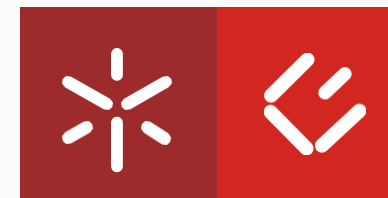




Análise das respostas sociais na área da deficiência-  
Lares Residenciais

Ana Isabel de Oliveira da Mota

UMinho|2023



**Universidade do Minho**

Escola de Economia e Gestão

Ana Isabel de Oliveira da Mota

**Análise das respostas sociais na área da deficiência- Lares Residenciais**

outubro 2023





**Universidade do Minho**

Escola de Economia e Gestão

Ana Isabel de Oliveira da Mota

**Análise das respostas sociais na área da  
deficiência- Lares Residenciais**

Dissertação de Mestrado

Mestrado em Economia Social

Trabalho efetuado sob a orientação da

**Professora Doutora Paula Veiga Benesch e**

**Professora Doutora Luísa Martins Fernandes**

Outubro 2023

## **DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS**

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

Licença concedida aos utilizadores deste trabalho



Atribuição CC BY

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

## **Agradecimentos**

“Todas as coisas da vida, são criadas duas vezes: quando as sonhamos e quando as concretizamos.”

Inicio assim a agradecer a algumas pessoas, que me acompanharam nesta caminhada e que comigo a tornaram possível e mais leve.

À Professora Doutora Paula Veiga Benesch e à Professora Doutora Luísa Martins Fernandes por todo o contributo que deram na orientação deste trabalho, pela força, pela compreensão e empatia em todo o processo, sempre com o maior incentivo.

Agradecida a todos os representantes que se disponibilizaram a ceder parte do seu tempo para colaborarem nos questionários. Sem essa colaboração, este resultado não era possível.

Um agradecimento em particular à minha mãe e à minha madrinha. Agradecida à minha família núcleo, por me apoiarem sempre. Agradecimento enorme a todas as minhas amigas e amigos que sempre estiveram do meu lado. Não menos importante, grata ao meu namorado por me incentivar sempre, mesmo nos momentos em que se tornou mais difícil, por nunca deixar que fosse opção desistir. Por último e não menos relevante, agradecida aos meus amigos de trabalho, que tudo sempre fizeram para que fosse possível hoje isto estar a acontecer, sempre a apoiarem-me para que este objetivo hoje fosse concretizado.

## **Declaração de Integridade**

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho acadêmico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultado sem nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ Minho.

## **Análise das respostas sociais na área da deficiência- Lares Residenciais**

### **Resumo**

O presente estudo tem como propósito analisar os Lares Residenciais para Pessoas com Deficiência, pretendendo-se conhecer os desafios que estas respostas sociais enfrentam para proporcionarem as respostas adequadas e com a qualidade que estes utentes têm direito. Trata-se de um estudo de aspeto comparativo executado a partir de 6 Organizações, em que se procurou compreender e explicar as diferentes formas de atuação destas Organizações, no respeitante a duas grandes dimensões, a das políticas públicas, englobando subdimensões dos recursos humanos, materiais e financeiros e a dimensão da autodeterminação, autonomia e participação na comunidade, cujas subdimensões se centraram na autodeterminação e autonomia e na participação na comunidade. Assim, o estudo consistiu em interpretar qual o compromisso das Organizações na aceção e concretização de políticas públicas inerentes ao direitos e melhoria da qualidade de vida das pessoas com deficiência. No desenvolvimento do estudo privilegiaram-se os testemunhos dos dirigentes destas Organizações, recolhidos através de questionários e entrevistas semiestruturadas

As Organizações referiram ainda a importância das dimensões analisadas, das políticas públicas existentes para estas populações, assim como a importância dos recursos humanos, materiais e financeiros nestas Organizações e também a relevância e operacionalização que dão à dimensão da autodeterminação e autonomia dos utentes e da participação na comunidade destes, pois só todos funcionando e estando em sintonia é possível dar respostas de qualidade a estas populações.

**Palavras-chave:** deficiência; incapacidade; Lares Residenciais; Organizações; Saúde.

## **Analysis of Social Responses in the Area of Disability: Residential Homes**

### **Abstract**

This study aims to analyze Residential Homes for People with Disabilities, with a focus on understanding the challenges faced by these social services in providing appropriate and quality responses to their users. Conducted across six Organizations, this comparative study seeks to elucidate the varying approaches of these Organizations across two main dimensions: public policies, encompassing aspects such as human, material, and financial resources, and the dimension of self-determination, autonomy, and community participation, with a specific focus on these aspects. Therefore, the study aims to interpret the commitment of Organizations to understanding and implementing public policies aimed at promoting the rights and enhancing the quality of life of people with disabilities. Methodologically, the study relies on the insights provided by leaders of these Organizations, gathered through questionnaires and semi-structured interviews. Additionally, Organizations underscored the significance of the analyzed dimensions, the existing public policies targeting these populations, and the importance of human, material, and financial resources within these Organizations. They emphasized the importance of promoting user self-determination, autonomy, and community participation, highlighting that only through the concerted effort and alignment of these factors can quality responses be provided to these populations.

Keywords: disability; impairment; Residential Homes; Organizations; Health.



## Índice

Introdução.....	12
Capítulo 1. Enquadramento teórico.....	16
1.1. Deficiência em Portugal.....	21
1.2. Evolução legislativa em Portugal.....	28
Capítulo II. Metodologia de Investigação.....	44
2.1. Metodologia Qualitativa: Entrevista semiestruturada.....	54
2.2. Amostra.....	57
Capítulo III. Apresentação e análise de dados.....	60
3.1. Discussão de Resultados.....	83
Capítulo IV. Conclusões.....	86
4.1 Limitações do estudo e investigação futura.....	89
Referências Bibliográfica.....	92
Anexos.....	99

## **Lista de Abreviaturas e Sigla**

ASU-Atividades Socialmente Úteis

AAD- Ajudante de Ação Direta

BTE- Boletim do Trabalho e do Emprego

CACI- Centro de Atividades e Capacitação para a Inclusão

CDPD- Convenção sobre Direitos da Pessoa com Deficiência

CIF- Classificação Internacional de Funcionalidade e Saúde

CONFECOOP- Confederação Cooperativa Portuguesa

COVID-19- Síndrome Respiratória Aguda/Grave do Coronavírus 2

CRI- Centro de Recursos para a Inclusão

DGSS- Direção Geral da Segurança Social

DT- Diretor(a)Técnico(a)

ENDEF- Estratégia Nacional para a Deficiência

ENIPD- Estratégia Nacional para a Inclusão das Pessoas com Deficiência

FENACERCI- Federação Nacional de Cooperativas de Solidariedade Social

HIV- Vírus da Imunodeficiência Humana

INE-Instituto Nacional de Estatísticas

INR- Instituto Nacional para a Reabilitação

IPSS- Instituições Particulares de Solidariedade Social

MAVI- Modelo de Apoio à Vida Independente

MSSS- Ministério da Solidariedade e da Segurança Social

ODDH- Observatório de Deficiência e Direitos Humanos

OMS- Organização Mundial de Saúde

ONGPD- Organizações Não Governamentais das Pessoas com Deficiência

ONU- Organização das Nações Unidas

PAIPDI-Plano de Ação para a Integração das Pessoas com Deficiências ou Incapacidades

PARES- Programa de Alargamento da Rede de Equipamentos Sociais

PASPVP- Programa de Acessibilidades aos Serviços Públicos e na Via

Pública

PCDI- Pessoas Com Deficiência e Incapacidade

PEA- Perturbações de Aprendizagens Específicas

PMD- Plano Diretor Municipal

PNAI- Plano Nacional de Ação para a Inclusão

PNAPA- Plano Nacional de Promoção da Acessibilidade

PNE- Plano Nacional de Emprego

P.P.- Pontos Percentuais

RAI- Residência de Autonomização e Inclusão

SAPA- Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio

Seg. Social- Segurança Social

SNS- Serviço Nacional de Saúde

SVI- Sistema de Verificação de Incapacidade

UCC- Unidade de Cuidados Continuados

UFCD- Unidades de Formação de Curta Duração

UNRIC- Centro Regional de Informação das Nações Unidas

## Índice de Figuras

**Figura 1-** Evolução do risco de pobreza ou de exclusão social dos agregados familiares, por deficiência e por grupo etário, 2016-2021 (+16 anos; Portugal; %)

**Figura 2.** Evolução do risco de pobreza ou de exclusão social, por grau de deficiência, 2016-2021 (+16 anos; Portugal; %)

**Figura 3-** Evolução do risco de pobreza ou de exclusão social na população com deficiência, por sexo, 2016-2020 (16+ anos; Portugal; %)

## **Índice de Tabela**

**Tabela 1-** Resumo da evolução legislativa

**Tabela 2-** Prestações e benefícios sociais e de saúde

**Tabela 3-** Apoios e Programas Sociais para pessoas com Deficiência

**Tabela 4 -** Modelo de Qualidade de Vida de Veiga et al (2014)

**Tabela 5-** Sinopse do Modelo de Qualidade de Vida concebido com base no Modelo concetual de Qualidade de Vida de Veiga et al (2014)

**Tabela 6:** Caracterização da amostra

**Tabela 7-** Caracterização da 1º Organização

**Tabela 8-** Caracterização da 2º Organização

**Tabela 9-** Caracterização da 3º Organização

**Tabela 10-** Caracterização da 4º Organização

**Tabela 11-** Caracterização da 5º Organização

**Tabela 12-** Caracterização da 6º Organização

## **Introdução**

Segundo Alvim e Novaes (2019), na Declaração de Direitos das Pessoas com Deficiência, o termo pessoa deficiente, refere-se a “qualquer pessoa incapaz de assegurar por si mesma, total ou parcialmente, as necessidades de uma vida individual ou social normal, em decorrência de uma deficiência congénita ou não, em suas capacidades físicas ou mentais” (ONU, 1975, p. 1).

Estima-se que as pessoas com deficiência representam cerca de 10% da população mundial (650 milhões de pessoas), um percentual expressivo (UNRIC, 2015). Do total de pessoas com deficiência, cerca de 80% vivem em países considerados emergentes (Pase, et al. 2020).

Nos países mais desenvolvidos, de acordo com Guerra (2003), as pessoas com deficiência continuam a ser vítimas de exclusão social e a sofrerem com as desigualdades sociais. Na União Europeia, quase 38 milhões de pessoas apresentam algum tipo de incapacidade. Ainda, segundo este autor (Guerra, 2003), em Portugal, o número de pessoas que possuem alguma incapacidade é de, aproximadamente, um milhão de pessoas. Esse número é tanto mais preocupante, se tivermos em conta que as pessoas com deficiência apresentam, aqui, uma taxa de risco de pobreza 25% superior às pessoas sem deficiência. (INE, 2013) (Pase, et al. 2020).

A nível nacional, a problemática da deficiência tem vindo a ganhar mais relevo nos últimos anos, facto visível não só pelo surgimento de legislação específica nesta matéria, mas também pelos serviços voltados para a criação, implementação e monitorização de políticas sociais nesta área (Silveira, 2017).

É um assunto de grande relevância para a sociedade é uma questão que envolve os direitos humanos, e a análise das políticas públicas para pessoas com deficiência ainda é muito incipiente, dependendo dos contextos geográficos. Além disso, é recente a visão da deficiência como forma de

opressão social, resultante da soma de fatores sociais e ambientais (Pase, et al. 2020).

Os dados existentes ilustram preocupações quanto às condições de inclusão social destas pessoas, que não estão efetivamente salvaguardadas, sobretudo no plano do acesso a serviços de saúde, de educação, de emprego. Estas preocupações incentivaram o estudo de “Análise das respostas sociais na área da deficiência - Lares Residenciais.”

O objetivo do estudo foi compreender, através de entrevistas e questionários a dirigentes das Organizações a nível Nacional, a realidade dos Lares Residenciais para pessoas com deficiência, procurando perceber como investem para uma real integração social destas populações e na qualidade de vida das pessoas com deficiência.

O estudo procura compreender e explicar a importância que as Organizações com tipologia de Lares Residenciais, que abrangem a área da deficiência, dão a duas grandes dimensões: à dimensão das políticas públicas, que pretenderam focar também os recursos humanos, materiais e financeiros destas Organizações e também à dimensão da autodeterminação e autonomia e da participação na comunidade.

