidões, com competências numa génese colaborativa e flexível. Este modelo é uma troca, uma partilha de outros recursos existentes na comunidade, em outras entidades e instituições, esta partilha é construtiva, num modelo sistémico e em rede, reunindo sinergias.

É necessário implementar uma visão estratégica, aproveitando o potencial e conhecimento de cada um, ativando diversas entidades do meio envolvente, existindo um ganho para toda a comunidade permitindo igualmente minimizar os custos, aumentar o capital social e humano. Pretende-se a criação de programas, projetos que promovam a elaboração de um protocolo colaborativo, numa forma de responsabilização, entre as entidades numa lógica de partilha de conhecimentos dos seus funcionários.

2. Modelo de Gestão a Conceber

Neste modelo de gestão sugere-se a promoção da qualidade de vida/bem-estar do residente, pertença na sua envolvente societal, familiar e relacional. É fundamental termos em conta, os valores, interesses, preferências e bem-estar dos residentes. Num primeiro

momento abordam-se os procedimentos: a candidatura, a seleção e a avaliação. No segundo momento operacionaliza-se a gestão de serviços e de recursos humanos. Num terceiro momento operacionaliza-se o modelo. No quarto momento concretiza-se o plano de ação e estratégia através do diagnóstico que tem por base as necessidades, problemas e potencialidades dos residentes, sendo a participação e o envolvimento de todos um fator determinante para o sucesso do modelo.

Do diagnóstico social realizado durante a prática profissional, os residentes referiram que para terem uma vida com qualidade, além dos serviços de alojamento, refeições e lavandaria, necessitam de ter mais atividades ocupacionais, culturais, informativas e formativas, tendo igualmente sido abordado o tema do convívio e laços relacionais entre os residentes, por este ser um tema complexo com conflitos no grupo, atendendo à cultura e formas de estar de cada um.

Foi também referido a necessidade de acompanhamento ao exterior, integração na comunidade e uma funcionária as 24 horas, refletindo um maior segurança relacionada com a perceção de um acompanhamento securizante. Manifestando igualmente dificuldade em se deslocarem numa cidade que pouco beneficia as pessoas idosas, existindo mesmo para as pessoas idosas com maior autonomia algumas barreiras arquitetónicas que colocam em causa a sua autonomia, a inserção na comunidade e o acesso a serviços e entidades.

Este diagnóstico permitiu a identificação dos problemas e potencialidades do grupo, sendo assim, criado um modelo de gestão que se evidencia como inovador na sua diversidade e envolvimento. A sua base é a já existente, mas com uma lógica e variantes inovadoras como se pode observar no desenvolvimento do modelo.

O modelo de gestão tem por base uma gestão por processos, sendo que para a sua concretização, a gestão dos processos é interdependente, sendo cada processo integrativo. Considerando-se que o desempenho de qualquer processo vai influenciar positivamente ou negativamente todos os restantes, existindo assim uma lógica de valor acrescentado que leva a que esta gestão por processos permita explorar o potencial sinérgico do conjunto das atividades. (Freire, 1997)

O modelo de gestão proposto implica: a) intervenção social nomeadamente na análise da candidatura, seleção, admissão, acompanhamento e avaliação; b) gestão de serviços e gestão de recursos humanos; c) operacionalização do modelo; d) diagnóstico com base nas necessidades/problemas/potencialidades.

a) Num primeiro momento o modelo de gestão, (quadro 6) implica a análise da candidatura, ou seja, a verificação do cumprimento dos critérios definidos em Regulamento da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. Com à análise documental realizada (informação social, declaração medica, guia terapêutico, documentos pessoais, comprovativos de rendimentos), em caso de estarem reunidos os critérios, passa-se à seleção dando-se por concluída esta fase. Em caso de não estar reunida toda a informação necessária será contactado o candidato por via telefónica e/ou ofício, solicitando a entrega da mesma. De seguida dá se inicio ao processo de seleção.

Na entrevista de seleção inicia-se a elaboração do diagnóstico, que aborda diversas dimensões, nomeadamente, sociabilidades (família, rede de suporte, laços de amizade e vizinhança, participação associativa), situação habitacional, habilitações literárias, proteção social (rendimentos e sua origem) e trajetória laboral, saúde, interesses e expetativas, assim como preocupações existentes.

O candidato visita o apartamento em questão e o restante estabelecimento. Ao nível dos documentos é abordado e apresentado o regulamento, as normas e critérios de funcionamento, assim como é realizado o cálculo do possível valor a pagar, o candidato é igualmente informado de que será assinado um contrato entre o serviço e o candidato.

Em algumas situações caso que se considere pertinente, poderá existir uma visita domiciliária à habitação do candidato. Deverá ser realizado um relatório sobre a entrevista e a decisão final de ambos serviço e candidato.

Em caso da decisão ser positiva é elaborado relatório do parecer favorável sendo o mesmo remetido superiormente para o devido despacho por quem detenha a competência na área. Nas situações em que não exista parecer positivo ou que o próprio candidato venha

a desistir, é igualmente realizado relatório com a decisão e justificação da não-aceitação por parte do serviço ou desistência por parte do candidato.

Após a receção da devida autorização, passamos à fase da admissão, onde é agendada uma data para a realização de domicílio para apoiar o futuro residente a seleccionar os pertences que pretende trazer consigo, mas que se adequem ao espaço do apartamento. A equipa é comunicada da admissão, assim como, os restantes residentes. No primeiro dia são entregues e assinados os documentos pertinentes (contrato, regulamento), dá-se início à construção do processo social do residente. É igualmente preparado um ambiente confortável de convívio e promotor de bem-estar, com uma receção de boas vindas.

A intervenção passa pela construção de um plano de desenvolvimento individual com a participação do residente. O acompanhamento de cada situação pode abordar várias dimensões: acolhimento, informação/orientação, acompanhamento psicossocial, advocacia social, empowerment e mediação. Avalia-se e/ou reavalia-se, ajustando-se o plano de desenvolvimento individual sempre que se justifique. É importante referir que a intervenção é concretizada com o residente na sua tomada de decisão, sendo uma intervenção participada.

Quadro 6 - Candidatura, Seleção, Admissão, Intervenção e Avaliação

Candidatura, Seleção, Admissão, Intervenção e Avaliação	
Candidatura	Análise da proposta realizada dos critérios gerais e específicos Análise das informações e documentos
Seleção	Entrevista pela Equipa Dar conhecimento das regras e normas de funcionamento da estrutura residencial e do regulamento Visita ao apartamento Visita domiciliária (quando necessário aprofundar o diagnóstico) Realizar Relatório Social com parecer de admissão ou não admissão. Não admissão a proposta regressa ao serviço proponente.
Admissão	Preparar o espaço Informar os residentes e funcionários Entregar o regulamento e normas de funcionamento Assinatura do contrato e de documentos em como teve conhecimento das normas e regras Constituir o processo com documentos de identificação e informação pertinente
Intervenção	Acolhimento Plano de desenvolvimento pessoal Informação/orientação Acompanhamento psicossocial Advocacia Social Empowerment (capacitação) Mediação Participação do residente nas dinâmicas da residência
Avaliação	Monitorização Avaliação Reavaliação

Fonte: Criado pela autora adaptado de Ribeirinho (2013)

b) A **gestão de serviços**, (quadro 7) requer uma supervisão, monitorização dos serviços prestados, através da verificação do cumprimento dos contratos realizados, sendo o cumprimento dos cadernos de encargos elaborados; da formação do pessoal que se encontra a desenvolver a sua prática nos serviços. Requer-se a prestação de um serviço com qualidade, deste modo, e apesar de existirem supervisores das empresas de outsourcing (limpeza, alimentação e lavandaria) é crucial que se faça uma monitorização, verificação, supervisão e avaliação destes serviços.

No que respeita à gestão da prestação dos serviços da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, estes requerem exatamente a mesma metodologia de trabalho através da verificação, supervisão e avaliação dos mesmos.

A gestão é tão abrangente que para além do fundamental aqui referido para o sucesso do modelo, é essencial considerar outros aspetos, ao nível de toda a logística, qualidade/degradação do edificado, do mobiliário, dos instrumentos. É realizado um trabalho sistémico e de continuidade na promoção da qualidade dos serviços, existindo uma

preocupação em garantir a conservação e qualidade de todo o material que é colocado à disposição.

Também existem serviços que caso os residentes manifestem a autonomia necessária, podem integrar respostas ativas na comunidade, como é o caso das lavandarias comunitárias.

A **gestão de recursos humanos**, (quadro 10) requer uma liderança que fomente um ambiente saudável, colaborativo, participativo e que promova a autonomia dos residentes. Pretende-se aumentar e capacitar os funcionários de conhecimento quer profissionais quer pessoais, numa lógica de aprendizagem ao longo da vida e de qualificação da pessoa e do serviço. Neste modelo é pertinente a existência de uma equipa composta por ajudantes de lar (ajudantes de ação direta), assistente social, educador (a) social ou monitor (a).

Os recursos humanos de: assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional, animador sociocultural, são elementos fundamentais, contudo devem existir numa lógica de desenvolvimento de uma estratégia de envolvimento ao nível de entidades da comunidade, em parceria, partilha, colaboração e troca de conhecimento. Pretende-se uma articulação e parceria em forma de programa que promova esta troca baseado na confiança e responsabilidade do trabalho que será desenvolvido em rede estrategicamente planeado e executado. Atendendo a conjuntura sócio económica em que o País se encontra, as instituições vêm cada vez mais a sentir dificuldades e não conseguir aumentar os recursos humanos para colmatar as necessidades sentidas, esta é uma estratégia ganhadora ao nível da potencialidade dos serviços e da sua resposta qualificada e inovadora aumentando o capital social.

Não sendo o voluntário um recurso humano remunerado e não podendo este substituir as funções de um assalariado, é pertinente referir que o recurso ao voluntariado é fundamental para que exista uma integração, partilha, conhecimentos exteriores e outras visões dentro do serviço é um recurso importante no desenvolvimento deste modelo.

É de relevância referir que o serviço e o apoio prestado, não pretendem substituir o residente, mas sim impulsiona-lo na sua capacidade, integração e inclusão na comunidade, solidariedade e serviços.

Quadro 7 - Gestão de Serviços e de Recursos Humanos

Gestão de Serviços e de Recursos Humanos		
Gestão de Serviços	Alimentação Limpeza Equipamentos Prestação de serviços em Outsourcing Prestação de serviços Santa Casa da Misericórdia de Lisboa	Fornecimento de serviços por empresas Fornecimento de serviços internos
Gestão de Recursos Humanos	Equipa interdisciplinar - Diretor (Assistente Social) - Educador Social e/ou Monitor - Ajudantes de Lar e Centro de Dia Recursos externos ao serviço - Psicólogo - Terapeuta Ocupacional - Médico - Enfermeiro - Entre outros. Recurso a voluntários	Equipa interdisciplinar para a realização da intervenção com base no diagnóstico elaborado, para a promoção da participação e autonomia, através de conhecimento especializados que colocam em prática atividades diferenciadas. Recurso a outros técnicos na comunidade. Recurso a voluntariado

Fonte: Criado pela autora

2.1. Dimensões do Modelo de Gestão

Na operacionalização do modelo o mesmo é dividido em dimensões: Conceber a Ação; Planeamento, Operacionalização de atividade; Execução da atividade; Indicadores de Avaliação e Avaliação, (quadro 8) como de seguida se apresenta:

• **Direção** – cabe à direção apoiar, supervisionar e dar apoio técnico sistemático, monitorizando os processos desde a planificação e avaliação. Organizar e distribuir as tarefas e funções dos profissionais da equipa interdisciplinar. Identificar necessidades de formação com vista ao desenvolvimento competente dos profissionais. Deve igualmente com a equipa interdisciplinar elaborar os planos de atividades, através das necessidades e interesses, recursos diagnósticos, procedendo ao acompanhamento da implementação desse plano. Reunir com as entidades da comunidade com vista a uma reorganização e implementação de parcerias e programas/projetos.