A pertinência da realização deste estudo, decorre da relevância social da problemática e pelas implicações práticas que se esperou que o estudo pudesse ter para a reflexão mais profunda relativamente àqueles que são os fatores que influenciam o sucesso da concretização destes objetivos, propósito que, por si, motiva a relevância do tema escolhido.

A ambição foi sobretudo no sentido de proporcionar alguns contributos para a perceção e esclarecimento de como atuam as Organizações em relação às questões do estudo.

Analysaram-se, portanto, estas duas grandes dimensões: as políticas públicas dispostas nas Organizações, que, conformar refere Bucci, “(...) são programas de ação governamental visando coordenar os meios à disposição do Estado e as atividades privadas, para a realização de objetivos

socialmente relevantes e politicamente determinados”, devendo “ (...) visar a realização de objetivos definidos, expressando a seleção de prioridades, a reserva de meios necessários à sua consecução e o intervalo de tempo em que se espera atingimento de resultados” (Bucci, 2006, p. 38-39). Neste âmbito consideramos como subdimensões os recursos humanos, materiais e financeiros, pois é a forma como se desenvolvem as políticas públicas, que vai garantir a presença destes recursos, garantindo às Organizações, condições para acautelar a todos os cidadãos proteção social.

Subsequentemente consideramos a dimensão autodeterminação, autonomia e participação na comunidade, que engloba respetivamente as subdimensões: autodeterminação e autonomia; e participação na comunidade. Esta última dimensão foi uma adaptação da sinopse do Modelo de Qualidade de Vida de Fernandes (2017), concebido com base no Modelo concetual de Qualidade de Vida de Veiga et al. (2014).

O estudo foi efetuado com a aplicação de entrevistas e questionários aos dirigentes de Organizações, tendo como propósito entender qual o modo operante do funcionamento das Organizações desta área, ou seja, perceber como funcionam, que especificidades têm e como atuam no dia-a-dia com estas pessoas, explorando de que modo usufruem de uma qualidade de vida igual à das pessoas sem qualquer tipo de deficiência associada.

O presente trabalho foi dividido em quatro capítulos. No primeiro capítulo apresentou-se o enquadramento teórico do estudo, estando dividido em dois subcapítulos, sendo que o primeiro apresenta uma visão sobre a deficiência em Portugal e o segundo subcapítulo descreve a evolução legislativa em Portugal. No segundo capítulo foi exibida a metodologia de investigação, estando dividido em dois subcapítulos: no primeiro é descrita a Metodologia Qualitativa: Entrevista semiestruturada e no segundo subcapítulo explorada a amostra da investigação. No terceiro capítulo foram ostentados os dados e a sua respetiva análise, tendo um subcapítulo onde abarca a discussão dos resultados. No quarto e último capítulo foram



expostas as conclusões, cujo subcapítulo descreveu as limitações do estudo e investigação futura.

## **Capítulo 1. Enquadramento teórico**

Uma das principais dificuldades que surge na abordagem da problemática da deficiência prende-se com a precisão do conceito – o que se entende por deficiência?

Primeiramente, é importante clarificar as diferenças entre o conceito de deficiência/incapacidade. O conceito de “deficiência”, tal como é estabelecido pela Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) (OMS, 2004) é “uma perda ou anormalidade de uma estrutura do corpo ou de uma função fisiológica (incluindo funções mentais)”. Na CIF, o termo anormalidade refere-se estritamente a uma variação considerável das normas estabelecidas (isto é, como um desvio de uma média na população obtida usando normas padronizadas de medida) e deve ser utilizado apenas neste sentido. O termo “incapacidade”, também segundo a CIF, é um termo “genérico para deficiências, limitações da atividade e restrições na participação. O termo indica os aspetos negativos da interação entre um indivíduo (com uma condição de saúde) e seus fatores contextuais (ambientais e pessoais). Assim sendo, incapacidade é um termo que inclui deficiências, limitação da atividade ou restrição na participação.” (OMS, 2004, p. 186).

A CIF também relaciona os fatores ambientais que interagem com todos estes constructos. Neste sentido, a classificação permite ao utilizador registar perfis vantajosos da funcionalidade, incapacidade e saúde dos indivíduos em vários domínios. (OMS, 2004). Empiricamente, uma pessoa com deficiência pode ter um grau de incapacidade maior ou menor, ser menos ou mais funcional no seu dia a dia, conforme os contextos do meio físico e social.

Na primeira década do séc. XX, a palavra “deficiente” começou a ser usada, em alguns países, como forma de designar pessoas com alguma deficiência ou incapacidade. (Figueiredo, 2021). Nessa época, o conceito

surgiu para representar um nome coletivo, tendo essa interpelação vindo a ficar obsoleta à medida que o movimento pelos Direitos das Pessoas com Deficiência se foi fortificando (Shakespeare, 2017), evoluindo assim a designação de “pessoa deficiente” para “pessoa com deficiência”, colocando a realce na pessoa e não na deficiência (Shakespeare, 2013; Shakespeare, 2017; Vornholt et al., 2013; Vornholt et al., 2018). Existem muitos tipos de deficiência que afetam as pessoas de maneiras diversas, com maior ou menor grau de limitação, por isso mesmo deve ser vista como um conceito multifacetado. (Figueiredo, 2021).

Em 2001, a Organização Mundial da Saúde, com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), introduz uma mudança radical de paradigma face à definição de deficiência e incapacidade (Figueiredo, 2021).

A CIF baseia-se no modelo biopsicossocial e a inovação trazida por esta está no facto de caracterizar a deficiência estabelecendo a interação dos fatores médicos e individuais com fatores ambientais. Segundo Fontes (2016), podem ser fatores de natureza social (atitudes sociais, estruturas sociais e políticas, etc.) ou fatores de natureza pessoais (género, idade, profissão, habilitações académicas, entre outros). Assim, a classificação não constitui apenas um instrumento para medir o estado funcional dos indivíduos, também permite “avaliar as condições de vida e fornecer subsídios para políticas de inclusão social” (Farias e Buchalla, 2005).

O modelo biopsicossocial veio substituir os modelos tradicionais de cariz biomédico, baseados em diagnósticos de deficiências (aspectos biológicos) (Fontes, 2016). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2011), o modelo médico e o modelo social são ambos parcialmente válidos, mas nenhum deles é adequado. A deficiência é um conceito vasto, que abrange tanto a vertente física como social, pelo que é importante um modelo que englobe estas perspetivas. O mesmo autor refere que existe uma forte ligação entre deficiência, pobreza e exclusão social.

Na esteira de Sousa et al. (2007), tal correlação está relacionada com “o preconceito e a discriminação negativa” que se constituem “como fatores poderosos na produção de desigualdades entre pessoas que têm e que não têm deficiências e na exclusão das que têm deficiências e incapacidades da vida em sociedade”.

A própria Convenção sobre Direitos da Pessoa com Deficiência (CDPD) (ONU, 2006) não estabelece uma definição universal, reconhecendo ao invés, “que a deficiência é um conceito em evolução e que a deficiência resulta da interação entre pessoas com incapacidades e barreiras comportamentais e ambientais que impedem a sua participação plena e efetiva na sociedade em condições de igualdade com as outras pessoas (ONU, 2006, p. 1). Assim, e de acordo com a CDPD, pessoas com deficiência têm “... incapacidades prolongadas de natureza física, mental, intelectual ou sensorial às quais, em interação com variadas barreiras, podem comprometer a sua total e efetiva participação na sociedade numa situação de igualdade com os outros cidadãos”. (ONU, 2006, p. 3).

Nas últimas décadas, autores como Barnes, et al. (1999), citado por Prates (2019), fazem referência à forma como a deficiência tem sido encarada pela sociedade. Os mesmos, reconhecem a deficiência como sendo um problema individual, todavia afirmam que esta visão foi alterada, sendo hoje oportuno ter em conta a relação entre a pessoa e o meio. Segundo esta teoria, o problema não reside apenas nas capacidades e incapacidades, mas nas oportunidades ou barreiras que se geram no meio.

De acordo com Wilson (2000), citado por Sanches e Teodoro, (2006), a inclusão é a palavra que hoje pretende definir igualdade, fraternidade, direitos humanos ou democracia. Contudo, de acordo com Veiga, Fernandes e Verdugo (2021), a inclusão efetiva continua por realizar permanecendo as pessoas naquela que é designada, por Gardou (2011), como a “condição limiar”. Para Dyson (2001) a inclusão implica participação ativa. No sentido em que participação significa ter emprego, ter um nível de vida aceitável, ter

oportunidade de melhorar os empregos e aumentar os rendimentos. Na Convenção Internacional das Nações Unidas sobre os direitos das pessoas com deficiência, destaca-se a participação nos artigos 29º e 30º em que “os países devem garantir a participação na vida política, na vida pública e reconhecer o direito de participação na vida cultural das pessoas com deficiência” (ONU, 2006). Vários organismos e países da Comunidade Europeia legislaram o direito à participação das pessoas com deficiência.

No Relatório Mundial sobre a Deficiência (RMD), reforça-se inclusivamente a ideia de que todos nós, em algum momento da nossa vida, tivemos ou teremos uma deficiência temporária ou permanente, pelo que “deficiência faz parte da condição humana.” (OMS, 2011, p. 3).

Para o Instituto Nacional para a Reabilitação, tutelado pelo Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, o termo, “pessoas com deficiência”, inclui aquelas que têm incapacidades duradouras físicas, mentais, intelectuais ou sensoriais, que em interação com várias barreiras podem impedir a sua plena e efetiva participação na sociedade em condições de igualdade com os outros. (INR, 2020).

O conceito de Qualidade de Vida, estando presente no desenvolvimento das variáveis estudadas como autodeterminação, inclusão e participação na comunidade das pessoas com deficiência deve ser aprofundado. Schalock (1997) defende que quantificar a qualidade de vida é um processo que não é estanque e é sensível a mudanças. As dimensões propostas pelo autor definem vida de qualidade para pessoas com ou sem deficiência e propõem avaliar o bem-estar emocional, as relações interpessoais, bem-estar material, desenvolvimento pessoal, bem-estar físico, autodeterminação, inclusão social e direitos. Schalock (1997) defende ainda que, as medidas de satisfação devem considerar os mesmos indicadores utilizados para as medidas objetivas, evitando deste modo, obter medidas gerais de satisfação que não correspondem ao carácter multidimensional a que continuamente se faz referência sublinhando que os

indicadores devem obedecer a três critérios: a) serem apropriados para a idade ou nível funcional da pessoa; b) serem valorizados pelo próprio; e, c) estar ligados ao programa ou serviço que a pessoa recebe.

Schalock (1997) refere ainda que “o que faz o conceito de qualidade de vida ser tão importante neste campo é a nossa vontade de utilizar este conceito como um processo e um princípio organizativo para melhorar as vidas das pessoas com deficiência e para avaliar os resultados e a validade social das práticas atuais de reabilitação” (Schalock, 1997, p. 88).

Existem variados modelos de qualidade de vida, e estes têm distintas dimensões comuns, sendo que este estudo se baseou na utilização de algumas dessas dimensões que provêm do modelo inicialmente criado por Hughes et al., utilizando-se a sinopse do Modelo de Qualidade de Vida (Fernandes, 2021) concebido com base no Modelo conceitual de Qualidade de Vida de Veiga et al. (2014).

A dimensão utilizada a partir destes modelos foi: a autodeterminação, autonomia e participação na comunidade, uma vez que foram as dimensões propostas para análise e este modelo ia de encontro ao pretendido no estudo, que em modo geral era entender como atuavam as Organizações tendo em conta estas dimensões, que são imprescindíveis a sua implementação para a qualidade de vida dos utentes. Houve a necessidade de subdividir a dimensão geral para ser possível responder aos objetivos estabelecidos. No âmbito da dimensão das políticas públicas tivemos em conta as subdimensões dos recursos humanos, materiais e financeiros.

Neste seguimento importa enfatizar que o desenvolvimento das pessoas com deficiência é visto como uma prioridade de direitos humanos. Tal, passa por lhes garantir acesso à educação, à saúde, aos transportes, ao emprego e à informação, fazendo frente à baixa escolaridade, à falta de participação cívica, à não inclusão no mercado de trabalho, entre outros constrangimentos.

Segundo a OMS (2011, p. 1-3) Estes avanços tornam-se possíveis com

o desenvolvimento de políticas sociais envolvendo todos os atores sociais coletivos e individuais, públicos e (semi) privados, formais e informais, constituindo-se como impulsores para a evolução de medidas de políticas inclusivas nos domínios como a saúde, a educação, o emprego, as acessibilidades, as tecnologias, e áreas relacionadas.

### **1.1. Deficiência em Portugal**

Portugal até à década de 60, teve uma perspetiva assistencialista da deficiência, caracterizando-se por uma postura centralizada na prestação de serviços de apoio aos portadores de deficiência. Nesta perspetiva, implicava auxiliar estes indivíduos, dada a sua fragilidade, numa coerência ligada à da caridade. As pessoas com deficiência eram institucionalizadas em asilos e não desfrutavam de quaisquer direitos. Esta conceção passa a ser permutada a partir dos anos 70 pela perspetiva da integração, que em Portugal ocorreu com o surgimento dos deficientes militares vindos das guerras coloniais. A Revolução de 25 de abril de 1974, foi um marco essencial de alterações sociais e políticas que criou as circunstâncias para atualização da educação especial e para o progresso da reabilitação em Portugal. A Constituição de 1976, consagrou os totais direitos no ensino e na igualdade de oportunidades para quaisquer cidadãos. O Estado ficou, desta forma, comprometido em desenvolver uma estratégia de integração para as pessoas com deficiência. A partir dos anos 90, é criada legislação que oficializa o regime de emprego protegido, assim como programas de formação profissional adequados a estes indivíduos. (Neves e Capucha, 2006).

Na atualidade, para que alguém, em Portugal, seja oficialmente considerada pessoa com deficiência, é necessária a emissão de um Atestado

Médico de Incapacidade Multiuso (Decreto-Lei n.º 291/2009<sup>1</sup>) que comprove um grau de incapacidade igual ou superior a 60%, de forma a estar elegível para o direito de acesso às medidas de apoio públicas e aos benefícios sociais do Estado.

De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2022), dados do XVI Recenseamento Geral da População e VI Recenseamento Geral da Habitação, revelam que em 2021, 10,9% da população residente, com 5 ou mais anos, tem pelo menos uma incapacidade. Esta condição afeta principalmente as mulheres, obtendo-se um rácio de feminilidade de 164 mulheres com incapacidade por cada 100 homens com incapacidade. O predomínio da incapacidade aumenta com o avanço da idade, de forma progressiva, sobretudo a partir dos 70-74 anos. O nível de escolaridade completado pela maior parte da população com incapacidade era o ensino básico (64,7% considerando a população com incapacidade e com 15 ou mais anos). A verossimilhança de estar ativo e a possibilidade de estar empregado são inferiores quando existe pelo menos uma incapacidade (INE, 2022).

A incapacidade de andar ou subir degraus é a mais prevalente e afeta 6,1% da população com 5 ou mais anos. Na população, 3,5% das pessoas são afetadas pela incapacidade de ver, 3,4% pela incapacidade de cognição/memória, e 2,8% em ouvir; 3,0% têm dificuldade em tomar banho ou vestir-se sem apoio e 1,5% em compreender os outros ou fazer-se compreender. A incapacidade de ver é a que afeta relativamente menos o emprego das pessoas com incapacidade (20,0% estavam ativas e 17,5% estavam empregadas à data dos Censos 2021), enquanto a incapacidade de mobilidade é a mais penalizadora (apenas 7,9% das pessoas com incapacidade estavam ativas e 7,1% empregadas). Da população, 8,0%, com 5 ou mais anos e incapacidade vive em alojamentos coletivos, uma proporção bastante superior à observada para a população em geral com 5

---

<sup>1</sup> <https://files.dre.pt/1s/2009/10/19700/0749707500.pdf>



ou mais anos (1,5%). A população residente em alojamento familiar clássico, corresponde a 68,1%, com 5 ou mais anos e incapacidade de mobilidade, vivem em alojamentos sem acessibilidade para pessoas que utilizam cadeira de rodas de forma autónoma (sem apoio de outra pessoa). A população com 15 ou mais anos com incapacidade que se desloca para trabalhar ou estudar representa apenas 3,2% do total da população que o faz e 13,3% do total da população com 15 ou mais anos com incapacidade (INE, 2022).

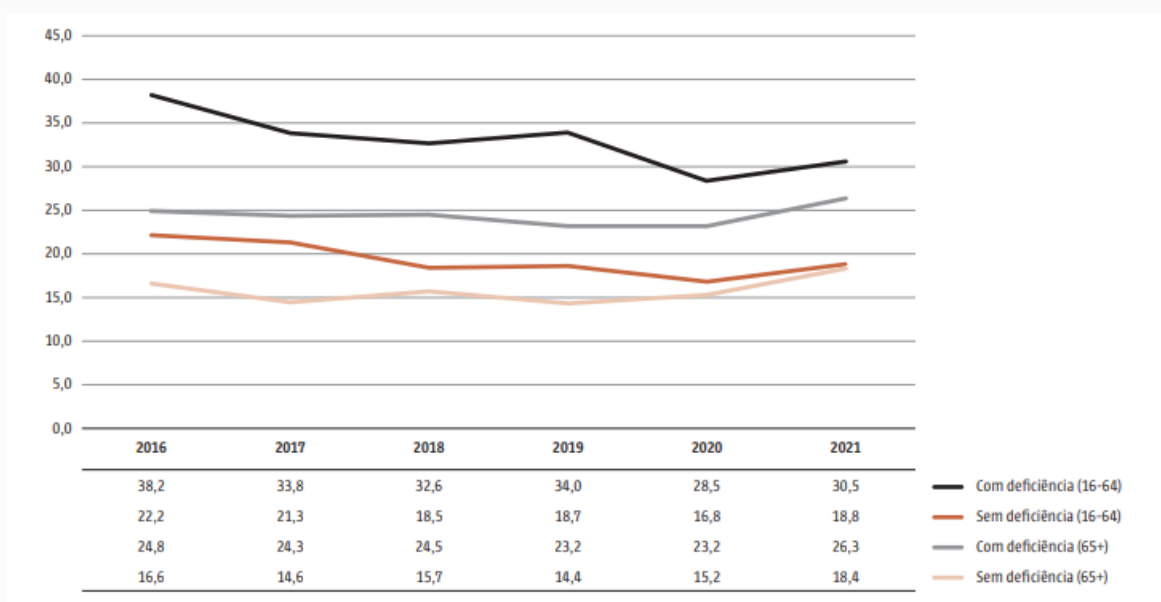
De acordo com o Relatório “Pessoas com Deficiência em Portugal- Indicadores de Direitos Humanos, 2021” , contendo os dados mais recentes a poderem ser analisados, “quando o olhar analítico se alarga num arco temporal mais longo, por exemplo de 2016 a 2020, identificam-se progressos em áreas críticas como a redução do risco de pobreza ou exclusão social, a melhoria das taxas de emprego e redução do desemprego, o aumento do número de estudantes com deficiência no ensino superior e a melhoria da resposta das instituições de ensino superior a estes e estas estudantes.” (Pinto, et al. p. 9)

Contudo, a crise pandémica, com início oficial em Portugal a 2 de março de 2020, revela ainda importantes desigualdades, que sugerem efeitos mais negativos e processos de mais lenta recuperação no caso das pessoas com deficiência face à população em geral, bem como a persistência de desigualdades entre os dois grupos, que são penalizadoras para as pessoas com deficiência (Pinto, et al. 2022). Importa lembrar que Capucha (2005), segundo Silvério, 2017, na análise da pobreza em Portugal, refere que as pessoas com deficiência são uma das classes sociais vulneráveis, na medida em que são afetadas pela existência de incapacidades específicas, que as impedem de participar social e profissionalmente, na sociedade (Silveira, 2017).

A tendência de progressão do risco de pobreza ou de exclusão social, em Portugal, entre 2016 e 2021, para agregados com ou sem deficiência

não é clara, como evidenciada na figura 1 (p. 24), com períodos de crescimento e decréscimo no período em observação. Regista-se, no entanto no período, uma redução entre os agregados com deficiência no grupo etário dos 16-64 anos, sendo a redução superior ao da população na mesma faixa etária. Quando se considera a faixa etária acima dos 65 anos, em Portugal, o risco de pobreza ou de exclusão social na população com mais de 65 anos aumentou no período observado, acompanhado o aumento na população em geral. O padrão de evolução, em 2021, apresenta um agravamento do risco de pobreza ou de exclusão social dos agregados de pessoas com deficiência (+3,1 p.p., de 23,2% para 26,3%), sendo que continua a haver uma penalização dos agregados de pessoas com deficiência (ver Figura 1, p. 24) (Pinto, et al. 2022).

**Figura 1- Evolução do risco de pobreza ou de exclusão social dos agregados familiares, por deficiência e por grupo etário, 2016-2021 (+16 anos; Portugal; %)**



Fonte: Eurostat (2022d).

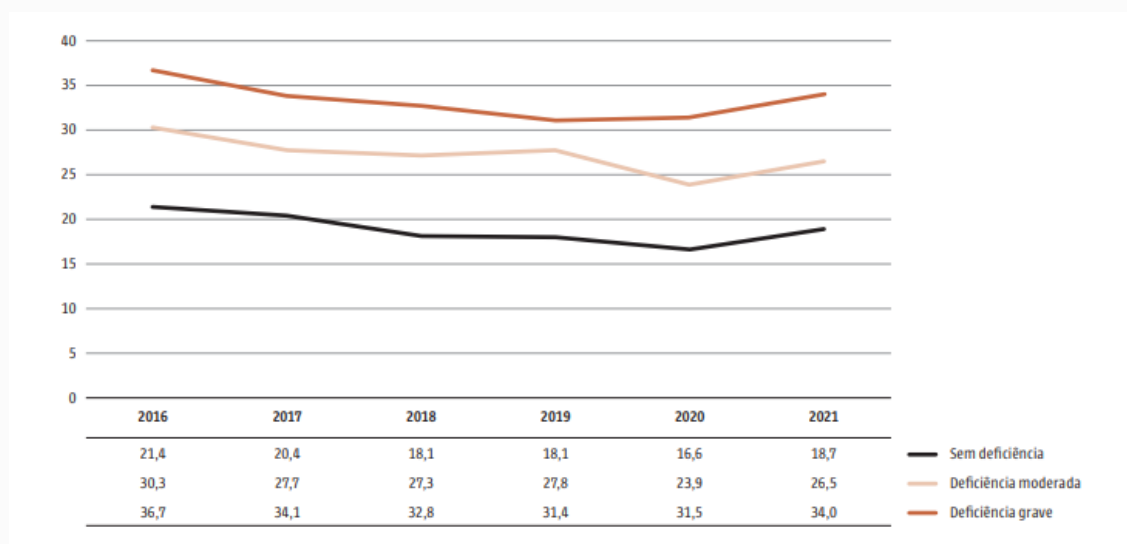
People at risk of poverty or social exclusion by level of activity limitation, sex and age. Disponível em: [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth\\_dpe010/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_dpe010/default/table?lang=en).

A evolução do indicador de risco de pobreza ou de exclusão social, em Portugal, entre 2016 e 2021, não indica uma tendência clara. De facto, apesar dos decréscimos acentuados registados em 2017 (33,8%, -4,4 p.p. face a 2016), 2018 (32,6%, -1,2 p.p. face a 2017), regista-se uma subida em 2019 (+1,4 p.p. face a 2018) e em 2020 (28,5%, -5,5 p.p. face a 2019), o risco de pobreza ou de exclusão social entre as pessoas com deficiência com idades entre os 16 e os 64 anos volta a subir em 2021, num aumento de 2 p.p. face a 2020 (30,5%).

Esta instabilidade é também sentida na população sem deficiência, embora de uma forma mais ligeira (com um decréscimo de 0,9 p.p. em 2017, um decréscimo de 2,8 p.p. em 2018 e um decréscimo de 1,9 p.p. em 2020, face ao período homólogo). À semelhança da população com deficiência, também o risco de pobreza ou exclusão social entre as pessoas sem deficiência com idades entre os 16 e os 64 anos registou um aumento em 2019 (+0,2 p.p.) e em 2021 (+2 p.p.) (Pinto, et al. 2022).