• **Conceber a Ação** - No que diz respeito ao papel dos profissionais é importante que a equipa de intervenção elabore um diagnóstico participado, sendo que o mesmo se vai traduzir após esta avaliação, em planeamento dos objetivos a concretizar e que fazem sentido para acompanhar a integração do residente no espaço residencial.

• **Planeamento e Operacionalização da atividade** - Organização das atividades que se vão levar a cabo, existindo sempre um planeamento quer com o residente quer com as entidades que vão emprestar o seu conhecimento. Nesta organização e planeamento são levantadas as necessidades de recursos ao nível, de recursos humanos e materiais. É de grande importância definir o espaço para a execução da atividade seja ela de que carácter for, interventivo do ponto de vista social, quer seja lúdico ou terapêutico. Requer a preparação dos recursos humanos necessários, assim como os materiais, as atividades são divididas consoante as matérias a abordar, como por exemplo atividade de gestão de conflitos é desenvolvida por dois técnicos, em sala. As atividades são planeadas com os residentes de modo a terem mais sucesso no envolvimento das ações.

• **Avaliação e Indicadores de Avaliação** – A avaliação é de grande importância. Para se concretizar deverá, ter uma dimensão qualitativa e uma dimensão quantitativa. Deste modo, são elaborados indicadores de avaliação de uma forma abrangente que permite avaliar e analisar o trabalho como produto final e em constante construção, mudança de uma sistémica.

Quadro 8- Operacionalização do modelo de gestão

Direção (Intervém, Coordena, Apoi, Supervisiona, Monitoriza e Avalia)	Equipa Conceber a ação	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnóstico da realidade - Planeamento - Objetivos - Ação - Divisão das tarefas
	Planeamento e Operacionalização da atividade	<ul style="list-style-type: none"> - Organização das atividades (organização do transporte, organização dos recursos humanos e materiais necessários, espaço) - Divisão das atividades e tarefas - Planeamento com o residente - Execução da atividade
	Indicadores de Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> - Número de atividades planeadas de manutenção da autonomia/número de atividades realizadas - Número de utentes residentes e avaliados como utilizadores/Número de utente abrangidos - Número de reuniões planeadas para gestão de conflitos/ Número de reuniões realizadas - Garantir a adesão de 80% dos residentes às atividades de estímulo cognitivo - Garantir a adesão de 70% dos residentes às reuniões gerais mensais sobre a vida c centro - Garantir a participação de 70% dos residentes nas atividades na comunidade - Garantir a quebra de solidão em 60% dos residentes - Garantir o trabalho com parceiros com 5 a 6 entidade
	Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação do processo - Avaliação junto do residente e do grupo - Avaliação da Equipa - Impacto no Grupo e comunidade - Avaliação do resultado final - Avaliação junto do residente e do grupo - Avaliação da Equipa - Impacto no Grupo e comunidade - Avaliação do resultado final

Fonte: Criado pela autora

2.2. Diagnóstico das Necessidades/Problemas/Potencialidades

A promoção da equidade é uma questão de direitos humanos, é indissociável da garantia dos direitos sociais e do acesso às oportunidades de desenvolvimento pessoal e social ao longo da vida. As pessoas idosas que estão potencialmente bem integradas na sua comunidade melhoram a sua sobrevivência a longo prazo e podem recuperar melhor de eventuais doenças. (Ribeirinho, 2013:187)

De seguida fase d) enumeram-se os problemas e as necessidades (quadro 9) que foram identificadas no desenvolvimento da intervenção e na gestão diária da residência assistida Carlos da Maia, sendo apresentadas a estratégia para promoção da resolução dos conflitos/necessidades identificadas. A estratégia é apresentada em ações, objetivos, responsáveis pelo desenvolvimento da ação e beneficiários. Todas as atividades identificadas a desenvolver pretendem ser uma mais-valia no individuo, no grupo dos

residentes, no grupo de profissionais, na vida do centro, e que esta mais-valia seja projetada na comunidade.

Atendendo à praxis e ao diagnóstico realizado junto dos residentes, foi possível aferir que é necessário que os residentes criem laços de convivência, tenham uma cultura de partilha do espaço e do dia-a-dia. Contudo, devido às características de cada residente, surgem conflitos de diversa ordem. Para a implementação do modelo ser bem-sucedida é necessário a equipa interdisciplinar promover um ambiente conciliador.

O isolamento e solidão em que alguns residentes se encontram ou se acometem, a ausência de atividades proporcionada pelo centro pelo fato dos técnicos não se encontrarem diariamente no mesmo, foi outro dos problemas identificado. O grupo considerou que estas atividades iriam fomentar a partilha, diminuindo assim, os conflitos. A manifesta incapacidade de organização do seu dia para alguns residentes não lhes permite terem uma maior participação e autonomia na comunidade. Desta forma é fundamental ter uma equipa, que permita através das atividades, elencadas promover a autonomia, a participação, a capacitação e fomentar um ambiente securizante, com qualidade e que o grupo sinta um ambiente saudável no dia-a-dia. Assim, para a promoção das atividades devem ser equacionada a intervenção de técnicos do exterior, numa lógica de parceria com outras entidades mas também em intra-articulação institucional.

Quadro 9 – Constrangimentos / Necessidades

Problemas	Ação	Objetivos	Responsáveis Ação	Beneficiários
Conflitos entre os residentes	Reuniões com o grupo;	Promoção de um ambiente saudável entre os residentes; Promover relações com qualidade e fortalecer laços de boa convivência.	Assistente Social; Psicólogo (Recurso externo RE);	Residentes; Funcionários
	Reuniões individuais com cada residente;			
Isolamento e solidão dos residentes	Reuniões com os elementos promotores do conflito.			
	Promover atividades lúdicas internas em grupo;	Diminuir a solidão e o isolamento dos residentes; Diminuir o número de depressões nos residentes	Ajudante de Lar; Assistente Social; Psicólogo (RE); Terapeuta Ocupacional (RE); Voluntário	Residentes funcionários Rede de Serviços Comunidade
	Promover atividades internas personalizadas;			
	Promover saídas culturais;			
	Promover convívio no exterior com outras entidades;			
Promover atividade física e bem-estar.				
Falta de recursos humanos para acompanhamento ao exterior	Apoiar no acompanhamento ao exterior;	Garantir o bem-estar ao nível da saúde.	Ajudante de Lar; Voluntário.	Residentes Funcionários Rede de Serviços Comunidade
	Acompanhar em diligências externas ao nível de serviços de emergência e saúde;			
Ausência de atividades para promoção da autonomia e funcionalidade	Sessões de estimulação cognitiva em grupo e individual;	Promover a autonomia e funcionalidade dos residentes.	Ajudante de Lar; Psicóloga (RE); Terapeuta Ocupacional (RE).	Residentes Funcionários
	Atividade de marcha dentro e fora do estabelecimento;			
	Sessões de movimento e reabilitação.			
Incapacidade de procurarem informação e/ou serviços	Prestação de informação e conhecimento de serviços;	Promover a participação e integração na comunidade;	Ajudante de Lar; Assistente Social; Voluntário.	Residentes Funcionários Comunidade Rede de Serviços
	Apoio na deslocação a instituições para tratamento de assuntos e esclarecimento de serviços.	Promoção na inclusão na comunidade.		
Sessões de formação /informação	- Realização de sessões de informação de várias temáticas;	Educação e aprendizagem ao longo da vida.	Técnico competente na área da temática (RE); Voluntário; Ajudante de Lar.	Residentes Funcionários Comunidade Voluntário
	- Ensino de tecnologias.			

Fonte: Criado pela autora

O modelo de gestão na vertente de intervenção/ação pretende criar e fomentar ambientes propícios ao desenvolvimento humano e social das pessoas idosas e dos profissionais. Como é visível nos problemas, potencialidades e no programa colaborativo, este modelo apresenta uma perspetiva de gestão/intervenção centralizada (equipamento/serviço/resposta) e uma intervenção descentralizada (entidades, comunidade), assim, pretendemos ter um serviço que promova o bem-estar, a participação, a capacitação e a inclusão dos residentes.

Ao conceber-se uma parceria entre entidades (quadro 10) para a rentabilização de recursos humanos, capacitação das equipas com a finalidade de atribuir utilidade social à pessoa idosa, surge o protocolo de parceria, onde será concretizado num plano com ações diversificadas, nomeadamente: ações formativa/educativa, como a aprendizagem ao longo da vida; atividade física com uma componente meramente de lazer; atividades de estimulação motora e mental, com componente terapêutica; participação em oficinas, workshops, associações, como é o caso de se fomentar o voluntariado sénior, universidades seniores, como um estímulo, criatividade e aumento de competências.

Esta aprendizagem será uma fonte de competências que poderá ser disseminada pelas restantes pessoas idosas na residência assistida ou em outros locais. Na criação do plano de ação além de serem diagnosticadas as necessidades/potencialidades nas restantes entidades com as pessoas idosas, é fundamental incluir no planeamento e programação do plano de atividades um representante das pessoas idosas.

Nesta da parceria encontramos três linhas de ação pertinentes: a primeira ao nível da rentabilização de recursos e a capacitação do pessoal; a segunda o trabalho em rede; e a terceira a utilidade social da pessoa idosa. É na junção de sinergias na concretização de uma task force, que podemos construir um novo “software interinstitucional”.

Quadro 10 – Programa de Parceria

Programa de Parceria Colaborativa
Objetivo Geral: <ul style="list-style-type: none">• Realização de um protocolo colaborativo entre entidades, promotor de ações que visam ativar a capacitação, participação, inclusão e bem-estar das pessoas idosas;• Rentabilização de recursos humanos através da partilha entre Entidades.
Objetivos Específicos: <ul style="list-style-type: none">• Criar vias de comunicação facilitadoras utilizando grupos já organizados (redes social, comissões de freguesia, grupos comunitários, associações, entre outros);• Realizar o levantamento das Entidades interessadas e sua pertinência para a participação na parceria;• Realizar o diagnóstico de necessidades das Entidades ao nível de recursos humanos;• Analisar os recursos humanos que cada um pode implicar no plano de atividade;• Formação dos funcionários;• Participação dos funcionários em reuniões;• Participação dos funcionários em conferências e workshops;• Realização do plano de atividades;• Fazer o levantamento do grupo de pessoas idosas das entidades que participem no plano de atividades, como organizadores e promotores de atividades;• Incluir no planeamento e programação do plano de atividades um representante das pessoas idosas

Fonte: Criado pela autora

Com esta lógica de dinamização é possível criar dinâmicas diferentes das padronizadas, mas também mudar a perceção da própria pessoa idosa sobre o seu próprio envelhecimento, contribuindo igualmente para a desmistificação dos estereótipos aleados ao envelhecimento.

Ao diagnosticarem-se problemas e necessidades (quadro 11), é fundamental diagnosticarem-se as potencialidades do grupo, da equipa, da comunidade no seu conjunto. Estas mais-valias traduzem-se em oportunidades, sendo estas identificadas como uma contribuição para a mudança da perceção da imagem social, dos estereótipos sobre a velhice, que têm uma representação gerontofóbica.

Surge assim, a possibilidade de criação de capital social, através da valorização social e cultural, com o aumento da utilidade social e da validação de saberes e vivências. A participação nas redes de sociabilidade, promove o aumento da autoestima, do controle pessoal e social, contribuindo para um bem-estar generalizado.