Quando se foca a observação no grau de deficiência, tal como a Figura 2 (p. 26), revela conclui-se que o maior risco de pobreza ou de exclusão social é experienciado pelos agregados de pessoas com deficiência grave (34%, +15,3 p.p. do que nos agregados de pessoas sem deficiência e +7,5 p.p. do que nos agregados de pessoas com deficiência moderada). Na média dos países da União Europeia, a tendência registada em 2021 é bastante semelhante: as famílias com pessoas com deficiência grave enfrentam maior risco de pobreza ou exclusão social (34,5%), seguidos pelas famílias de pessoas com deficiência moderada (26,5%) e, por último, pelas famílias de pessoas sem deficiência (18,9%) (Pinto, et al. 2022).

**Figura 2. Evolução do risco de pobreza ou de exclusão social, por grau de deficiência, 2016-2021 (+16 anos; Portugal; %)**



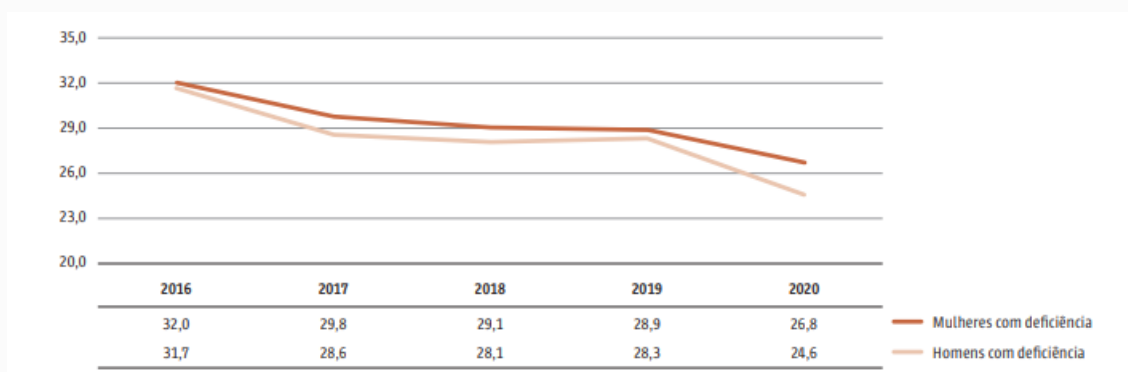
Fonte: Eurostat (2022d).

Os dados do Eurostat mostram também que, em Portugal (ver Figura 3, p. 27), em 2020, os agregados de mulheres com deficiência eram o grupo que enfrentava o maior risco de pobreza ou exclusão social. (26,8% vs. 24,6%). Acresce que, em 2020, o desfasamento neste indicador foi de 10,4 p.p. entre os agregados de mulheres com e sem deficiência (26,8% vs. 16,4%) e de apenas 7,8 p.p. entre os agregados de homens com e sem deficiência (24,6% vs. 16,8%) (Ver figura 3, p. 27). Comparativamente a 2016, a disparidade em termos de risco de pobreza ou exclusão social, manteve-se praticamente inalterada entre mulheres (era de 10,2 p.p. nesse ano) mas reduziu-se no caso dos homens com e sem deficiência (de 10,7 para 7,8 p.p.) (Pinto, et al. 2022).

---

People at risk of poverty or social exclusion by level of activity limitation, sex and age. Disponível em: [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth\\_dpe010/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_dpe010/default/table?lang=en).

**Figura 3- Evolução do risco de pobreza ou de exclusão social na população com deficiência, por sexo, 2016-2020 (16+ anos; Portugal; %)**



Fonte: Eurostat (2022d).

Segundo Raposo (2013), citado por Silveira (2017), para que haja uma verdadeira integração da pessoa com deficiência, é necessária uma reorganização social, económica, política e cultural. Deve ser da proficiência dos Ministérios com comprometimentos na área da Economia, do Emprego e da Segurança Social “habilitar, fiscalizar, avaliar e controlar as empresas na prática da integração da pessoa com deficiência no mercado de trabalho” (Raposo, 2013, p.33), bem como colocar em prática os demais estratégias para que a integração da pessoa com deficiência seja um autêntico desafio de “manifestar uma vontade coletiva de renovação social”. (Raposo, 2013, p. 33, citado por Silveira. 2017, p.58)

---

People at risk of poverty or social exclusion by level of activity limitation, sex and age. Disponível em: [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth\\_dpe010/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_dpe010/default/table?lang=en).

## 1.2. Evolução legislativa em Portugal

A atual moldura legal portuguesa também tem vindo a sofrer um progresso relativamente ao significado atribuído ao conceito de pessoa com deficiência.

Em Portugal o conceito de deficiência só ganha relevância e um olhar do Estado após a Constituição da República aprovada em abril de 1976, nomeadamente com o artigo 71º “Cidadãos Portadores de Deficiência”.

Em 1989, com a Lei n.º 9/89, surge a Lei de Bases da Prevenção e da Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência que “visa promover e garantir o exercício dos direitos que a Constituição da República Portuguesa consagra nos domínios da prevenção da deficiência, do tratamento, da reabilitação e da equiparação de oportunidades da pessoa com deficiência” (Artigo 1.º) (Prates, 2019). O conceito de pessoa e de deficiência era único, considerando “pessoa deficiente todo o indivíduo que, pelas suas limitações físicas ou mentais, tem dificuldade em obter ou sustentar um emprego, adequado à sua idade, habilitações e experiência profissional” (Decreto-Lei nº 247/89<sup>2</sup>, p. 3144). Este conceito coloca a incapacidade no indivíduo, havendo uma total transferência dos fatores contextuais na inclusão social, particularmente no que ao emprego diz respeito, este fundamento levava a que a maior ou menor empregabilidade destes indivíduos se devia única e exclusivamente às limitações apresentadas pelos mesmos.

Em 2001, (Ver tabela 1, p. 33), passou a vigorar um sistema de quotas para o emprego de pessoas com deficiência nas administrações públicas, regulado pelo Decreto-Lei 29/2001 (A Integração De Pessoas Com Deficiência No Mercado De Trabalho: Um Guia Para A Inclusão). Em 2004, surge a Lei de Bases n.º 38/2004, (Ver tabela 1, p. 33) atualmente vigente, e que vem, segundo o Ministério da Solidariedade e Segurança Social (MSSS), (2012) alterar de forma significativa o padrão das políticas para as pessoas

---

<sup>2</sup> <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/247-1989-618878>

com deficiências e incapacidades em Portugal, aproximando o discurso legislativo português das normas internacionais. Tendo em conta o artigo 3.º desta Lei, constituem objetivos a “a realização de uma política global, integrada e transversal de prevenção, habilitação e participação da pessoa com deficiência”. Esta Lei vem reforçar a importância do emprego e do trabalho na inclusão social das PCDI. (Prates, 2019).

Posteriormente sucedeu-se a Lei nº 46/2006, (Ver tabela 1, p. 33) que vem proibir a discriminação das pessoas com deficiência no acesso ao emprego e estabelece que o empregador deve proporcionar às pessoas com capacidade de trabalho reduzida, condições adequadas ao exercício da sua profissão, mediante a realização de adaptações do posto de trabalho, apoiadas pelo Estado (Guia Prático).

Neste sentido foi criado, em 2006, o Plano de Ação para a Integração das Pessoas com Deficiências ou Incapacidade (PAIPDI), “pretendendo levar à prática uma nova geração de políticas que promovam a inclusão social das pessoas com deficiência ou incapacidade”. Este Plano define cinco objetivos: 1) promoção dos direitos humanos; 2) integração das questões da deficiência e da incapacidade nas políticas sectoriais; 3) acessibilidade a serviços, equipamentos e produtos; 4) qualificação, formação e emprego das pessoas com deficiências ou incapacidade; 5) qualificação dos recursos humanos/formação dos profissionais e conhecimento estratégico. (MTSS, 2012, p. 16-17). A implementação do PAIPDI veio contribuir ainda para a definição do Plano Nacional de Promoção da Acessibilidade (PNAPA), do Plano Nacional de Ação para a Inclusão (PNAI), do Programa de Alargamento da Rede de Equipamentos Sociais (PARES) e do Plano Nacional de Emprego (PNE).

No seguimento do PAIPDI é ratificada por Portugal, em 2009, a Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU, e surge em 2010 a Estratégia Nacional para a Deficiência 2011-2013. Esta Estratégia para a Deficiência (ENDEF), 2011- 2013, pretende dar continuidade ao

investimento intersectorial a que o PAIPDI deu início, tendo para isso definido cinco eixos estratégicos: 1) Deficiência e multidiscriminação; 2) Justiça e exercício de direitos; 3) Autonomia e qualidade de vida; 4) Acessibilidades e design para todos; 5) Modernização administrativa e sistemas de informação. Ainda assim, depois da ratificação de Portugal da Convenção anteriormente mencionada, em 2009, a área da deficiência começou a ter maior notoriedade nos Programas dos Governos.

Com esta revisão legal a abordagem alterou-se, passando a considerar-se a pessoa com deficiência ou incapacidade, (...) aquela que apresenta limitações significativas ao nível da atividade e da participação, num ou vários domínios da vida, decorrentes de alterações funcionais e estruturais, de carácter permanente, e de cuja interação com o meio envolvente resultem dificuldades continuadas, designadamente ao nível da obtenção, da manutenção e da progressão no emprego; Pessoa com deficiência e incapacidade e capacidade de trabalho reduzida aquela que possua capacidade produtiva inferior a 90 % da capacidade normal exigida a um trabalhador nas mesmas funções profissionais ou no mesmo posto de trabalho, em razão das alterações estruturais e funcionais e das limitações de atividade delas decorrentes. (Decreto-Lei nº 290/2009, p. 7484) Este Decreto-Lei veio não só adotar uma nova abordagem, fazendo a dissociação da pessoa da sua condição, como acrescenta uma definição complementar relativamente às pessoas com deficiência cuja capacidade produtiva seja mais acentuada, comparativamente com a produtividade “normal” exigida a outro indivíduo sem deficiência e/ou incapacidade. (Figueiredo, 2021)

No entanto, apenas foi no Programa do XXI Governo Constitucional (2015-2019) que se começaram a ver implementadas novas políticas dedicadas às PCDI, onde se revela uma compreensão da deficiência também ao nível social, incluindo a criação de uma área governativa dedicada à inclusão das pessoas com deficiência. O XXI Governo Constitucional implementou e desenvolveu instrumentos de política pública que garantem o



pleno exercício dos direitos de cidadania inerentes a qualquer membro de uma sociedade democrática, contribuindo decisivamente para um maior reforço da inclusão social e uma maior participação cívica em todas as vertentes da vida comunitária por parte de todas as pessoas, mas com especial enfoque por parte das pessoas com deficiência. Neste contexto, destacam-se um conjunto de iniciativas e medidas específicas que procuraram promover a autonomia, participação e autodeterminação das pessoas com deficiência, e que serão também posteriormente exploradas neste trabalho: a Prestação Social para a Inclusão, o Regime Jurídico para a Educação Inclusiva, a criação do Programa “Modelo de Apoio à Vida Independente” (MAVI), a aprovação do novo Regime Jurídico do Maior Acompanhado, a Promoção da Empregabilidade das Pessoas com Deficiência e a Promoção das Acessibilidades Físicas e Digitais.

Assim, na base deste novo ciclo de planeamento, assente no compromisso coletivo de todos os setores para a definição de uma visão comum, com efeitos estruturantes e sustentáveis estão: a constante participação das Organizações Não Governamentais das Pessoas com Deficiência (ONGPD), o trabalho desenvolvido pelo Instituto Nacional para a Reabilitação, I.P., a participação das várias áreas setoriais governativas, tendo sempre como referência os princípios da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, ratificada por Portugal em 2009, e ainda as recomendações do Comité das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, os objetivos da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável e as orientações emanadas pelos documentos estratégicos europeus (Estratégia Europeia da Deficiência 2010-2021 da União Europeia e Estratégia da Deficiência do Conselho da Europa 2017-2023). Sem prejuízo dos princípios internacionais orientadores, a Estratégia Nacional da Inclusão das Pessoas com Deficiência (ENIPD) 2021-2025 vem refletir os objetivos da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, as recomendações do Comité das Nações Unidas sobre os

Direitos das Pessoas com Deficiência, como as orientações emanadas pelos documentos estratégicos europeus (Estratégia Europeia da Deficiência 2010-2020 da União Europeia e Estratégia da Deficiência do Conselho da Europa 2017- 2023). Tem como ponto de partida o respeito pelos direitos, liberdades e garantias fundamentais consagrados na Constituição da República Portuguesa, os princípios orientadores da Lei n.º 38/2004, de 18 de agosto- que aprovou as bases da prevenção, habilitação, reabilitação e participação das pessoas com deficiência (princípios de singularidade, cidadania, não discriminação, autonomia, informação, participação, globalidade, qualidade, responsabilidade pública, transversalidade, cooperação e solidariedade), bem como da Lei n.º 46/2006, de 28 de agosto- que proíbe e pune a discriminação, direta ou indireta, em razão da deficiência.

A ENIPD 2021-2025 tem como destinatárias todas as pessoas com deficiência, entendidas na sua heterogeneidade, reconhecendo-se que, independentemente das diferenças relativas ao sexo, identidade de género, orientação sexual, etnia, religião, credo, território de origem, cultura, língua, nacionalidade, naturalidade, ascendência, idade, orientação política, ideológica ou social, estado civil, situação familiar, situação económica, estado de saúde, estilo pessoal e formação, todas as pessoas têm os mesmos direitos. As medidas a implementar visam produzir impactos não só nas pessoas com deficiência, mas também junto das suas famílias. Para a sua implementação foram definidos os Objetivos Gerais e respetivos Objetivos Específicos, bem como as medidas concretas a desenvolver, os indicadores de análise, as entidades responsáveis e envolvidas, as metas e os respetivos custos. (Prates, 2019)

O sistema de quotas de emprego para pessoas com deficiência no setor privado veio a ser estabelecido em 2019, pela Lei n.º 4/2019, introduzindo a obrigação a médias (a partir de 75 colaboradores) e grandes empresas a admitirem pessoas com deficiência na proporção de 1% e 2%

dos seus recursos humanos, respetivamente (estágios e contratos de prestação de serviços não estão incluídos). Esta lei abrange pessoas com incapacidade igual ou superior a 60%, conforme identificação presente no Atestado médico de incapacidade multiusos (GRACE, 2020). A tabela 1 sintetiza o acima descrito.

**Tabela 1- Resumo da Evolução Legislativa**

<b>Instrumento Legal</b>	<b>Objetivo e Enquadramento</b>
<b>Decreto-Lei 29/2001<sup>3</sup></b>	Regular um sistema de quotas para o emprego de pessoas com deficiência na administração pública.
<b>Decreto-Lei n.º 211/2006<sup>4</sup></b>	Na sequência da reestruturação da Administração Central do Estado, e pela orgânica do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, é criado o Instituto Nacional para a Reabilitação (INR).
<b>Decreto-Lei n.º 290/2009<sup>5</sup></b>	Consagra diversas modalidades de apoio às empresas, nomeadamente no que diz respeito à “adaptação de postos de trabalho, eliminação de barreiras arquitetónicas e isenção e redução de contribuições para a segurança social.” (p.7484).

<sup>3</sup> <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/29-2001-315563>

<sup>4</sup> <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/211-2006-693067>

<sup>5</sup> <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/29-2001-315563>

**Tabela 1- Resumo da Evolução Legislativa**

<b>Instrumento Legal</b>	<b>Objetivo e Enquadramento</b>
<b>Decreto-Lei nº 31/2012<sup>6</sup></b>	O INR é considerado um instituto público, integrado na administração indireta do Estado, dotado de autonomia administrativa e património próprio, sob superintendência do Ministério da Solidariedade e da Segurança Social e tutela do respetivo ministro, tendo como missão assegurar o planeamento, execução e coordenação das políticas nacionais destinadas a promover os direitos das pessoas com deficiência. Fazemos referência a este organismo uma vez que é ele o responsável por assegurar, entre outras atribuições, a fiscalização e aplicação relativa aos direitos das pessoas com deficiência; a instrução de processos de contraordenação na área dos direitos das mesmas e o apoio às Organizações não governamentais de pessoas com deficiência

<sup>6</sup> <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/31-2012-175305>

**Tabela 1- Resumo da Evolução Legislativa**

<b>Instrumento Legal</b>	<b>Objetivo e Enquadramento</b>
<b>Lei n.º 4/2019<sup>7</sup></b>	Vem estabelecer o sistema de quotas de emprego no setor privado, para pessoas com deficiência com um grau de incapacidade igual ou superior a 60%.
<b>Lei nº 93/2019<sup>8</sup></b>	Inclui medidas destinadas a diminuir a precaridade laboral, tais como, a redução do período experimental, a duração dos contratos a termo certo (não pode ser superior a dois anos) e incerto (não pode ser superior a quatro anos), assim como o número de vezes de renovação (pode ser renovado até três vezes).
<b>Portaria n.º 200/2020<sup>9</sup></b>	Criação e regulamentação do Programa de Acessibilidades aos Serviços Públicos e na Via Pública (PASPVP), que vigora em Portugal continental, cuja finalidade é a eliminação de barreiras arquitetónicas e criação de espaços com condições de acesso para todos, nos serviços públicos da administração direta e indireta, visando a criação de um percurso acessível nas instalações, edifícios ou frações cujo uso preveja a receção de público ou integre o atendimento ao mesmo.

Fonte: Adaptado de Figueiredo, (2021)

<sup>7</sup> <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/4-2019-117663335>

<sup>8</sup> <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/93-2019-124417106>

<sup>9</sup> <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/200-2020-140631200>

É através do guia “Proteção Social – Pessoas com Deficiência”, da Direção-Geral da Segurança Social – DGSS, que é feito o levantamento dos direitos e os benefícios (Ver tabela 2, p. 36-39) que são concedidos às pessoas com deficiência, no âmbito da Segurança Social.

**Tabela 2- Prestações e benefícios sociais e de saúde**

<b>Deficiência</b>	<p>Bonificação do abono de família para crianças e jovens com deficiência. Acréscimo ao abono de família para crianças e jovens com deficiência e idade inferior a 24 anos que em 30 de setembro de 2019 eram titulares de bonificação por deficiência e para crianças com idade até aos 10 anos que requeiram a bonificação por deficiência a partir de 1 de outubro de 2019, que necessitem de apoio pedagógico ou terapêutico.</p>
	<p>Prestação social para a inclusão. Prestação atribuída aos cidadãos nacionais e estrangeiros, refugiados e apátridas residentes legalmente em Portugal e que tenham uma deficiência da qual resulte um grau de incapacidade igual ou superior a 60%.</p>
	<p>Subsídio de educação especial. Prestação destinada a crianças e jovens com deficiência e idade inferior a 24 anos, para assegurar a compensação de encargos resultantes da aplicação de formas específicas de apoio, designadamente a frequência de estabelecimentos adequados.</p>

**Tabela 2- Prestações e benefícios sociais e de saúde**

<b>Deficiência</b>	<p>Pode ainda ter acesso a produtos de apoio para pessoas com deficiência ou incapacidade. Os produtos de apoio são instrumentos, equipamento ou sistema técnico usado por uma pessoa com deficiência ou incapacidade, especialmente produzido ou disponível que previne, compensa, atenua ou neutraliza a limitação funcional ou de participação. O Instituto Nacional para a Reabilitação coordena o SAPA-Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio que tem em conta as necessidades e as características específicas de cada pessoa e o cumprimento dos normativos e procedimentos estabelecidos legalmente.</p>
	<p>Subsídio por assistência de 3ª pessoa. Prestação destinada a compensar as famílias com descendentes a receber abono de família com bonificação por deficiência, que se encontrem em situação de dependência e que necessitem de acompanhamento permanente de uma terceira pessoa.</p>
	<p>Complemento por dependência. Prestação atribuída a pensionistas e não pensionistas dos regimes de Segurança Social que se encontrem em situação de dependência e que necessitem da ajuda de outra pessoa para satisfazer as necessidades básicas da vida quotidiana.</p>

**Tabela 2- Prestações e benefícios sociais e de saúde**

<b>Invalidez</b>	<p>Pensão de invalidez - Trata-se de uma prestação atribuída às pessoas que se encontram em situação de incapacidade permanente para o trabalho, cuja condição de atribuição é a seguinte: Ter uma incapacidade permanente para o trabalho (que não seja causada por uma doença profissional ou acidente de trabalho), confirmada pelo Sistema de Verificação de Incapacidades (SVI). A invalidez pode assumir as formas seguintes: Invalidez relativa: Quando o beneficiário apresenta uma incapacidade definitiva e permanente para a profissão que estiver a exercer ou a última que tiver exercido, ou seja: Devido à incapacidade, não pode ganhar na sua atual profissão mais de um terço do ordenado que normalmente ganharia. Não se prevê que recupere, no prazo de três anos, a capacidade de ganhar mais de 50% do que normalmente ganharia.</p>
	<p>Invalidez absoluta: Quando o beneficiário apresenta uma incapacidade definitiva e permanente para todo e qualquer trabalho ou profissão, ou seja: Não tem capacidade para desempenhar qualquer profissão; Não se prevê que recupere, até aos 65 anos, a capacidade de trabalhar.</p>



**Tabela 2- Prestações e benefícios sociais e de saúde**

<p><b>Invalidez</b></p>	<p>Proteção especial na invalidez. Proteção destinada às pessoas que se encontram em situação de incapacidade permanente para o trabalho com prognóstico de evolução rápida para uma situação de perda de autonomia com impacto negativo e irreversível na profissão que exercem, originada por paramiloidose familiar, doença de Machado-Joseph, SIDA - vírus da imunodeficiência humana (VIH), esclerose múltipla, doença de foro oncológico, esclerose lateral amiotrófica, doença de Parkinson, doença de Alzheimer e doenças raras ou outras doenças de causa não profissional ou de responsabilidade de terceiro, de aparecimento súbito ou precoce.</p>
-------------------------	--

Fonte: Adaptado de Segurança Social (online) Prestações e benefícios sociais e de saúde <https://eportugal.gov.pt/guias/cuidador-informal/prestacoes-e-beneficios-sociais-e-de-saude>

Assim, pôde analisar-se que o sistema de práticas e rotinas processuais se encontra sistematizado em duas áreas temáticas distintas: as “prestações de Segurança Social” (Ver tabela 2, p. 36-39) as “respostas sociais” (Ver tabela 3, p. 41-43).

Dada a constante participação das várias áreas setoriais governativas, e tendo como referência os princípios da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, bem como as orientações emanadas pelos documentos estratégicos europeus (Estratégia Europeia da Deficiência 2010-2021 da União Europeia e Estratégia da Deficiência do Conselho da Europa 2017-2023), caminhasse para um novo ciclo de planeamento, assente no compromisso coletivo de todos os setores na definição de uma visão comum, objetivando fortalecer o lugar da deficiência na sociedade (ENIPD 2021-2025).