Quadro 11 – Potencialidades

Potencialidades	Ação	Objetivos	Responsáveis Ação	Beneficiários
Realização de grupo consultivo	Reuniões mensais; Preparação das reuniões entre equipa e residentes	Aumentar a qualidade dos serviços prestados; Aumentar a responsabilização do grupo e o sentimento de pertença.	2/ 3 Residentes; 2 Elementos da equipa; 1 Residente do bairro; 1 Familiar; 1 Técnico de comunidade (outra entidade).	O serviço no todo; Os residentes; A comunidade.
Inclusão, participação e capacitação	Promover participação em Workshops; Promover a participação em oficinas; Apoiar na integração em universidades seniores, academias, associações; Criação de um grupo de residentes com responsabilidade fazerem um levantamento dos eventos e atividades a realizarem-se na comunidade; Programarem a participação e apoiarem os restantes na inscrição das atividades.	Aprendizagem ao longo da vida; Capacitação da pessoa idosa; Valorização do Capital Cultural e Social; Estimular à aprendizagem e permitir a sua disseminação no restante grupo de residentes. Criar um ambiente de pró atividade; Aquisição de Competências sociais e humanas dos residentes.	Residentes; Assistente Social Educador Social e /ou Monitor	Funcionários Comunidade Residentes
Bem – Estar e vida ativa	Promover atividade física e bem-estar; Promover palestras dadas por professores de atividade física; Conhecer ginásios; Participar em outras entidades que tenham atividade de estimulação física. Caminhadas semanais organizadas pelos residentes.	Garantir uma vida saudável; Contribuir para o bem-estar e promover a participação em atividades de exercício físico.	Residentes Educador social e/ou Monitor Entidades da Comunidade	Sociedade; Residentes; Serviço.
Sessões de formação /informação	Realização de sessões de informação de várias temáticas; Ensino de tecnologias.	Educação e aprendizagem ao longo da vida	Técnico competente na área da temática; Voluntário; Ajudante de Lar e CD.	Residentes; Funcionários; Comunidade; Voluntário.
Voluntariado Sénior	Apoiar na procura de voluntariado sénior; Conhecer as instituições que solicitam voluntários; Realização de voluntariado sénior.	Aumentar a utilidade Social; Apresentar-se como uma oportunidade de Recurso; Fomentar uma participação ativa na sociedade; Fomentar a valorização pessoal; Aumento da autoestima; Contribuir para uma mudança na imagem da pessoa idosa.	Entidade promotora do voluntariado; Residentes; Educador social e/ou Monitor; Entidades da Comunidade.	Sociedade; Residentes; Serviço.
Formação e competência dos funcionários	Participação em Workshops; Proporcionar momentos de Lazer em grupo; Solicitar voluntário massagista para os funcionários; Participar em ações de Formação interna e externa dentro e fora da área profissional; Participação em reuniões na comunidade, rede social.	Motivação da Equipa; Aquisição de competências pessoais, sociais e humanas; Qualificar o conhecimento; Qualificar o serviço; Fomentar o ensino ao longo da vida		
Partilha de conhecimento e articulação entre entidades	Ações em outras entidades – Workshops, atividades lúdicas, formação.	Cedência de profissionais para realização de atividades em outras entidades, nomeadamente.	Entidades da comunidade Equipa	Comunidade Serviço

Fonte: Criado pela autora

Consubstancia-se a residência assistida à comunidade, sendo a problemática do envelhecimento e a necessidade de inovação um desafio para todos nós. Este modelo visa ser um contributo para a comunidade, com a crescente valorização social das pessoas

idosas, contribuindo-se para a sociabilização, com transmissão de heranças culturais e validação de saberes. É com base num modelo sistémico e em rede em constante transformação que pretendemos fortalecer a participação das pessoas idosas na vida e nas decisões da residência assistida.

2.3. Comparticipações

O modelo de gestão fundamenta-se na promoção na capacitação, participação e autonomia dos residentes e tem em conta a integração na sociedade/comunidade, o nível de poder de compra. Promove a inclusão social e combate a exclusão nomeadamente no que diz respeito ao acesso e atividades diárias como a alimentação, os cuidados e o lazer que devido à falta de capacidade económica, estas pessoas não as fariam. Como argumenta Bruto da Costa (1998) a situação económica é um fator de exclusão social.

O modelo de pagamento a instituir segue os princípios definidos pela Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, fundamentados no regulamento das comparticipações aprovado na Deliberação de Mesa Nº 353 de 25 de Novembro de 2011, segue os princípios de: Universalidade, Justiça Social, Proporcionalidade, Uniformidade.

A comparticipação aplicar é calculada através de uma percentagem sobre o rendimento per/capita, ou seja, ao rendimento mensal líquido diminui-se o valor comprovado com declaração da farmácia, acompanhada de guia terapêutico e informação clínica. A percentagem a aplicar será a que se apresenta mais a baixo (quadro 14).

O cálculo do rendimento per/capita/ é obtido por aplicação da seguinte fórmula:

$$C = \frac{RL - DF}{N}$$

Em que cada uma das variáveis representa o:

C - valor do rendimento per/capita;

RL - rendimento mensal líquido do agregado familiar;

DF - valor das despesas fixas;

N – Número de pessoas do agregado.

Este modelo de comparticipação pretende tipificar o pagamento por serviços, acompanhando a coerência da integração na comunidade, com fundamento dos direitos e liberdades, na medida em que para que se possa manter uma qualidade de vida e a capacidade de os residentes interagirem com comunidade é fundamental poderem optar pelos serviços que necessitam. Podendo os serviços serem ajustados.

Quadro 12- Tabela de comparticipação

Comparticipação Tipificada	
Alojamento	30% do rendimento per capita
Alojamento e Refeições	50% do rendimento per capita
Refeições (pequeno-almoço, almoço, lanche, jantar, ceia)	20% do rendimento per capita
Lavandaria	5% do rendimento per capita

Fonte: Criado pela autora com base no Regulamento das comparticipações da SCML Deliberação de Mesa

É pertinente referir que, dentro da possibilidade, os residentes podem optar pelo fornecimento de serviços que cada um pretende, as alterações por vontade expressa dos residentes são mediante avaliação pela equipa.

2.4. Orçamento

O Orçamento apresentado é anual com base num orçamento para uma residência para vinte e um residentes, este orçamento tem por base os gastos e rendimentos do ano transato, assim, ajustou-se para as atividades e para a funcionalidade do modelo apresentado.

Neste orçamento equacionam-se os gastos em bens e serviços, encontrando-se definidos os gastos em pessoal, em despesas fixas como é o caso de água, luz, gás, manutenção/conservação e reparações dos equipamentos e edificado, os gastos em outsourcing, atividades e materiais, assim como, em formação do pessoal. Os rendimentos

apresentados, respeitam ao pagamento da mensalidade, incluindo os serviços, alojamento, alimentação, lavandaria e atividades.

Quadro 13 – Orçamento

Tipo	Conta	Denominação Conta	
Investimento		EQUIPAMENTO BÁSICO	2.000,00
Investimento Total			2.000,00
Gastos	6124010040	PRODUTOS FARMACEUTICOS FARMÁCIA	250,00
	6210010000	REFEICOES CONFECCIONADAS	80.800,00
	6226002000	CONSERVAÇÃO E REP DE EDIF. AFECTOS À ACTIV.	3.000,00
	6226003000	CONSERVAÇÃO E REPARAÇÃO DE VIATURAS	500,00
	6226099000	CONSERVAÇÃO E REP DE OUTROS BENS	1.000,00
	6231000000	FERRAMENTAS E UTENSILIOS DESG RAPIDO	100,00
	6233000000	MATERIAIS DE ESCRITÓRIO	202,20
	6235020000	ARTIGOS DE DECORAÇÃO E H. O DO AMBIENTE	300,00
	6238010010	MATERIAL INFORMATICO (CONSUMÍVEIS)	1.500,00
	6238090090	OUTRO MATERIAL DE CONSUMO CORRENTE	500,00
	6241000000	ELECTRICIDADE	8.410,00
	6242001000	GÁS	3.000,00
	6242002000	COMBUSTIVEIS PARA VIATURAS	1.300,00
	6243000000	ÁGUA	3.530,00
	6251010010	DESLOC. E ESTADAS DO PES E ORGÃOS SOCIAIS	125,78
	6251020010	DESLOC. E ESTADAS OUTROS UTENTES - ACTIVID. FÉRIAS	1.200,00
	6251020020	DESLOC. E ESTADAS DE OUTROS UTENTES	240,70
	6252001000	TRANSPORTES DE PESSOAL	300,00
	10206	FORMAÇÃO	2.000,00
	6254001000	TRANSPORTES DE UTENTES	300,00
	6261005000	RENDAS DE VIATURAS	3.000,00
	6262001000	CORREIOS	50,00
	6262002000	TELEFONES	1.019,49
	6262003000	TRANSMISSAO DE DADOS	317,14
	6268020020	LAVANDARIA	850,00
	6270100100	LUDICO E DIDACTICO	1.200,00
	6270100300	ARTIGOS DE ROUPARIA	250,00
	6270300400	REFEICOES DE UTENTES NO EXTERIOR	100,00
	6320100200	VENCIMENTOS PESSOAL	100.800,00
	6320200000	FÉRIAS E SUBSÍDIOS DE FÉRIAS	8.400,00
	6320300000	SUBSÍDIOS DE NATAL	8.400,00
	6320400000	SUBSIDIOS DE REFEICAO	2.818,20
	6320600400	SUBSIDIO DE TURNO	4.248,09
	6320601100	TRABALHO EM FERIADO - REG. TURNO	292,40
	6350100100	TAXA SOCIAL UNICA	6.020,66
	6350300100	SEGUROS DE ACIDENTES DE TRABALHO	322,02
	6380100400	FARDAMENTOS	100,00
Gastos Total			248.746,68
	7210140000	OUTRAS RESIDÊNCIAS	57.000,00
	7240900100	OUTRAS	100,00
Rendimentos Total			57.100,00

Fonte: Adaptado de orçamento da SCML para 21 residentes

Para Concluir

O envelhecimento é uma problemática que se encontra na atualidade nos debates constantes ao nível mundial e que exige medidas que integrem respostas sociais no sentido de acompanhar as necessidades das pessoas idosas e imprimir ritmo nas dinâmicas proporcionadas pela sociedade.

O envelhecimento não é um evento com data marcada, mas sim um processo que se dá durante toda a trajetória do ser humano, é um processo vital, compreende os processos: biológicos; psicológicos; culturais; e sociais. Atualmente a longevidade é uma realidade incontestável, vivendo-se cada vez mais na procura de não envelhecer (Sequeira, 2010).

As teorias do envelhecimento permitem-nos entender o envelhecimento ativo, saudável, produtivo e bem-sucedido., Nestas teorias encontra-se refletivo o empowerment, a aprendizagem ao longo da vida, as dinâmicas sociais e relacionais. Contudo, é claro que para que se possa ter uma abordagem refletida do envelhecimento, temos de considerar que este é sistémico e que apostar na prevenção e promoção de uma vida saudável é o caminho a percorrer.

O envelhecimento acarreta muitas vezes uma conotação negativa, de perda de capacidades e direitos, contudo é necessário que estejamos ciente de que esta é uma fase que faz parte do ciclo de vida e que as pessoas idosas mantêm o direito de continuar a participar na sua tomada de decisão.

As instituições sociais, nomeadamente as que intervêm com pessoas idosas são desafiadas quotidianamente a defender e a promover a sua autonomia. A aposta é enfatizar a participação e interação das pessoas idosas na conceção e avaliação de atividades e projetos em que estejam envolvidos, como por exemplo no desempenho do voluntariado em organizações da comunidade que leva a promoção da autoestima, do controlo pessoal e social e da valorização e utilidade social.