**Tabela 3- Apoios e Programas Sociais para pessoas com Deficiência**

<p style="text-align: center;"><b>Centro de atendimento/acompanhamento e reabilitação social</b></p>	<p>Resposta social destinada a assegurar o atendimento, acompanhamento e o processo de reabilitação social a pessoas com deficiência e incapacidade e a disponibilizar serviços de capacitação e suporte às suas famílias ou cuidadores informais, nas seguintes modalidades: Atendimento, e Acompanhamento social e Reabilitação social.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Serviço de apoio domiciliário (prestação de cuidados e serviços a pessoas sem apoio familiar)</b></p>	<p>Resposta social que consiste na prestação de cuidados e serviços a famílias e ou pessoas que se encontrem no seu domicílio, em situação de dependência física e ou psíquica e que não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e ou a realização das atividades instrumentais da vida diária, nem disponham de apoio familiar para o efeito.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Centro de Atividades e Capacitação para a Inclusão</b></p>	<p>Resposta social destinada a promover atividades para jovens e adultos, a partir dos 16 anos, com deficiência grave.</p>

**Tabela 3- Apoios e Programas Sociais para pessoas com Deficiência**

<p><b>Acolhimento familiar (integração em famílias)</b></p>	<p>Resposta social que consiste em integrar temporária ou permanentemente pessoas adultas com deficiência, em famílias capazes de lhes proporcionar um ambiente estável e seguro.</p>
<p><b>Estabelecimentos Residenciais (lares de idosos ou residências autônomas)</b></p>	<p>Equipamento destinado a pessoas com deficiência e incapacidade, com as seguintes modalidades: Lar residencial - Estabelecimento para alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, de pessoas com deficiência e incapacidade, de idade igual ou superior a 16 anos, que se encontrem impedidas de residir no seu meio familiar e Residência autónoma - Estabelecimento de alojamento temporário ou permanente em apartamento, moradia ou outra tipologia similar, destinado a pessoas com deficiência e incapacidade, de idade igual ou superior a 18 anos, que, mediante apoio, têm capacidade para viver de forma autónoma.</p>

**Tabela 3- Apoios e Programas Sociais para pessoas com Deficiência**

<p><b>Transporte de pessoas (apenas nos distritos de Lisboa e Porto)</b></p>	<p>Serviço de transporte e acompanhamento personalizado para pessoas com deficiência, independentemente da idade (nos distritos de Lisboa e Porto).</p>
<p><b>Centro de férias e lazer (atividades de lazer e quebra de rotina)</b></p>	<p>Resposta social destinada a todas as faixas etárias da população e à família na sua globalidade para satisfação de necessidades de lazer e de quebra da rotina, essencial ao equilíbrio físico, psicológico e social dos seus utilizadores.</p>
<p><b>Apoio em regime de ambulatório (intervenção terapêutica e socioeducativa).</b></p>	<p>Resposta social destinada a desenvolver atividades de avaliação, orientação e intervenção terapêutica e socioeducativa, junto de pessoas com deficiência a partir dos 7 anos de idade.</p>

Fonte: Adaptado site da Segurança Social:  
<https://eportugal.gov.pt/pt/servicos/requerer-apoios-sociais-para-pessoas-com-deficiencia>

## **Capítulo II. Metodologia de Investigação**

Como já referido, o objetivo do estudo foi analisar estas respostas sociais, dos Lares Residenciais para pessoas com deficiência, com o propósito de compreender como investem para uma real integração social destas populações e na qualidade de vida das pessoas com deficiência.

Em particular o estudo procura alcançar e explicar a importância que as Organizações com tipologia de Lares Residenciais, que abrangem a área da deficiência, dão a duas grandes dimensões: à dimensão das políticas públicas, que pretenderam focar também os recursos humanos, materiais e financeiros destas Organizações e também à dimensão da autodeterminação e autonomia e da participação na comunidade.

Segundo Quivy e Campenhoudt (1998, p.7) “Uma boa pergunta de partida deve ser realista, isto é, adequada aos recursos pessoais, materiais e técnicos, em cuja necessidade podemos imediatamente pensar e com que podemos razoavelmente contar.” Neste sentido a pergunta de partida definida para este estudo foi a seguinte:

**Que importância dão as Organizações, que dão resposta à área da deficiência - lares residenciais, a nível das dimensões das políticas públicas e da dimensão da autodeterminação, autonomia e participação na comunidade?**

Os objetivos específicos incluem:

- Fazer um levantamento e compreender as diferentes formas de atuação das Organizações;
- Compreender o papel das Organizações da definição e implementação de políticas públicas respeitantes aos direitos e melhoria da qualidade de vida

das pessoas com deficiência;

- Identificar as principais potencialidades e vulnerabilidades das Organizações na implementação das Políticas Públicas, respeitante, por exemplo, às questões da mobilidade, acessibilidade, etc...

O desenvolvimento metodológico adotado, baseia-se na adaptação da sinopse do Modelo de Qualidade de Vida de Fernandes (2017) (tabela 4, p. 46-49, adaptada), concebido com base no Modelo conceitual de Qualidade de Vida de Veiga et al. (2014) (tabela 5, p. 50-53, adaptada), conforme a seguir será demonstrado, por se considerar que o mesmo aparenta adaptar-se de forma mais adequada à abordagem que pretende ser feita. Sobretudo, na perceção dos efeitos das práticas expostas, nas Organizações, em termos de autodeterminação, autonomia e participação comunitária, na qualidade de vida das pessoas com deficiência. Neste modelo os elementos sociais estão sempre presentes e considera as necessidades do utente, quer na organização em contexto social, quer nas situações da vida quotidiana.

**Tabela 4 – Modelo de Qualidade de Vida de Veiga et al. (2014)**

<b>Dimensão 1 – Relações Sociais e Interação</b>	
<b>Redes de suporte social</b>	Composição da rede em termos de familiares, amigos, vizinhos, técnicos, patrões, namorado(a)s ou conhecidos e suas funções em diversas situações (doença, apoio, ausência, aconselhamento).
<b>Habilidades sociais</b>	Capacidade de iniciar interações sociais conhecendo novas pessoas e criando novos laços de amizade; a importância dos diferentes lugares.



**Tabela 4 - Modelo de Qualidade de Vida de Veiga et al. (2014)**

<b>Dimensão 2 – Emprego</b>	
<b>Efeitos positivos</b>	Aumento da participação na vida da comunidade; aumento da autonomia pessoal.
<b>Igualdade</b>	Existência de tratamento não discriminatório.

<b>Dimensão 3 – Bem-estar psicológico e satisfação pessoal</b>	
<b>Satisfação de vida</b>	Satisfação com a situação residencial, com as amizades, com as atividades de ócio e tempo livre

**Tabela 4 - Modelo de Qualidade de Vida de Veiga et al. (2014)**

<b>Dimensão 4 – Autodeterminação e Vida Independente</b>	
<b>Controlo pessoal, autonomia, preferência e eleição</b>	Controlo em relação às horas de dormir e de levantar; poder de autorizar/impedir a entrada de pessoas em casa; autonomia para sair sozinho à noite; autonomia para organizar os tempos livres; liberdade para utilizar o dinheiro do salário; autonomia de utilização dos transportes públicos; poder para decorar o quarto de dormir a seu gosto; poder de decisão em relação à roupa que veste; satisfação sentida face a com quem vive; competência para fazer valer as suas opções pessoais; autonomia para escolher os alimentos a consumir.
<b>Independência</b>	Nível de independência para escolher casa; autonomia na escolha da casa; ambição por casa própria; nível de independência na gestão da conta bancária própria
<b>Liberdade pessoal</b>	Liberdade para escolher sair ou não em grupo; liberdade para correr riscos; liberdade de recusar restrições a rotinas

**Tabela 4 - Modelo de Qualidade de Vida de Veiga et al (2014)**

<b>Dimensão 5 – Competências pessoais e integração na comunidade</b>	
<b>Participação na comunidade</b>	Participação em atividades sociais como: festividades locais, passeios, visitas, eventos culturais e desportivos, aniversários, casamentos, batizados, integração em coletividades, tipo de atividades religiosas, recreativas e de lazer que pratica e com quem o faz: família, amigos, colegas de trabalho, namorado(a); número de familiares, amigos e colegas de trabalho quando realiza atividades lúdicas; ida às compras, correios, banco e finanças; frequência de estabelecimento de ensino; manifestações de expressão de cidadania, hábito de voto; pertença a coletividades e natureza dessas coletividades.
<b>Mobilidade</b>	Frequência no uso de transportes públicos no trajeto casa-trabalho; frequência no uso de transportes públicos para fins vários; periodicidade 84 de uso de transportes públicos para fins vários; autonomia para resolver assuntos; autonomia para deslocação a outros lugares; autonomia no retorno a casa; existência de suporte ao retorno a casa.
<b>Oportunidade para participar nas atividades comunitárias</b>	Percepção da existência de impedimentos à participação em atividades comunitárias; identificação dos impedimentos.

**Tabela 5- Sinopse do Modelo de Qualidade de Vida concebido com base no Modelo conceitual de Qualidade de Vida de Veiga et al (2014)**

<b>Dimensão 1 – Autodeterminação</b>	
<b>Controlo pessoal, autonomia, preferência e eleição</b>	<p>Autonomia na gestão de horários do dia-a-dia (Controlo em relação às horas de dormir e de levantar; Horários de dormir ao fim de semana e horário a de dormir à semana);</p> <p>Autonomia nos cuidados de higiene diária (Tomar banho; Cuidar da 85 aparência física; Escolher roupa para as diversas ocasiões; Colaborar na higienização das roupas – por na máquina de lavar, lavar, secar, passar e remendar);</p> <p>Autonomia na gestão de atividades correntes da vida diária (Ter conta bancária – nível de independência na gestão da conta; ir aos correios; ir às finanças; ir a lojas; ir a supermercados);</p> <p>Autonomia no seio familiar (Poder de autorizar/impedir a entrada de pessoas em casa; Autonomia para sair sozinho à noite; Competência para fazer valer as suas opções pessoais; Liberdade de recusar restrições a rotinas – recusar saídas em família);</p> <p>Autonomia para organizar os tempos livres (Escolher e decidir os tempos livres; Satisfação com as atividades de lazer que têm nos tempos livres).</p>

**Tabela 5- Sinopse do Modelo de Qualidade de Vida concebido com base no Modelo concetual de Qualidade de Vida de Veiga et al (2014)**

<b>Dimensão 1 – Autodeterminação</b>	
<b>Habilidades sociais</b>	<p>Relações familiares (se são bem tratados e escutados no ambiente familiar. Impactos da inclusão profissional nas relações com a família); Relações de amizade (Identificação de alguns amigos; Amigos com os quais existe maior relacionamento no dia -a -dia; Se os amigos são suficientes ou não; Saídas com os amigos no final do dia de trabalho; Relações profissionais (Tipo de interação com colegas (intra e extralaboral); Qualidade das relações entre colegas, chefias e empregadores; Lugares onde decorre a interação; Convivialidade em dias de semana, fins -de -semana e feriados; Convivialidade em dias festivos); Relações amorosas (Envolvimento em relações de namoro ou conjugais – capacidade de estabelecer relações amorosas na opinião dos formadores; Tempo de duração das relações; Quem vive em união de facto;</p>

**Tabela 5- Sinopse do Modelo de Qualidade de Vida concebido com base no Modelo conceitual de Qualidade de Vida de Veiga et al. (2014)**

<b>Dimensão 2 – Vida Independente</b>	
<b>Experiências domésticas</b>	Autonomia na gestão da vida doméstica (Poder para decorar o quarto de dormir a seu gosto; Autonomia no aprovisionamento doméstico; Competência para a colaboração nas limpezas domésticas; Competência para colaborar na alimentação doméstica – escolher e confeccionar alimentos para consumir);
<b>Mobilidade</b>	Autonomia de mobilidade no espaço público (Autonomia de utilização dos transportes públicos; Frequência no uso de transportes públicos no trajeto casa-trabalho; frequência no uso de transportes públicos para fins vários; 86 Periodicidade de uso de transportes públicos para fins vários; Autonomia para deslocação a outros lugares; autonomia no retorno a casa;

**Tabela 5- Sinopse do Modelo de Qualidade de Vida concebido com base no Modelo conceitual de Qualidade de Vida de Veiga et al. (2014)**

<b>Dimensão 3 – Participação</b>	
<b>Participação na comunidade</b>	Pertença a Coletividades e Associações integração em coletividades e associações e tipo de atividades desenvolvidas nesses espaços; Expressão de cidadania - Manifestações de expressão de cidadania, hábito de voto); Participação em atividades de lazer (tipo de atividades recreativas e de lazer que pratica - festividades locais, passeios, visitas, eventos culturais e desportivos, aniversários, casamentos, batizados;
<b>Experiência de vida em comunidade</b>	Autonomia no uso dos meios de comunicação e informação (Competência para usar telefone/telemóvel; Nível de uso do telefone/telemóvel–escrever mensagens e conversar; Competência para utilizar computadores; Competência para utilizar <i>tablets</i> ).

Fonte: Fernandes, 2017

As Políticas Públicas, que neste estudo procuramos explorar, são as que se consideram as mais relevantes quando se trata desta temática da deficiência. Estas focam áreas como os recursos humanos, materiais e

financeiros das Organizações, a saúde, autodeterminação dos utentes, autonomia e participação na comunidade, aspetos que começam a ser mais considerados, na altura da criação destas mesmas Políticas, a nível nacional e até mesmo internacional, relativamente à área da deficiência. São todas essas áreas que se pretendeu explorar para podermos ganhar um novo olhar sobre esta população, sendo que o estudo em questão irá focar-se em pessoas que estão institucionalizadas em Lares Residenciais para Pessoas com Deficiência, uma vez que ainda é um tema muito pouco explorado em que comparativamente com outras áreas tem pouca informação o que leva, posteriormente, a um desconhecimento das especificidades desta população.

Com base nestes objetivos e questão de partida e do modelo adotado considerou-se que a abordagem qualitativa seria a mais adequada aos propósitos do estudo. Através da análise das entrevistas, a dirigentes das Organizações a nível nacional, tentou-se perceber as suas perceções relativamente ao conceito qualidade de vida, conceito este que engloba a autodeterminação, autonomia e a participação na comunidade. A melhoria destas dimensões é o que cria impacto na qualidade de vida e pretendeu-se entender de que forma as operacionalizavam

## **2.1. Metodologia Qualitativa: Entrevista semiestruturada**

A metodologia qualitativa é um método de pesquisa social onde são utilizadas técnicas de recolha de dados singulares, e onde é realizada uma análise dos dados posteriormente cautelosa e afundada. Foi esta a metodologia escolhida, por se verificar a mais adequada para responder às questões, na medida em que houve uma amostra de conveniências e análise de conteúdo. O método qualitativo permite entender um dado problema ou tópico de pesquisa da perspetiva da população envolvida nessa questão. Este método é particularmente eficiente em obter informação sobre valores,



opiniões, comportamentos e contextos sociais de populações específicas (Mack, et al. 2005).

A técnica de recolha de informação utilizada foi através de entrevista semiestruturada (baseadas em entrevistas já aplicadas por Fernandes (2017), que consistiu num instrumento de recolha de informação sobre uma situação ou fenómeno experienciado pelo entrevistado (McIntosh e Morse, 2015). Embora existisse um guião de entrevista elaborado previamente, algumas entrevistas semiestruturadas decorreram de uma forma conversacional, permitindo aos entrevistados falar livremente sobre os aspetos que acham mais relevantes (Longhurst, 2016). O entrevistador teve também a liberdade de acrescentar questões que achasse pertinentes durante o decorrer da entrevista e através do questionário de recolha de dados.

Partimos assim para a forma como o guião foi construído, sendo que foi dividido em duas grandes dimensões: a dimensão das políticas públicas, cujas subdimensões focaram nos recursos humanos, materiais e financeiros e a dimensão da autodeterminação, autonomia e participação na comunidade, cujas subdimensões abordaram na autodeterminação, autonomia e participação na comunidade. Todas essas áreas procuraram obter respostas relativamente a horários; espaços de partilha; gestão de dinheiros pessoais; supervisão, decoração de espaços privados; vestuário; alimentação; culto; festas locais; coletividades; eleições; competências; recrutamento, saúde, segurança, acessibilidade; climatização e conforto; financiamentos e comparticipações.

O guião foi construído com o propósito de responder aos objetivos do estudo e foi elaborado com base no enquadramento teórico previamente realizado. Este guião foi composto por 45 questões que pretendem dar a conhecer as práticas profissionais, existentes, nas respostas sociais na área da deficiência- Lares Residenciais com o intuito de as analisar, entendendo de que forma estas Organizações implementam posteriormente medidas

deste âmbito social.

As questões das entrevistas foram construídas de modo a entender qual a opinião das Organizações relativamente às políticas públicas existentes nesta área, se a procura/oferta possui um equilíbrio, se colocam em prática e de que forma dimensões como a Autodeterminação, Autonomia e Participação na Comunidade, como gerem os recursos humanos, materiais e económicos da Organização.

Quando falamos nos conceitos acima descritos é importante haver a ideia clara do que eles significam, pois só dessa forma é possível estes serem colocados na prática, após se perceber o real significado e importância dos mesmos. A primeira referência na literatura sobre autodeterminação adaptada às pessoas com deficiência surge com Nirje (1972), citado por Wehmeyer (2001, p.119), num texto intitulado “O direito à autodeterminação”. De acordo com o autor, a autodeterminação permite às pessoas controlarem as suas vidas e destinos incluindo eleições nas atividades pessoais, controlo na educação, independência, participação em decisões, informação sobre a tomada de decisões e a resolução de problemas. Nirje (1972) compara a autodeterminação com o respeito e a dignidade a que todas as pessoas têm direito. Reconhece que a autodeterminação é fundamental para que se alcance o respeito, a dignidade e para que as pessoas se sintam dignas e valorizadas. Adita que se deve dispor acessibilidade às pessoas com deficiência, as orientações e condições de vida diária que sejam tão circunjacentes quanto possível às regras e diretrizes do corpo principal da sociedade e que se deve criar circunstâncias através das quais estas pessoas experimentem o respeito normal a que qualquer ser humano tem direito. Quanto à conceção de autonomia, o que queremos dizer é que socialmente atribuir-se que as pessoas com deficiência mental não têm capacidades para uma mobilidade no espaço público de forma autónoma e livre de monitorização devido às delineações cognitivas decorrentes desse tipo de deficiência. Ou seja, as práticas

constitutivas dos agentes das Organizações tanto poderão reproduzir socialmente essa regra ao invés de colaborarem para a sua eliminação, como para não a imitar e assim tributar-se para a sua eliminação. Na análise das práticas, regeneradoras ou sementais, não se deve esquecer o exercício do poder. Este consiste na intenção e vontade do agente em conseguir resultados através da capacidade transformadora e da soberania. (Fernandes, 2017). Posto isso o próximo ponto procura perceber a importância que as Organizações dão a estes conceitos e de que forma os operacionalizam.

## **2.2. Amostra**

A amostra é um conjunto de elementos a quem são dirigidas as questões da investigação. O processo de amostragem é essencial, visto que “na realização de qualquer estudo, é praticamente impossível examinar todos os elementos da população de interesse” (Marotti et al. 2008, p.187).

Este estudo foi aplicado nos Lares Residenciais para Pessoas com Deficiência, pelo que as questões se dirigiram aos dirigentes responsáveis destas Organizações.

Existem 298 Lares Residenciais para pessoas com deficiência a nível nacional, sendo que foi definido que iriam ser entrevistadas 6 Organizações, distribuídas de Norte a Sul, com o objetivo de ser uma amostra variada em termos de distribuição geográfica, ou seja, a amostra foi selecionada com a pretensão de se escolher uma Organização a Norte (interior/litoral), outra Centro (interior/litoral) e outra a Sul (interior(litoral), para tentar que houvesse respostas as mais diversificadas possíveis.

Após os primeiros contactos, antes do envio de toda a documentação, apresentou-se o tema do estudo e esclareceu-se o objetivo da entrevista e do que era esperado dos entrevistados. Numa primeira fase apenas se conseguiu obter entrevistas de duas Organizações, uma presencialmente,

(Fafe) e outra enviada por via eletrónica, (Bragança), derivado da falta de horários compatíveis para poder ser realizada através de zoom, ambas no mês de abril.

Nesse sentido foi necessário entrar em contacto com outras Organizações, e nesse sentido foram enviados 63 emails, em maio, dirigidos a Organizações dispersas pelas áreas geográficas do interesse do estudo e que estavam em falta atendendo ao objetivo inicial, e destes apenas 6 Organizações responderam que estariam disponíveis e destas 6 apenas conseguimos obter respostas de 4 Organizações, Lagos, Pombal, Leiria e Caldas da Rainha, sendo que atendendo à falta de disponibilidade, tempo e compatibilidades de horários se optou por as entrevistas serem enviadas via e-mail para facilitar todo o processo e ser possível avançar com o estudo.

Estas 4 entrevistas foram realizadas com interferência tecnológica (enviadas por e-mail) derivado da incompatibilidade de horários não foi possível conseguirmos as entrevistas gravadas e dessa forma foram todas respondidas e enviadas por email. Ou seja, das 6, apenas uma foi presencial e as restantes 5 respondidas e enviadas por email.

A etapa seguinte consistiu na transcrição das entrevistas e análise do seu conteúdo. A tabela 6 (p. 59) contém informação sobre as entrevistas realizadas, indicando o cargo do entrevistado e a respetiva localização da instituição. Foram no total entrevistados 8 representantes destas instituições, 7 mulheres (uma chefe financeira e seis diretoras técnicas) e 1 homem (membro da Direção). Os entrevistados revelaram nos seus depoimentos uma boa atitude e opinião favorável em relação ao tema estudado. O conteúdo resultante das entrevistas será então analisado nas seções seguintes.

**Tabela 6: Caracterização da amostra**

<b>Entrevista</b>	<b>Cargo Ocupado</b>	<b>Instituição Particular de Solidariedade Social- Lares Residenciais para pessoas com Deficiência</b>
1	Diretor(a) Técnico(a) e elementos da Direção	Fafe
2	Diretor(a) Técnico(a)	Bragança
3	Diretor(a) Técnico(a)	Lagos
4	Direção Diretor(a) Técnico(a)	Pombal
5	Direção Diretor(a) Técnico(a)	Leiria- Caldas da Rainha
6	Direção Diretor(a) Técnico(a)	Leiria

### **Capítulo III. Apresentação e análise de dados**

Numa primeira instância foi feita uma descrição das 6 Organizações, relativa a variáveis consideradas relevantes para o estudo e que podiam ser quantificadas.

A criação das Organizações ou do Lares Residenciais, remontam ao período, após a Revolução de Abril. As Organizações inquiridas têm, assim, uma vasta experiência. Relativamente a filiações, todas têm Acordo de Cooperação com a Segurança Social, e à parte disso algumas estão filiadas a entidade como a Fenarceci e Confecoop.

O número de utentes varia entre 20 utentes e 84 utentes. A maioria tem cerca de 20 utentes. As Organizações têm mais utentes do sexo masculino. A idade dos utentes, varia entre 20 e 77 anos sendo que a idade média ronda os 40 anos. Relativamente aos graus de deficiência, prevalecem nas Organizações utentes com grau de deficiência grave/severa, sendo seguido de utentes com deficiência moderada/média, continuamente de leve/ligeira e por último, deficiência profunda. Relativamente aos anos de permanência, a maioria refere que é desde que são integrados até ao seu fim da vida, maioritariamente, claro que depois há as exceções.

Todas as Organizações têm mais do que uma valência, e todas elas possuem CACI (Centro de Atividades e Capacitação para a Inclusão), que é a complementaridade para dar resposta a atividades de animação sociocultural. Relativamente a casas de banho, quartos, salas de convívio, todas as Organizações estão apetrechadas com todos estes espaços, algumas Organizações dispõem de quartos e casas de banho individuais, outras de quartos individuais, mas não de casas de banho individuais, e outros não possuem nem quartos nem casas de banho individuais. Todas possuem jardim exterior, entre médias a grandes dimensões, pois atendendo às especificidades dos utentes, este espaço torna-se muito importante.

Todas as Organizações dispõem de todos os profissionais exigidos no

quadro de pessoal, no entanto, a maioria das Organizações para fazer face às necessidades e exigências das características destes utentes contrataram a nível particular profissionais da área da saúde (médicos, enfermeiros) e da área da reabilitação (fisioterapeutas, psicomotricista, terapia ocupacional).

Após o exposto passamos em seguida para a análise de todo o conteúdo recolhido com os testemunhos dos entrevistados.

### **Políticas Públicas**

De acordo com a questão referente às Políticas Públicas existentes para a área da deficiência, é perceptível que os dirigentes das Organizações consideram que há falhas por parte do Estado no que concerne à implementação de Políticas Públicas que permitam a estas Organizações uma melhor resposta às necessidades da população com deficiência. Conclui-se, ainda, que na perceção dos dirigentes, o Estado elabora as Políticas para as Organizações implementarem internamente, sem haver uma complementaridade na implementação destas fora das Organizações.

“Aquém das necessidades, caso utentes pretendam vida mais autónoma. Colocam em prática medidas como acessibilidade, mas as políticas públicas não vão de encontro ao mesmo, por exemplo, o mesmo não acontece na via pública, por exemplo.” (Bragança)

Os dirigentes identificam grande falha do Estado em perceber a importância dos aspetos relacionados com Saúde, para estas Organizações e para os seus utentes. Consideram a área muito importante, mas não devidamente valorada, dando como exemplo que os quadros técnicos não contemplam nenhum profissional de saúde, com exceção do fisioterapeuta, ou quando os utentes com todas as suas especificidades têm de ser sujeitos

a aguardar horas seguidas por consultas, exames, análises e urgências, despoletando por vezes comportamentos mais agitados e agressivos.

Os entrevistados percebem que as Organizações têm, no entanto, um papel imprescindível na comunidade, pois, as mesmas surgem com uma relação de grande proximidade à população e tentam dar resposta a situações de emergência social aos cidadãos mais vulneráveis, mesmo quando existem algumas obstruções, que têm de serem superados pelas Organizações. Os dirigentes referem que tentam todos os dias lutar para melhorar a qualidade de vida dos seus utentes e este parecer foi bem salientada por todos os responsáveis entrevistados.