O modelo de gestão para a promoção da autonomia das pessoas idosas apresentado, tem por base a proteção social desta população, plena de direitos. Fica claro

que o desenvolvimento de projetos de intervenção neste domínio deve ser fundamentado por diagnósticos que identifiquem as necessidades e as capacidades das pessoas. A criação de projetos sem olhar as necessidades leva a que se esteja a investir em dinâmicas pouco concretizáveis e sem utilidade para quem delas necessita.

Assim este projeto teve por base o diagnóstico realizado à entrada das pessoas idosas na residência assistida Carlos da Maia da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, de onde emerge as necessidades e expectativas das pessoas idosas que por diversos motivos tais como: ausência de habitação; isolamento; solidão; necessidade de algum acompanhamento; manifestam necessidade e vontade de integrar uma residência assistida. São pessoas que ou não têm família ou a mesma não se verifica como suporte, em isolamento e solidão e sem habitação adequada as suas necessidades. Após a integração das pessoas idosas na residência verificamos que as pessoas se continuam a confrontar com problemas, nomeadamente: solidão; isolamento; conflitos entre residentes; a manutenção na sociedade; dificuldade em serem pessoas plenas de direitos e acesso a outros serviços; promoção de atividades ao nível da sua funcionalidade do dia-a-dia. De igual modo foram avaliadas as potencialidades onde é possível promover e fomentar a autonomia, através de atividades desenvolvidas por diversas disciplinas, concretizando um trabalho interdisciplinar que é o caminho para o sucesso da intervenção.

O desafio foi a criação de um modelo de gestão onde se pretendeu construir serviços que se adaptem às necessidades das pessoas e não as pessoas adaptarem-se aos serviços.

O modelo proposto pretende ser desenvolvido numa perspetiva de “software interinstitucional”, criar uma parceria como forma de rentabilização dos recursos humanos que nos leva a uma capacitação das pessoas idosas mas também do serviço. A partilhar de experiências e conhecimento dos técnicos apresenta uma estratégia de crescimento inter e intrainstitucional, numa lógica de intervenção em parceria colaborativa.

O plano de atividades proposto inclui um representante das pessoas idosas é um passo de inovação e de caminharmos no sentido da utilidade social. Esta estratégia de intervenção leva ao aumento da confiança e autoestima.

O modelo baseia-se numa intervenção ao nível micro e macro numa lógica de desenvolvimento humano e de valorização social, seguindo um modelo sistémico e em rede, em constante mudança.

A mudança e impacto na comunidade concretiza-se também através da alteração da mentalidade coletiva sobre as pessoas idosas, deixando de ser vistas como pessoas inúteis, sem valor, doentes, sem capacidade de concretização e de realização.

Com a integração de elementos representantes no protocolo de parceria, nas associações, nos planos de desenvolvimento a realizar, na vida da própria residência, existe uma ativação da própria pessoa idosa, sendo elas mesmas o motor da mudança que a residência e a sociedade necessita. Esta mudança permitira criar um equilíbrio entre gerações e na própria comunidade, sendo as pessoas idosas o veículo de transmissão de conhecimento e da sua própria valorização e capacitação.

Referidas as potencialidades do modelo é importante ter em conta alguns desafios na sua aplicação: as pessoas idosas não estarem motivadas para a participação; fragilidades decorrentes da velhice; recursos humanos sem preparação para a defesa dos direitos; consentimento dos diversos profissionais para a participação ativa dos residentes na residência; escassez de recursos logísticos; legitimidade do trabalho em rede; confiança das instituições; desconhecimento do trabalho desenvolvido nesta área; especialização de conhecimentos no envelhecimento.

Ao intervir na área do envelhecimento acreditamos que muito ainda há para fazer, caminhamos com a convicção de que podemos fazer a diferença.

Bibliografia

- AFONSO, C. et AL (2012). Alimentação e Nutrição em Gerontologia in Constança Paúl e Oscar Ribeiro (Coord.) *Manual de Gerontologia*, Lisboa, Lidel, (Pág. 42 a 69).
- AGICH, G. (2008). *Dependência e autonomia na velhice*, São Paulo, Edições Loyola.
- ALBARRELO, L. et AL. (1997). *Práticas e Métodos e Investigação em ciências Sociais*, Lisboa, Gradiva.
- ALEIXO et AL. (2011). Indicadores de Qualidade Sensíveis aos Cuidados de Enfermagem em Lares de Idosos, *Revista de Enfermagem série n.3* Disponível em <https://www.scielo.oces.mctes.pt/>. [Consultado em 11.11.2014].
- ALMEIDA, A. (2008). A Pessoa Idosa Institucionalizada em Lares, Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar para a obtenção de grau de mestre, orientada por Vítor Rodrigues, Porto. Disponível em <https://repositorio-aberto.up.pt/> [Consultado em 10.12.2014].
- ALMEIDA, M. e ROLO, O. (2000). *Introdução às Ciências Sociais e às Organizações*, VISLIS, Lisboa.
- ALMEIDA, M. (2007), Envelhecimento: Activo? Bem-sucedido? Saudável? Possíveis coordenadas de análise, in *Forum Sociológico*, n.º 17 II Série, pág. 17-24. Disponível em <http://forumsociologico.fcsh.unl.pt/PDF/FS17-Art.2.pdf>. [Consultado em 06.11.2015].
- ALMEIDA, H. (2012). Biologia do Envelhecimento: Uma Introdução in Constança Paúl e Oscar Ribeiro (Coord.) *Manual de Gerontologia*, Lisboa, Lidel, (Pág. 21 a 40).
- ALMEIDA, H. (2012). Envelhecimento, Qualidade de Vida e Mediação Social Profissional na Saúde in Maria Irene (Coord.) *Serviço Social na Saúde*, Lisboa, PACTOR, (Pág. 139 - 181).
- ALMEIDA, V. (2010). Governação, Instituições e Terceiro Sector – As Instituições Particulares de Solidariedade Social. Dissertação apresentada à Faculdade de Economia de Coimbra área Científica de Economia para a obtenção de grau de doutor,

orientada por José Reis, Coimbra. Disponível em <https://estudogeral.sib.uc.pt/> [Consultado em 06.11.2015].

ANO EUROPEU DO ENVELHECIMENTO ATIVO E DA SOLIDARIEDADE ENTRE GERAÇÕES. (2012). Disponível em www.igf.pt/, [Consultado em 14.11.2014].

ANTÓNIO, S. (2013). Das Políticas Sociais da Velhice à Política Social de Envelhecimento in Maria Irene Carvalho (Coord.) *Serviço Social no Envelhecimento*, Lisboa, PACTOR. (pág. 81-103).

APSS – ASSOCIAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SERVIÇO SOCIAL. Disponível em <http://www.apross.pt/>, [Consultado em 12.12.2015].

ARCA, B. (2007). Apoio familiar e institucional à pessoa idosa. In A., Osório., F. Pinto (Coord.), *As Pessoas Idosas*, (pág. 269 – 280). Lisboa, Instituto Piaget.

ASSISTED LIVING FEDERATION OF AMERICA (2011), *Aging Social Policies an International Perspective*, Disponível em www.alfa.org/alfa/default.asp/, [Consultado em 24.11.2014].

BALLESTEROS, R. (2004). *Gerontología Social*, Madrid, Lavel, S.A.

BARRACOSA, C. (2013). A qualidade do Envelhecimento em Condições de Monoresidencialidade, Dissertação apresentada à Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia para a obtenção de grau de Mestre em Psicologia Forense e da Exclusão Social. Lisboa. Disponível em <http://recil.grupolusofona.pt/>, [Consultado em 16.01.2016].

BERG, G e PIETERSMA, P. (2015). *Os Principais Modelos de Gestão*, Lisboa, ACTUAL

BERGER, L e MAILLOUX-POIRIER, D (1995), *Pessoas Idosas – Uma abordagem global*, Lisboa, Lusodidacta.

BILHIM, J. (2001). *Teoria Organizacional – Estrutura e Pessoas*, Universidade Técnica de Lisboa, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Lisboa.

BIRREN, J. (1995). “New models of aging: comment on need and creative efforts”, *Canadian Journal on Aging*, 14 (1), pág.1-3.

- BIRREN, J.E., E SCHROOTS, J.J.F. History, concepts and theory in the psychology of aging. In J.E. Birren e K.W. Schaie (Eds.), *Handook of The Psychologu of agin*, 4ª Edition, San Diego: Academic Press, pág.3-23, 1996.
- BRANCO, F (2003), A pensão como primeiro pilar de uma rede universal de Assistência Social em Portugal, in *Intervenção Social*, n. 28, pág. 157-175.
- CABRAL, M. V. et AL (2013), *Processos de Envelhecimento em Portugal*, Disponível em <https://www.i envelhecimento.ul.pt/>, [Consultado em 10.11.2014].
- CÂMARA MUNICIPAL DE LISBOA – *Plano Gerontológico Municipal – 2009/2013*, Disponível em <http://lisboasolidaria.cm-lisboa.pt/documentos/1350654644U1rVK0cd7Wq23LT7.pdf>. [Consultado em 10.03.2016].
- CARDOSO, A. (2015). *Livro Branco sobre a Solidariedade entre as Gerações e Envelhecimento Ativo*, Centro de Estudos para a Intervenção Social.
- CARRILHO, M. J. (2005), Envelhecimento e Género: As diferenças em Portugal in *Futurando*, n.º 14/15/16, ISSS – CESDET, pág. 3-14.
- CARVALHO, M. (2013). Apresentação in Maria Irene Carvalho (Coord.) *Serviço Social no Envelhecimento*, Lisboa, PACTOR. Pág. XIX a XXVI
- CARVALHO, M. (2013). Um Percurso Heurístico pelo Envelhecimento in Maria Irene Carvalho (Coord.) *Serviço Social no Envelhecimento*, Lisboa, PACTOR. (pág. 1 – 15).
- CARVALHO, M. (2012), *Serviço Social na Saúde*, Lisboa, PACTOR.
- CARVALHO, M. (2012), *Serviço Social, Desafios do Passado e do Futuro: Perspetivas*, Espanha, Editorial Académica Española.
- CARVALHO, M. (2011). *Uma Abordagem do Serviço Social à Política de Cuidados na Velhice em Portugal*, Disponível em www.cpihts.com, [Consultado em 02.01.2016].
- CASTRO, A et AL (2010), *Os Caminhos da Pobreza Perfis e Políticas Socais na Cidade de Lisboa*, Lisboa, Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.
- CÂMARA MUNICIPAL DE LISBOA – PELOURO DOS DIREITOS SOCIAIS – *Plano de Ação 2014-2017*, Disponível em <http://lisboasolidaria.cm-lisboa.pt>

lisboa.pt/documentos/1422547210W1vZN0ou3Wu74CY0.pdf. [Consultado em 12.03.2016].

COMISSÃO EUROPEIA (2000), *Relatório do Comité da Protecção Social Sobre a Evolução Futura da Protecção Social – Regime de Pensões Seguros e Sustentáveis*, Disponível em www.governo.gov.pt/, [Consultado em 12.11.2014].

COMISSÃO EUROPEIA (2010), *Comunicação da Comissão Europeia 2020 – Estratégia para um crescimento inteligente, sustentável e inclusivo*, Bruxelas. www.governo.gov.pt/, [Consultado em 02.10.2015].

CONSELHO ECONÓMICO E SOCIAL (2013), *Parecer de Iniciativa Sobre as Consequências Económicas, Sociais e Organizacionais Decorrentes do Envelhecimento da População*, Disponível em <https://www.ces.pt>, [Consultado em 11.12.2014].

CONSELHO DA UNIÃO EUROPEIA (2012), *Declaração do Conselho sobre o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações*, Bruxelas

CONSTANÇA, P. (2005), *Envelhecimento Activo e Redes de Suporte Social*, Departamento de Ciências do Comportamento, ICBAS –UP. Disponível em <https://ler.letras.up.pt>, [Consultado em 19.12.2014].

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA PORTUGUESA (1962), disponível em www.seg-social.pt, [Consultado em 02.01.2016].

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA PORTUGUESA (1976), disponível em www.seg-social.pt, [Consultado em 02.01.2016].

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA PORTUGUESA, VII Revisão Constitucional (2005), disponível em www.seg-social.pt, [Consultado em 02.01.2016].

CORREIA, F. (2012), *Envelhecimento da Sociedade Portuguesa*, Coimbra. Disponível em <https://www4.fe.uc.pt>, [Consultado em 11.12.2014].

CORREIA, C. (2012), *A Qualidade de Vida e a Solidão em Idosos Institucionalizados e na Comunidade*, Dissertação apresentada ao Instituto Universitário de Ciências Psicológicas Sociais e da Vida para a obtenção de grau de Mestre em Psicologia

Clínica, orientada por Ana Figueiredo. Disponível em <https://repositorio.ispa.pt/>, [Consultado em 10.12.2014].

COSTA, A. (1998). *Exclusões Sociais*, Lisboa. Fundação Mário Soares

CUNHA, H. (2008). *Gestão Estratégica Aplicada Em Organizações do Terceiro Setor: Uma Mudança de Paradigma*, Disponível em <http://www2.uefs.br>, [Consultado em 22.04.2015]

DECLARAÇÃO INTERNACIONAL DOS PRINCÍPIOS ÉTICOS <https://ifsw.org/>, [Consultado em 12.01.2015].

DECRETO DE LEI – LEI DE BASES DA ECONOMIA SOCIAL, Lei Nº 30º/2013 de 8 de Maio. (Assembleia da Republica alínea c) artigo 161º.

DECRETO DE LEI Nº 584/73, de 6 de novembro. [Consultado em 12.11.2015].

DECRETO DE LEI N.º 322/91, de 26 de Agosto. Aprova os Estatutos da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, revogado pelo Decreto-Lei n.º 469/99, de 6 de Novembro, Diário da República, 1.ª série — N.º 234 — 3 de Dezembro de 2008. Disponível em <http://bdjur.almedina.net/>, [Consultado em 02.01.2016].

DECRETO DE LEI Nº 235/2008 de 3 de dezembro. Disponível em www.ipl.pt/, [Consultado em 02.01.2016].

DECRETO DE LEI Nº 187-E\2013 e a Portaria 378-G/2013 [Consultado em 12.11.2015].

DECRETO DE LEI Nº 83-A/2013 de 30 de dezembro. Lei de Bases da Segurança Social. Disponível em www.ipl.pt/, [Consultado em 02.01.2016].

DECRETO DE LEI Nº 67/2012 de 21 Março. Disponível em www.ipl.pt/, [Consultado em 02.01.2015].

DECRETO DE LEI N.º 46 548, de 23 de Setembro de 1965. [Consultado em 20.12.2015].

DECRETO DE LEI Nº 56/2012 de 8 de novembro. www.ipl.pt/ [Consultado em 12.11.2015].

DECRETO DE LEI N.º 30º/2013 de 8 de Maio. LEI DE BASES DA ECONOMIA SOCIAL, (Assembleia da Republica alínea c) artigo 161º. Disponível em www.ipl.pt/, [Consultado em 02.01.2016].

DECRETO DE LEI Nº 16/2011 de 25 de janeiro. www.ipl.pt/ [Consultado em 12.11.2015].

DECRETO DE LEI Nº 4/2007 de 16 janeiro. LEI DE BASES DA SEGURANÇA SOCIAL.

Disponível em www.appdh.org.pt/, [Consultado em 02.01.2016].

LEI DE BASES DA SEGURANÇA SOCIAL, Evolução da Estrutura Orgânico Funcional

Conteúdo Final, atualizado em 18.12.2015, Disponível em <http://www.seg-social.pt/>.,

[Consultado em 02.01.2016].

DIREÇÃO GERAL DE SEGURANÇA SOCIAL – Proteção social das pessoas idosas (2014).

Disponível em [www.seg-social.pt.](http://www.seg-social.pt/), [Consultado em 30.03.2015].

FALEIROS, V. (2013). Autonomia Relacional e Cidadania Protegida: Paradigma para

Envelhecer Bem in Maria Irene Carvalho (Coord.) *Serviço Social no Envelhecimento*,

Lisboa, PACTOR. (pág. 35 – 48).

FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE SERVIÇO SOCIAL. Disponível em

<http://www.apross.pt/>., [Consultado em 12.01.2016].

FELIZ, J. (2012), A Relação entre Qualidade de Vida dos Idosos e os Cuidados

Continuados. III Seminário de I&DT, organizado pelo C3i- Centro Interdisciplinar de

Investigação e Inovação do Instituto Politécnico de Portalegre. Disponívem em

http://www.c3i.ipportalegre.pt/uploads/COMUNICACOES_III%20Seminario%20IDT.pdf

.[Consultado em 26.04.2015]

FERNANDES, A. (2001), *Velhice, Solidariedades Familiares e Política Social*, Disponível em

<http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/>., [Consultado em 26.12.2015]

FERNANDES, P. (2014), *O Idoso e a assistência Familiar*, Disponível em

<http://www.castelobranco.br/>., [Consultado em 17.12.2014].

FERREIRA, J et AL. (1996). *Psicossociologia das Organizações*, McGraw-Hill de Portugal

FIAS (FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS) Disponível em

<http://ifsw.org/>., [Consultado em 12.12.2015].

FILHO, W (2006). Atividade Física e Envelhecimento Saudável in *Revista Brasileira*

Educação Física V.20, pág. 73-77, Brasil, Disponível em

<http://citrus.uspnet.usp.br/eef/uploads/arquivo/v%2020%20supl5%20artigo17.pdf>.

[Consultado em 10.12.2015].

- FONSECA, A. (2012). Desenvolvimento Psicológico e Processos de Transição-Adaptação no Decurso do Envelhecimento in Constança Paúl e Oscar Ribeiro (Coord.) *Manual de Gerontologia*, Lisboa, Lidel, (Pág. 95 a 106).
- FONSECA, A. (2006), *O Envelhecimento – uma abordagem psicológica*, 2ª Edição, Lisboa, Universidade Católica.
- FONSECA, A. (2006), *Envelhecimento e Qualidade de Vida em Portugal*, Consultado em www.socialgest.pt, [Consultado em 10.12.2014].
- FONSECA, M. (2012), *Habitar e Envelhecer no Séc XXI – Habitação Assistida*, Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa, Departamento de Arquitetura, ciências e Tecnologia para a obtenção de grau de Mestre em Arquitetura, orientada por António Carvalho. Disponível em <file:///E:/dissertações/ra/>, [Consultado em 10.12.2014].
- FONSECA, A. (2005). O Envelhecimento Bem-Sucedido in Constança Paúl e António Fonseca (Coord.) *Envelhecer em Portugal*, Lisboa, CLIMEPSI, (Pág. 281-311).
- FONTAINE, R. (2000), *Psicologia do Envelhecimento*, Lisboa, Climepsi Editores
- FREIRE, A. (1997). *Estratégia sucesso em Portugal*, 1ª edição. Lisboa, Verbo.
- FREIXO, M. (2011). *Metodologia Científica – Fundamentos Métodos e Técnicas 3ª edição*. Lisboa, Instituto Piaget.
- GIL, A. (2013). Voluntariado ou Trabalho de Cuidados na Esfera Familiar?: Controvérsias em Torno do Envelhecimento Ativo in Maria Irene Carvalho (Coord.) *Serviço Social no Envelhecimento*, Lisboa, PACTOR. (Pág. 105 a 122).
- GOMES, A. (2010). Envelhecimento- Memórias da velhice pelas terras do sempre e do nunca, in *Cadernos Solidários SCML*, Lisboa.
- GOUVEIA, A. et AL. (2008), Respostas Residenciais para Seniores: Residência Assistida e Residência Temporária in *Cidade Solidária*, n.º 19, pág. 64-67.
- GUERRA, I. (2002). *Fundamentos e Processos de Uma Sociologia de Acção – O Planeamento em Ciências Sociais*. 2ª edição. Cascais, Ed., Principia.

GUERRA, I. (2006). *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo sentidos e formas de uso*, 1ª ed., Cascais, Principia.

GUIA GLOBAL DAS CIDADES AMIGAS DAS PESSOAS IDOSAS (2009), Disponível em www.gulbenkian.pt/, [Consultado em 14.11.2014].

INE – INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, (2014) PRODATA - DADOS EUROSTAT – Índice de Longevidade Europeu, Disponível em www.ine.pt/, [Consultado em 19. 05. 2015].

INE - INSTITUTO NACIONAL ESTATISTICA, “Censos 2011”. Disponível em www.ine.pt/, [Consultado em 18.11.2014].

INE - INSTITUTO NACIONAL ESTATISTICA, “Censos 2011”. Disponível em www.ine.pt/, [Consultado em 19.12.2014].

ISSS - INSTITUTO DE SOLIDARIEDADE E SEGURANÇA SOCIAL, “*Prestação Social das Pessoas Idosas*”, Disponível em www.4.seg-social.pt/, [Consultado em 30.03.2015].

ISSS - INSTITUTO DE SOLIDARIEDADE E SEGURANÇA SOCIAL – SEGURANÇA SOCIAL EM NÚMEROS (2015), Disponível em www.4.seg-social.pt/, [Consultado em 02.01.2016].

ISSS - INSTITUTO DE SOLIDARIEDADE E SEGURANÇA SOCIAL - CARTA SOCIAL (2013). *Rede de Serviços e Equipamentos – Relatório 2013*, Disponível em www.cartasocial.pt, [Consultado em 30.03.2015].

ISSS - INSTITUTO DE SOLIDARIEDADE E SEGURANÇA SOCIAL - CARTA SOCIAL (2014). *Rede de Equipamentos e Serviços – Relatório 2014*. Disponível em www.cartasocial.pt, [Consultado em 30.03.2015].

ISSS - INSTITUTO DE SOLIDARIEDADE E SEGURANÇA SOCIAL - CARTA SOCIAL (2009). *Rede de Serviços e Equipamentos A Dependência – o apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados*, Disponível em www.cartasocial.pt, [Consultado em 30.03.2015].

ISSS - INSTITUTO DE SOLIDARIEDADE E SEGURANÇA SOCIAL, (2008) - *Modelo de Avaliação da Qualidade Estrutura Residencial para Idosos*. Lisboa.

- LESEMANN, F et MARTIN, C. (1995), *Estado, comunidade e família face à dependência dos idosos ao Encontro de um “Welfare-Mix”*, Disponível em <https://repositorio.iscte-iul.pt/>, [Consultado em 11.12.2014].
- LIMA et AL (2010), *Envelhecimento e Qualidade de Vida de Idosos Institucionalizados*, Disponível em <https://www.upf.br/>, [Consultado em 16.12.2014].
- SOBRAL, M. et VALAGÃO, M (2014). Princípios e Orientações para a Intervenção em Serviço Social – Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão in Maria Irene Carvalho e Carla Pinto (Coord.) *Serviço Social Teorias e Práticas*, Lisboa, PACTOR. (pág. 449 – 470).
- MARQUES, R. (2014). *Problemas complexos e governação integrada*, Govint – Fórum para a Governação Integrada
- MARQUES, S. (2011). *Discriminação da Terceira Idade*, Lisboa, Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- MARTIN, I. et AL (2007). Políticas Sociais para a Terceira Idade in Agustín Osório e Fernando Pinto (Coord.) *As Pessoas Idosas*, Lisboa, INSTITUTO PIAGET, (Pág. 131 - 180).
- MARTIN, V. et HENDERSON, E. (2004). *Gestão de Unidades de Saúde e de Serviços Sociais*, Lisboa, Monitor.
- MARTINS, R. (2003). *Envelhecimento e Saúde: Um Problema Social Emergente*. Disponível em [http://repositorio.pt.](http://repositorio.pt/), [Consultado em 06.02.2015].
- MARTINS, R. et RODRIGUES, M. (2004). *Estereótipos sobre idosos: Uma representação social gerontofóbica*. Disponível em <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium29/32.pdf>, [Consultado em 06.02.2015].
- MATOS, E. et PIRES, D. (2006). Teorias administrativas e organizações do trabalho de Taylor aos dias atuais: Influências no setor da saúde e na enfermagem. in *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, jul-set, 15(3), pág. 508-5014. Disponível em <file:///E:/gestão/2006%20usar.pdf>, [Consultado em 02.01.2016].

- MELO, M. (2011). *Profissionalização institucional no terceiro setor e atuais demandas*, Brasil, CICS, <http://cics.uminho.pt/>, [Consultado em 29.12.2015].
- MENDES, F. (2011). *Segurança Social: O Futuro Hipotecado*, Lisboa, Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA SOLIDARIEDADE, Despacho Conjunto n.º 407/98, Diário da República – II série n.º 138 – 18-06-1998, Disponível em www.seg-social.pt/, [Consultado em 02.01.2016].
- MONTOYA, A. (2009), *Habitar na Velhice*, Disponível em <http://associacaoamigosdagrandeidade.com/>, [Consultado em 11.11.2014].
- NEGREIROS, M. et Al (1999). *Serviço Social Profissão e Identidade – Que Trajectória*, Lisboa, Editora Veras.
- NETTO et AL (2005), *Longevidade: desafio no terceiro milênio*, Disponível em <https://www.saocamilo-sp.br/>, [Consultado em 15.12.2014].
- NORMAS ÉTICAS INTERNACIONAIS PARA OS ASSISTENTES SOCIAIS <https://comum.rcaap.pt/>, [Consultado em 20.12.2014].
- OLIVEIRA, F. et OLIVEIRA, R. (2007). As Pessoas Idosas no Brasil: Contexto Demográfico, Político e Social. in Agustín Osório e Fernando Pinto (Coord.) *As Pessoas Idosas*, Lisboa, Instituto Piaget. (pág. 105 – 129).
- OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2014). Disponível em <http://www.un.org/>, [Consultado em 02.01.2016].
- OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2010), *Men Ageing and Health Achieving health across the life span*, Disponível em www.who.int/, [Consultado em 19.12.2014]
- OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. (2005). *Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde*, Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde.
- ONU – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (2002) - SEGUNDA ASSEMBLEIA MUNDIAL SOBRE ENVELHECIMENTO. <http://www.un.org/>, [Consultado em 02.01.2016].

ONU - ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (1999), *Direitos Humanos e Serviço Social*.

ISSS. Departamento Editorial.

ONU - ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (1991), *Princípios das Nações Unidas para as Pessoas Idosas*. Disponível em www.un.org/, [Consultado em 11.11.2014].

OSÓRIO, A. (2007). Os Idosos na Sociedade Atual in Agustín Osório e Fernando Pinto (Coord.) *As Pessoas Idosas*, Lisboa, INSTITUTO PIAGET, (Pág. 11 a 46).

PAÚL, C. e FONSECA, A. (2005). *Envelhecer em Portugal*, Lisboa, CLIMEPSI.

PAÚL, C. e RIBEIRO, Ó. (2012). *Manual de Gerontologia*, Lisboa, Lidel.

PAYNE, M. (2014). Redes Sociais em Serviço Social in Maria Irene Carvalho e Carla Pinto (Coord.) *Serviço Social Teorias e Práticas*, Lisboa, PACTOR. (pág. 181 – 204).

PEREIRA el AL (2006), *Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida de idosos*, Disponível em <https://www.scielo.br/>, [Consultado em 11.11.2014].

PINTO, C. (2014). Serviço Social Desenvolvimento Sustentável: Missões Entrecruzadas in Maria Irene Carvalho e Carla Pinto (Coord.) *Serviço Social Teorias e Práticas*, Lisboa, PACTOR. (pág. 143 – 180).

PINTO, C. (2013). Uma Prática de Empowerment com Adultos Idosos in Maria Irene Carvalho (Coord.) *Serviço Social no Envelhecimento*, Lisboa, PACTOR. (pág. 49 – 65).

PINTO, F. (2007). A Terceira Idade: Idade de Realização. In A., Osório., F. Pinto (Coord.), *As Pessoas Idosas* (pág. 75 - 103). Lisboa, Instituto Piaget.

QUARESMA, M. (2013). Urbanização do Envelhecimento e Intervenção Social: Territórios da Gerontologia Social in Maria Irene Carvalho (Coord.) *Serviço Social no Envelhecimento*, Lisboa, PACTOR. (pág. 149 – 161).

QUIVY, L. et Van Campenhoudt. (2013). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, Gradiva, Lisboa.

RAMALHO, A. e RAMALHO, J. (2013). Enquadramento Jurídico do Envelhecimento no Direito Português. Dedicar. Revista de Educação e Humanidades, 4 (2013) Março, 187-197. <http://hum742.ugr.es/>, [Consultado em 24.06.2015].

RESA, A. (2010). *Tercer Sector e Intervención Social*, Ediciones Académicas, Madrid

RESOLUÇÃO DO PARLAMENTO EUROPEU, de 19 de Fevereiro de 2009, sobre a economia social, Jornal Oficial da União Europeia C 76 E/20 de 25.3.2010, p. 16 – 23

Disponível em <http://www.animar-dl.pt/>, [Consultado em 02.10.2015].

RIBEIRINHO, C. (2005). *Concepções e Práticas de Intervenção Social em Cuidados Sociais no Domicílio*. Dissertação apresentada ao Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa para a obtenção de grau de mestre, orientada por Francisco Branco, Lisboa, Disponível em www.cpihts.com, [Consultado em 10.12.2014].

RIBEIRINHO, C. (2013). Serviço Social Gerontológico: Contextos e Práticas Profissionais in Maria Irene Carvalho (Coord.) *Serviço Social no Envelhecimento*, Lisboa, PACTOR. (Pág. 177 – 200).

RISSARDO, L et AL. (2011). *Concepção e Sentimentos de Idosos Institucionalizados Sobre Família*, Cienc Cuid Saude. 10(4). (Pág. 682-689).

ROBBINS, S. (2006). *Comportamento Organizacional*, S. Paulo, Pearson Prentice Hall.

ROMÃO, A. PEREIRA. A (2008). *As necessidades dos cuidadores informais: Estudo na área do Envelhecimento*, Lisboa, Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.

ROSA, M. (2012). *O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa*, Lisboa, Fundação Francisco Manuel dos Santos.

ROSA, M. et CHITAS, P. (2013). *Portugal e a Europa: os Números*, Lisboa, Fundação Francisco Manuel dos Santos.

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE LISBOA, Regulamento de Comparticipações de Clientes/Famílias pela Utilização de Serviços/Estabelecimentos Sociais da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, (2011).

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE LISBOA, Regulamento Interno da Residência Assistida Carlos da Maia, (2006).

SEQUEIRA, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*, Lousã, Lidel.

SILVA, F. (2013). *O Futuro do Estado Social*, Lisboa, Fundação Francisco Manuel dos Santos.

SQUIRE, A. (2005), *Saúde e Bem-Estar para Pessoas Idosas*, Loures, Lusociência.

STELLA, A. (2013). Das Políticas Sociais da Velhice à Política Social de Envelhecimento. in Maria Irene Carvalho (Coord.) *Serviço Social no Envelhecimento*, Lisboa, PACTOR. (pág. 81 – 103).

TEXTO EDITORA UNIVERSAL disponível em <https://www.priberam.pt>, [consultado em 31.10.2015].

TEIXEIRA, S. (2005). *Gestão das Organizações*, McGraw-Hill de Portugal

TAMER, N., PETRIZ., (2007). A Qualidade de Vida dos Idosos. In A., Osório., F. Pinto (Coord.), *As Pessoas Idosas* (pág. 181 – 201). Lisboa, Instituto Piaget.

UNESCO. (2005). Declaração Universal sobre Bioética e direitos Humanos, <http://unesdoc.unesco.org/>. Consultado em 10.6.2015].

VALLESPIR, J., MOREY., (2007). A Participação dos Idosos na Sociedade: Integração VS. Segregação. In A., Osório., F. Pinto (Coord.), *As Pessoas Idosas*, Lisboa, Instituto Piaget. (pág. 225 – 251).

VASCO, A. (2010). *Governança, Instituições e Terceiro Sector – As Instituições Particulares de Solidariedade Social*, Dissertação apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Coimbra para a obtenção de grau de doutoramento área científica de Economia orientada por José Reis, Coimbra. Disponível em <https://estudogeral.sib.uc.pt/>, [Consultado em 26.12.2015].

VEIGA, M. (2014). *Legislação da União Europeia para o Envelhecimento*, Debater a Europa Periódico do CIEDA e do CEIS20, em parceria com GPE e a RCE. N. 11 julho/dezembro 2014 – semestral disponível em <http://www.europe-direct-aveiro.aeva.eu/debatereuropa/>, [Consultado em 24.06.2015].

Anexos

Anexo I Declarações e Medidas Internacionais

1980	Recomendação do Conselho das Comunidades Europeias sobre princípios de uma política comunitária para a idade da reforma.
1982	1ª Assembleia Mundial das Nações Unidas
1990	Dia Internacional das Pessoas Idosas
1990	Decisão do Conselho das Comunidades Europeias relativa a ações comunitárias em favor dos idosos. A desenvolver de 1991 a 1993.
1991	Criação dos Princípios das Nações Unidas para as Pessoas Idosas
1991	Comissão das Comunidades Europeias decide a criação do “grupo de ligação das pessoas idosas” (elo entre os idosos e a Comissão)
1993	Ano Europeu do Idoso e da Solidariedade entre Gerações
1993	1ª Carta Comunitária dos Direitos Fundamentais das Pessoas Idosas
1993	Decisão 93 512 CEE do Conselho de 21 de Setembro de 1993 – Fase Bridge de TIDE (Iniciativa no domínio da Tecnologia para pessoas com deficiência e pessoas idosas)
1999	Ano Internacional das Pessoas Idosas
1996	Direitos Humanos e Pessoas Idosas
2000	Comitê Econômico e Social emite um parecer sobre os Trabalhadores Idosos
2000	É aprovada a Resolução do Parlamento Europeu sobre a comunicação da Comissão das Comunidades Europeias “ Uma Europa para todas as idades – Promover a prosperidade e a solidariedade entre gerações”
2001	Comunicação da Comissão ao Conselho Parlamento e Comitês, sobre “Futuro dos cuidados de saúde e dos cuidados para as pessoas idosas: garantir a acessibilidade, a qualidade e a viabilidade financeira”
2002	2ª Assembleia Mundial da ONU sobre Envelhecimento
2002	Comissão das Comunidades Europeias publica uma comunicação “Resposta da Europa ao Envelhecimento da População Mundial – Promover o Progresso Económico e Social num Mundo Envelhecido – Contribuição da Comissão Europeia para a II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento”
2003	Comissão das Comunidades Europeias apresenta a comunicação “ Cuidados de saúde e cuidados aos idosos: apoiar as estratégias nacionais destinadas a garantir um elevado nível de proteção social”
2003	Conselho das Comunidades Europeias publica “ Resolução do Conselho relativo à inclusão social – através do diálogo social e da parceria
2006	O Parlamento Europeu publica uma Resolução “Livro Verde: uma nova solidariedade entre gerações face às mutações demográficas” Comunicação da Comissão das Comunidades Europeias
2007	Ano Europeu de Igualdade de Oportunidades para Todos
2008	O Parlamento e o Conselho Europeu estabelecem um programa de investigação e desenvolvimento “Assistência à Autonomia no Domicílio”

2008	Organização Mundial de Saúde lança o “Guia Global – Cidade Amiga do Idoso”
2008	O Comitê Economico e Social emite Parecer sobre o tema “Ter em conta as necessidades dos mais velhos”
2009	Resolução do Parlamento Europeu sobre a ausência de discriminação com base no sexo e a solidariedade entre gerações
2009	Comitê Economico e Social emite Parecer sobre a “Situação dos Trabalhadores Mais Velhos Face às Mutações Industriais – Assegurar o apoio e gerir a diversificação da estrutura de idades nos setores de atividade e nas empresas”
2009	Comissão das Comunidades Europeias publica a comunicação “ Gerir o impacto do envelhecimento da população na UE”
2009	Parlamento Europeu publica uma decisão relativa à interpretação dos artigos 50º, nº 4, 58º e 87º e nº 5, do Regulamento (CE) nº 883/2004 do Parlamento Europeu e do Conselho para a concessão de prestações por invalidez, velhice e sobrevivência, clarificando a aplicação dos referidos artigos fornecendo orientações para a sua aplicação.
2010	Comitê das Regiões emite o Parecer sobre “Gerir o impacto do envelhecimento da população na EU
2011	Declaração de Sevilha
2012	Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações
2012	Comitê Economico e Social emite parecer sobre “Horizonte 2020 – Roteiros para o envelhecimento”
2012	Comitê Economico e Social emite parecer sobre “O contributo e a participação dos idosos na sociedade”
2013	Parlamento Europeu e do Conselho em 17 de Dezembro de 2013 com o regulamento n. 1381/2013, cria o Programa “Direitos, Igualdades e Cidadania”

Fonte: Pesquisa Online [Consultado em 04.05.2015]

Anexo II Proteção Social – Prestações Sociais

Prestações Sociais	Conceito	2015
Pensão de Velhice	Apoio pecuniário mensal pago às pessoas com mais de 66 anos e cumprido o prazo de garantia de 15 anos civis seguidos ou interpolados.	Menos de 15 anos – 261,95€ De 15 a 20 anos – 274,79€ De 21 a 30 anos – 303,23€ 31 e mais anos – 379,04€
Pensão Social Velhice e Invalidez	O regime não contributivo garante a proteção social na velhice e invalidez. Ao montante das pensões acresce o Complemento Extraordinário de Solidariedade (CES)	Pensão social + CES Até aos 70 anos – 217,07€ (199,53+17,54) A partir dos 70 anos – 234,59€ (199,53+35,06)
Pensão de Sobrevivência	Prestação pecuniária referente a uma percentagem da pensão do beneficiário ou daquela a que teria direito à data do falecimento. O beneficiário falecido terá de ter preenchido o prazo de garantia de 36 meses com registo de remunerações.	
Pensão Viuvez	Prestação pecuniária mensal. O regime não contributivo garante a atribuição da pensão ao cônjuge.	Valor de 60% da Pensão Social
Complemento por Dependência	Atribuído a pensionistas dos regimes de segurança social que se encontrem em situação de dependência	1º grau regime geral – 100,77 1º grau regime não contributivo e especial das atividades agrícolas – 90,69€ 2º grau regime geral – 181,38 2º grau regime não contributivo e especial das atividades agrícolas – 171,30€
Complemento Solidário de Idosos	É uma prestação monetária para pessoas com baixos recursos, é complementar à pensão já auferida.	O casal têm de auferir menos de 8.590,75€. Uma pessoa tem de ter recursos inferiores a 4.909,00€. O valor a receber é a diferença entre o montante dos recursos do agregado do requerente e o valor de referência do complemento.
Complemento por cônjuge a cargo	Apoio pecuniário a pensionistas de velhice do regime da segurança social com cônjuge a cargo	Complemento – 36,80€

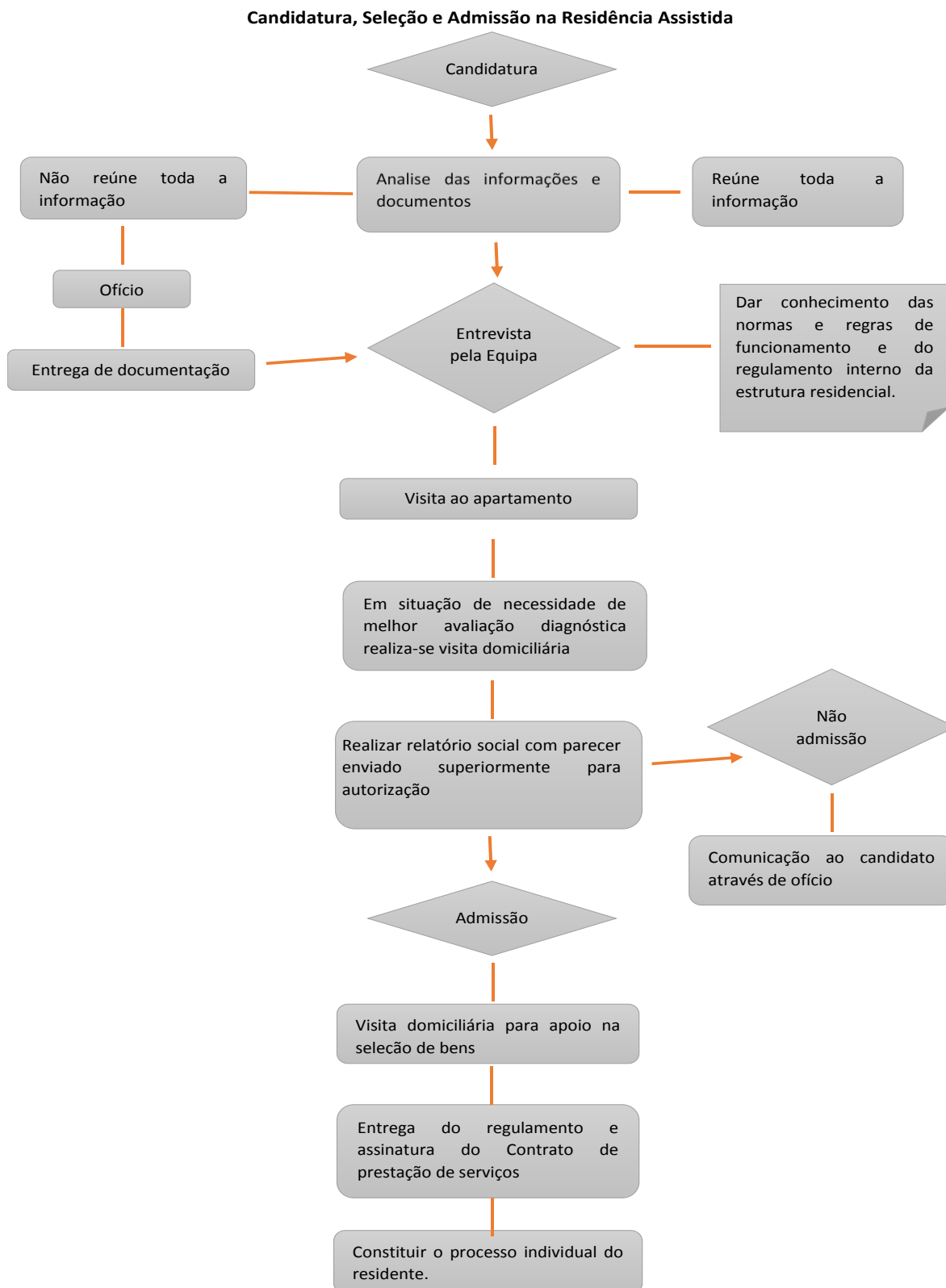
Fonte Carta Social, 20

Anexo III - Proteção Social - Respostas sociais

Respostas Sociais	Definição	Enquadramento legal
Centro Convívio	Resposta Social de apoio a atividades sociais e recreativas e culturais, organizadas e dinamizadas coim participação ativa das pessoas idosas.	Sem Regulamentação
Centro Dia	Resposta social que presta um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção no seu meio social e familiar, das pessoas com 65 anos ou mais, que precisem dos serviços.	Guião técnico do Centro de Dia, elaborado pela Direção Geral da Ação Social (DGAS) e aprovado por Despacho do SEIS, de 29/11/1996
Centro Noite	Resposta social que funciona em equipamento de acolhimento noturno, dirigido a pessoas idosas com autonomia que, durante o dia permanecem em suas casas e que vivem situações de solidão, isolamento e insegurança e necessitam de acompanhamento noturno.	Portaria n.º 96/2013, de 4 de março
Lares de Idosos/Estrutura Residencial para Pessoas Idosas	Resposta social de utilização temporária ou permanente para idosos onde são desenvolvidas atividades de apoio social através de alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, fornecimento de alimentação, cuidados de saúde, higiene, conforto, fomentando o convívio e a ocupação dos tempos livres dos residentes.	Portaria n.º 67/2012, de 21 de março
Residência Assistida para Idosos	Resposta social constituída por um conjunto de apartamentos, com serviços de utilização comum para pessoas idosas com autonomia total ou parcial.	
Serviço de Apoio Domiciliário	Resposta social que consiste na prestação de cuidados e serviços a famílias e/ou pessoas que se encontram no seu domicílio, em situação de dependência física e/ou psíquica e que não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e/ou realização de atividades instrumentais da vida diária, nem disponham de apoio familiar para o efeito.	Portaria n.º 38/2013, de 30 de janeiro
Acolhimento Familiar	Resposta social que consiste em integrar, temporariamente ou permanentemente, pessoas idosas em famílias capazes de lhes proporcionar um ambiente estável e seguro	Decreto-Lei n.º 391/91, de 10 de outubro e Despacho Conjunto n.º 727/99, de 23 de agosto

Fonte: Carta Social (2014)

Anexo IV – Processos Chave de Admissão na Residência Assistida



Fonte: Adaptado de documento interno da SCML (data)

Anexo V – Ficha de Inscrição na Residência Assistida

Ficha de Inscrição na Residência Assistida

1. Dados de Identificação

Nome: _____

Data de Nascimento ___/___/___ Feminino ___ Masculino ___

Naturalidade _____ Nacionalidade _____

Morada _____

Código Postal _____ - _____ Localidade _____

Telefone _____ Telemóvel _____

Documento de Identificação _____ Nº Contribuinte _____

Beneficiário SS Nº _____ SNS Nº _____

Outro Sistema de Saúde _____

2. Dados de Identificação e Contatos da (s) Pessoa(s) Próximas

Nome _____

Data de Nascimento ___/___/___ Parentesco /Relação _____

Morada _____

Código Postal _____ - _____ Localidade _____

Telefone _____ Telemóvel _____

Ocupação _____

Nome _____

Data de Nascimento ___/___/___ Parentesco /Relação _____

Morada _____

Código Postal _____ - _____ Localidade _____

Telefone _____ Telemóvel _____

Ocupação _____

Nome _____

Data de Nascimento ___/___/___ Parentesco /Relação _____

Data de Nascimento ___/___/_____ Parentesco /Relação _____

Morada _____

Código Postal _____ - _____ Localidade _____

Telefone _____ Telemóvel _____

Ocupação _____

3. Rede Social de Suporte

Frequenta algum Equipamento Social ou Associação? _____

Qual _____

4. Motivo do Pedido

5. A preencher pelo serviço

Data da Entrega da Inscrição _____/_____/_____

Recebido por (assinatura Legível) _____

Entregue Comprovativo de Inscrição: Sim _____ Não _____

Entregue toda a documentação Sim _____ Não _____

Documentação em Falta _____

Documentação obrigatória a ser entregue com a inscrição

Documento de Identificação:

Cartão do Cidadão

Bilhete de Identidade

Nº Contribuinte

Cartão de Beneficiário

Cartão Nacional de Saúde

Comprovativo de Rendimentos

Recibo de Renda de Casa

Declaração Médica

✂-----

Comprovativo de Receção de Inscrição

Nome Cliente _____

Observações _____

Data ____/____/____ Assinatura _____

Anexo VI Ofício

Exmo. (a) Senhor (a)

s/referência

s/comunicação

n/referência

ASSUNTO:

Na sequência do V. pedido de candidatura à Residência Assistida _____,
vimos _____ informá-lo _____ (a) _____ de
que, _____

Data: __/__/__

Manifestando desde já, toda a disponibilidade para quaisquer esclarecimentos adicionais.

Com os melhores cumprimentos,

(Identificação)

Fonte: Criado pela autora adaptado de documento da SCML

Anexo VII Ficha de Avaliação na Residência Assistida

Ficha de Avaliação Residência Assistida

1. Dados de Identificação

Nome: _____

Data de Nascimento ___/___/___ Idade_____ Feminino _____ Masculino _____

Naturalidade _____ Nacionalidade _____

Morada _____

Código Postal _____ - _____ Localidade _____

Telefone _____ Telemóvel _____

Documento de Identificação _____ Nº Contribuinte _____

Beneficiário SS Nº _____ SNS Nº _____

Outro Sistema de Saúde _____

2. Pessoa (s) Próximas/ Significativas

Nome _____

Data de Nascimento ___/___/___ Parentesco /Relação _____

Morada _____

Código Postal _____ - _____ Localidade _____

Telefone _____ Telemóvel _____

Ocupação _____

Nome _____

Data de Nascimento ___/___/___ Parentesco /Relação _____

Morada _____

Código Postal _____ - _____ Localidade _____

Telefone _____ Telemóvel _____

Ocupação _____

Agregado Familiar

- Pessoa só (vive só)
- Casal Idoso
- Idoso com ascendente
- Idoso com descendente
- Outro _____

Rede de Suporte

- Familiar
- Amigo
- Vizinho
- Outra situação. Qual _____

Observações: _____

3. Contexto Habitacional

- Morador na área da residência assistida: Sim Não
- Residente na área de intervenção da SCML: Sim Não
- Estado de Conservação da habitação: Bom Razoável Mau

4. Participação cívica

- Frequenta alguma associação ou Equipamento: Sim Não
- Voluntariado: Sim Não
- Observações _____

5. Situação Económica

Rendimentos Mensais	Montante
Total	

Despesas Mensais	Montante
Medicamentos	
Outros	
Total	

6. Cuidados de Saúde

Necessita de Cuidados de Saúde Sim Não

Necessita de Cuidados de Enfermagem Sim Não

7. Dependência (de acordo com o índice de KATZ)

Autónomo/Não dependente

Basta-se com alguma ajuda

Necessita de apoio para as A.V.D.

Observações _____

8. Observações

Assinatura dos Técnicos

Data ____/____/____

Fonte: Criado pela autora

Anexo VIII Critérios de Ponderação processo de admissão

Critérios de Ponderação			Sim	Não
Residir na área da residência	10%	Reside na área da residência (10%)		
Ter idade igual ou superior a 65 anos ou idade inferior, desde que se encontre em situação de vulnerabilidade, sendo que esta vulnerabilidade não pode comprometer a independência funcional e a capacidade de decisão da pessoa.	20%	Ter Idade igual ou superior a 65 anos (20%)		
		Ter idade inferior a 65 anos, estar em situação de vulnerabilidade social. (15%)		
		Idade inferior a 65 anos (0%)		
Ter autonomia para os atos da vida diária	20%	Ter autonomia para os atos da vida diária (20%)		
Não possuir habitação ou as condições adequadas de habitabilidade.	20%	Não tem habitação (20%)		
		A habitação não reúne condições de salubridade (20%)		
		Habitação em bom estado de salubridade e de conservação (0%)		
Ter insuficiência de recursos materiais e financeiros.	15%	Rendimentos per capita > a 100% do RMM ¹ (5%)		
		Rendimentos per capita > de 50% a 100% do RMM (10%)		
		Rendimentos per capita < a 50% do RMM (15%)		
Encontrar-se em situação de isolamento, por razões de inexistência de familiares/rede social.	15%	Isolamento sem rede de apoio de suporte (15%)		
		Isolamento com rede mas sem apoio da rede de suporte. (10%)		
		Isolamento com rede e apoio da rede de suporte. (5%)		

Fonte: Criado pela autora

¹ Retribuição mínima mensal garantida 530,00 euros, Decreto- Lei nº 254-A/2015 de 31 de Dezembro, atualiza o valor da retribuição mínima mensal garantida, o nº 1 do artº 273 do código de trabalho aprovado pela lei nº 7/2009.

Anexo IX Proposta de Contrato de Alojamento e prestação de Serviços
PROPOSTA DE CONTRATO DE ALOJAMENTO E PRESTAÇÃO DE
SERVIÇOS
De.....

Entre:

A....., doravante sempre designada por no presente ato representada pela
.....sito na,

Primeira Outorgante

Nome do residente, adiante designado por **Cliente**, natural de Residente em
Rua, portador do Bilhete de Identidade nº, emitido em, Arquivo,
contribuinte nº

Segundo Outorgante

É celebrado no mútuo reconhecimento da plena capacidade contratual que lhes assiste e no respeito pelas normas legais aplicáveis, o presente contrato de alojamento e prestação de serviços, o qual é integrado pelas cláusulas seguintes:

1ª
(Objecto)

O presente Contrato destina-se a regular o alojamento e a prestação de serviços..... ao Cliente da Residência Assistida....., sito Rua....., de acordo com o respectivo Regulamento Interno que constitui o anexo I.

2ª
(Direitos do cliente)

São direitos do Cliente os seguintes:

- a) Ser respeitados na sua individualidade e privacidade impedindo, nomeadamente, que o seu espaço privado seja invadido sem consentimento prévio e a inviolabilidade da correspondência;
- b) Beneficiar dos serviços adequados às suas necessidades, (designadamente, alimentação, lavagem de roupa, ocupação e apoio nas diligências externas) com respeito pela sua autonomia e independência;
- c) Ser respeitados nas suas características individuais; culturais e espirituais; psicológicas e de saúde, de acordo com a sua capacidade motivação e interesses numa lógica de diferenciação positiva que não comprometam a igualdade de oportunidades de todos os residentes;
- d) Participar, nas atividades da Residência Assistida, incluindo no seu planeamento, de acordo com a sua capacidade, motivação e interesses;

- a) Participar, nas atividades da Residência Assistida, incluindo no seu planeamento, de acordo com a sua capacidade, motivação e interesses;
- b) Ser respeitados nas suas convicções políticas, religiosas ou outras usufruindo de total liberdade de expressão;
- c) Receber visitas, sempre que o desejem, desde que não prejudiquem o normal funcionamento da estrutura residencial;
- d) Efetuar saídas ao exterior, sempre que o desejem, dando antecipadamente, conhecimento aos responsáveis em caso de pernoitar no exterior;
- e) Ser ouvidos sempre que ocorram decisões que lhes digam respeito;
- f) Apresentar sugestões e reclamações ao diretor/a.

3ª

(Direitos da/Residência Assistida)

São direitos da/Residência Assistida os seguintes:

- a) Estabelecer o valor da participação financeira e respectivas actualizações;
- b) Definir a forma de utilização dos meios postos à disposição dos clientes;
- c) Ser informada sobre a situação dos clientes;
- d) Assegurar o pagamento pelo Cliente dos serviços necessários e não incluídos na participação financeira estabelecida;
- e) Ver tratado com respeito o pessoal em exercício de funções na Residência Assistida;
- f) A perda de autonomia que tenha como consequência a incapacidade da pessoa para manter o modo de vida inerente a resposta social deve ser alvo de reavaliação e encaminhamento para uma resposta mais adequada.

4ª

(Obrigações do Cliente)

O Cliente obriga-se a:

- a) Cumprir o estabelecido no Regulamento Interno da Residência Assistida, na Carta de Direitos e Deveres e no presente Contrato;

- a) Disponibilizar toda a informação que garanta a adequabilidade do diagnóstico e a prestação dos serviços/cuidados e sucessivas reavaliações;
- b) Prestar toda a informação que garanta a correcta avaliação socioeconómica;
- c) Proceder ao pagamento da comparticipação estabelecida na Cláusula 6ª;
- d) Colaborar no funcionamento decorrente da dinâmica quotidiana da Residência Assistida;
- e) Colaborar na manutenção das instalações, bem como evitar a deterioração dos bens móveis postos à sua disposição;
- f) Contribuir para a boa convivência e tranquilidade da Residência Assistida com respeito pela individualidade e privacidade de todos os residentes;
- g) Comunicar com quinze dias de antecedência à data da saída definitiva da Residência Assistida, sob pena de pagamento total do mês em curso ou do mês seguinte consoante o caso.

5ª
(Obrigações da)

A..... obriga-se a:

- a) Prestar alojamento e os serviços/cuidados adequados à satisfação das necessidades dos clientes, tendo em vista a manutenção da autonomia e independência;
- b) Contribuir para uma qualidade de vida que compatibilize a vivência em comum com o respeito pela individualidade e privacidade de cada cliente;
- c) Proporcionar um ambiente calmo, securizante, confortável e humanizado;
- d) Manter actualizado o processo individual do cliente, procedendo às reavaliações periódicas da prestação de serviços/cuidados;
- e) Garantir o sigilo dos dados constantes nos processos;
- f) Prestar toda a informação relativa às condições de alojamento e à prestação dos serviços/cuidados;
- g) Fomentar a convivência social através do relacionamento entre os idosos e destes com os familiares e amigos, com o pessoal da Residência Assistida e com a própria comunidade de acordo com os seus interesses;
- h) Receber as reclamações/sugestões e proceder a todas as diligências necessárias ao esclarecimento e resolução dos assuntos.

6ª
(Comparticipação financeira)

1. Como contrapartida do alojamento e dos serviços prestados pela Residência Assistida, o Cliente obriga-se a pagar mensalmente, até ao dia 20 de cada mês, o valor de00€.

2. O valor da participação financeira é actualizado anualmente, em regra no início de cada ano civil, e sempre que se justifique.

7ª
(Duração)

O presente contrato é celebrado pelo período de um ano, considerando-se automática e sucessivamente renovado por igual período de tempo, se não for denunciado pelos Outorgantes com a antecedência mínima de 30 dias.

8ª
(Cessação)

O presente contrato pode cessar, a todo o tempo, por comum acordo, bem como pode ser resolvido por qualquer um dos Outorgantes sempre que ocorram circunstâncias que, pela sua natureza, inviabilizem a subsistência do Contrato, designadamente se forem violadas, de modo reiterado ou por forma grave, as cláusulas antecedentes e demais disposição aplicável.

9ª
(Entrada em vigor)

O presente contrato entra em vigor em _____, correspondente à data de início do alojamento e da prestação dos serviços.

Lisboa, de _____ de _____.

O contrato de alojamento e de prestação de serviços é assinado em dois originais pelos Outorgantes, que também rubricam todas as páginas que integram cada exemplar, ficando um original na posse do Primeiro Outorgante e outro na posse do Segundo Outorgante.

Primeira Outorgante

Segundo Outorgante

Fonte: Criado pela autora adaptado de documento da SCML