Quando questionados, se consideram que as Organizações existentes conseguem dar respostas à população com deficiência, os inquiridos referiram que a oferta está desajustada à crescente procura. Além da necessidade de mais respostas, alguns dirigentes defendem ainda que deveriam existir outro tipo de respostas como Residência de Autonomização e Inclusão (RAI), que permitisse um acompanhamento a utentes com capacidades e competências, que não necessitam de apoio 24h/24h. De acordo com esses dirigentes, esta resposta permitiria “escoar” as listas de espera e ainda serem respostas mais eficientes, em termos financeiros, por não exigirem um espaço físico, nem tantos recursos humanos como a resposta de Lar Residencial.

*“Não, face ao número de pessoas que se encontram inscritas em lista de espera (neste momento cerca de 43 candidatos) e ao número de famílias que desesperam por ajuda como todos os dias assistimos nos meios de comunicação, em que não pretendem respostas residenciais, mas respostas domiciliares que apoiem e informem a forma de lidar com crises e agitação.”(Lagos)*



Analisando os discursos, relativamente ao facto de se o aumento da escolaridade obrigatória levou a que houvesse novas exigências aquando as admissões, percebe-se que estes indicam que não denotam que tenham havido novas exigências, uma vez que os Planos Individuais são exatamente isso, individualizados. Notam ainda que se verifica uma maior e mais intensa procura pelas respostas, não tanto após terminarem o ensino obrigatório, mas sim devido ao envelhecimento das famílias que são a retaguarda que possuem. Há ainda quem frise que o tempo de obrigatoriedade ser tão longo acaba até por prejudicar pois, “chegam aos serviços especializados muito mais tarde do que seria desejável, o que se revela prejudicial para os utentes, tanto a nível emocional como em termos de evolução e aprendizagem especializada”, o que no fundo acaba por se concluir que a escolaridade obrigatória não faz advir novas exigências, mas antes pode mostrar-se mais prejudicial para a integração dos utentes nestas respostas.

*“Portanto, para nós, por eles estarem na escola, para uns ok, não perderam nada de especial porque há escolas também que funcionam bem e há Instituições que funcionam mal, portanto eu algumas Instituições fechava-as logo, mas não faziam nem escola nem outra coisa qualquer.” (Exigências não mudam) - “Não, porque depois aquilo é ajustado a cada individuo.”(Bragança)*

No campo das melhorias que têm sentido, os inquiridos realçam a importância dos programas de apoio para as melhorias das infraestruturas e equipamentos assim como as oportunidades de alargamento, através dos vários projetos existentes como o PARES 3º Geração, que no fundo é o que permitir que as listas de espera possam diminuir, ou seja, sentem que o investimento do Estado nestas áreas tem contribuído para a melhoria das Organizações. Como falhas continuam a apontar as questões relacionadas com as respostas na área da saúde. Alegando que, da forma que o sistema está organizado nem sempre consegue dar uma resposta eficiente às

necessidades dos utentes. Os inquiridos salientam ainda os salários desajustados dos profissionais, atendendo a que se trata de um trabalho de muita responsabilidade e muito desgaste, e os salários não são ajustados a esses fatores.

*“Uma área que fica muito aquém é a área da saúde e os tempos de espera intermináveis em consultas de especialidade, dado que sem o SNS, as instituições não podem comportar consultas em sistemas privados para todos os clientes.”*  
(Bragança)

Relativamente às valências (Lar, CACI, RAI, Apoio Domiciliário, SAAS) que os dirigentes possuem nas suas Organizações, e as que considerariam ainda fazer falta, foi possível concluir que todas as Organizações possuem a resposta CACI, sendo uma resposta que se prevê muito vantajosa a nível de organização. Pois desta forma conseguem proporcionar aos utentes diversas atividades existentes nessa resposta e ainda conseguem complementar o quadro técnico do Lar Residencial com alguns profissionais de Saúde que não estão contemplados no quadro técnico do Lar Residencial, como fisioterapeutas, psicólogos, etc. Relativamente a respostas em falta, há a referência das Residências de Autonomização e Inclusão que demonstrar ser uma boa aposta no futuro por permitirem outra autonomia a utentes que têm mais capacidades e emancipação. Os responsáveis fazem referência que se tornam menos dispendiosas pois como utentes trabalham, pagam algumas despesas e ainda há menos gastos a nível de infraestruturas, equipamentos e a nível técnico.

*“Lar Residencial e CACI. Estão em falta equipas de apoio domiciliário, principalmente para apoiar os cuidadores e também centro de recursos para apoiar efetivamente a integração dos clientes na sociedade.”*(Bragança)

## Recursos Humanos

Na sub-dimensão dos recursos humanos, na adequação de funções, pretendia-se apurar se os dirigentes consideravam que os funcionários eram dotados das competências necessárias e adequadas ao exercício das suas funções. As respostas variam, mostrando realidades/percepções diferentes. Algumas referem que consideram que têm, outras que não têm. A falha de formação específica para a área da deficiência que permita um melhor conhecimento técnico e prático das suas funções, é muito salientada, sendo que é referido que se houvesse esse tipo de formações prévias à contratação, seria possível a aprendizagem de algumas competências, atendendo a que a formação permite o conhecimento e aperfeiçoamento de competências, que de outra forma são difíceis de adquirir.

*“Sim, embora necessitem de formações contínuas e frequentes para aprimorar formas de atuar em emergência e crises comportamentais.” (Bragança)*

Acerca da formação profissional, na questão pretendia-se saber se as Organizações consideravam que os profissionais tinham as competências técnicas adequadas às suas funções, sendo que os inquiridos referiram que para aprimorarem essas competências as Organizações têm de promover diversas ações de formação, como primeiros socorros, prestações de cuidados, higiene e segurança no trabalho, ações de melhorias a nível de relacionamento interpessoal, posicionamentos, mobilizações, engasgamentos. Referem como lacuna o facto de não haver um Plano Regional de Formação no sentido de facilitar a aquisições de todas estas competências necessárias para um bom desempenho das funções. Fazem ainda referência que a sedimentação destas competências, à posteriori, acontece com a experiência e trabalho.

*“Sim a Organização promove alguma formação, sempre difícil pela conciliação de horários. Socorrismo Básico; Aplicações Informáticas na Ótica do Utilizador; Gestão do Tempo e Organização do Trabalho.” (Pombal)*

Quanto às competências sociais que consideram ser mais importantes para um bom desempenho das funções, os responsáveis das Organizações frisam a “empatia”, “bom relacionamento pessoal”, “resiliência”, “saber comunicar”, “autocontrolo emocional” e “autocritica”. Notam ainda a importância da boa gestão de conflitos, tolerância, respeito pela individualidade, motivação, flexibilidade, atitude positiva e assertividade como as mais relevantes para que desta forma seja possível um bom ambiente de trabalho, e se cumprir da melhor forma possível todos os objetivos Organizacionais.

*“Empatia; espírito de equipa; bom relacionamento interpessoal; persistência e resiliência.” (Bragança)*

Quanto à área das categorias profissionais, ou seja, ao quadro de pessoal, pretendia-se saber se as Organizações consideravam que havia um número adequado de funcionários por categoria profissional, sendo que referiram que não há um número adequado para dar resposta ao mínimo, e com o mínimo não é possível dar uma maior e melhor qualidade dos serviços aos utentes. Referem ainda que os utentes ficam cada vez mais dependentes, pelo que o número de trabalhadores por utente é cada vez mais desajustado.

Relatam ainda a falta de profissionais de saúde, como enfermeiros, não estando contemplados nos quadros técnicos, são uma mais valia nas respostas que estas populações cada vez mais precisam. Este facto, atendendo ao aumento da dependência, das patologias e das doenças entre

os utentes, torna a resposta das Organizações desadequada às necessidades dos utentes, aumenta a carga de trabalho para os funcionários e contribui para uma maior probabilidade de falhas nos cuidados por desconhecimento de formas de atuação mais especificadas.

*“Não. Os clientes estão cada vez mais dependentes e por isso é necessário um esforço acrescido por parte dos colaboradores existentes. Aliás a Instituição assume o custo de mais 2 profissionais (não constantes do Acordo), para suprir essas necessidades.” (Pombal)*

A maioria dos dirigentes consideram que não há um número suficiente de categorias profissionais contempladas nos quadros. Sentem, ainda em particular, que faltam técnicos de áreas como fisioterapia, terapia ocupacional, etc., técnicos que não são contemplados nos quadros técnicos da Segurança Social e para as Organizações poderem ter os seus serviços, têm de recorrer a prestações de serviços.

*“(…) ao nível da reabilitação necessitamos de profissionais na área da psicomotricidade e terapia ocupacional, fisioterapia, uma vez que é uma população que necessita de manutenção constante de capacidades. A Direção tem levado a cabo esforços para contratação nestas áreas.” (Bragança)*

No âmbito do recrutamento de profissionais, das 6 Organizações, apenas uma referiu que não sente dificuldades no recrutamento de profissionais, possivelmente porque possuem resposta de Formação e nesse sentido encontram possibilidade de os estágios dos utentes poderem ser na Organização, o que facilita terem mais pessoal disponível. As restantes 5 responderam que sentem muita dificuldade, apontando como razões maioritariamente os baixos salários e os horários rotativos.

*“Sim, muitas dificuldades. Fundamentalmente na categoria Ajudantes de Ação Direta. Razões: Trabalhar por turnos e baixos salários” (Pombal)*

Na área da saúde, a maioria das Organizações referiram que para poderem dar uma resposta adequada às necessidades dos utentes, têm necessidade de recorrer a prestação de serviços, de médicos de clínica geral, psiquiatras, para poderem ter uma respostas mais fácil e rápida, pois atendendo ao público-alvo nem sempre é possível e viável aguardar até se obter resposta por parte do SNS. Apontam como falha a organização do SNS que não prioriza os utentes destas Organizações, que não possuem, na maioria das vezes, condições psíquicas, maioritariamente, para aguardarem os tempos de espera atuais que o SNS tem.

*“Não está contemplado na Lei coisas que eram essenciais optamos pela prestação de serviços para aqui colmatar...” “ (...) tocou num assunto chave, nós não queremos criar serviços próprios, nós queríamos que se definisse políticas, não era criar, nós não temos de ter um enfermeiro e um médico, nós temos é que ter abertura de priorização em relação aos serviços da comunidade, é lá que está, é lá que deve estar e, portanto, era isso que era prioritário, não é ter todo o tipo de serviços. Havendo os serviços da comunidade não há necessidade (de mais). Agora que se paguem avenças, como nós, mandávamos um miúdo da formação à consulta de psiquiatria temos de lhe pagar nós porque nem sequer se pode imputar às respostas, isto é uma estupidez.” (Fafe)*

## **Recursos Materiais**

No respeitante à medicação que tem de ser administrada aos utentes, três Organizações referem que os utentes pagam, mas a Organização é que agiliza para a aquisição e pagamento às farmácias. Duas Organizações

forneem a medicação e numa Organização fica à responsabilidade das famílias dos utentes a compra e entrega.

*“A medicação é da responsabilidade da instituição. Nós encomendamos, fazemos a gestão, fazemos o pagamento à farmácia. A farmácia fatura a cada cliente e depois as famílias pagam à instituição.” (Leiria)*

No tópicos dos materiais de enfermagem, há uma unanimidade, em que todas as Organizações referem possuir todo este tipo de materiais em quantidades necessárias e sempre que necessário há aquisição de mais materiais.

*“Sim, dispomos de tudo o que necessitamos para os cuidados de enfermagem que sejam necessários.” (Leiria)*

Relativamente ao número e adequação dos espaços às características e necessidades desta população, apenas uma Organização referiu que não possuíam os espaços com as condições que seriam as mais desejadas, as restantes referiram que sim, privilegiando a importância dos espaços exteriores para a qualidade de vida dos utentes. Duas das Organizações frisaram ainda a questão da constante manutenção que tem de existir para os espaços terem sempre todas as condições necessárias.

*“Temos espaços como estufa e alguns espaços exteriores internos, no entanto não são suficientes, este tipo de população precisa de grandes áreas para se exercitar e passear.” (Bragança)*

No que concerne à questão relacionada com aspetos da segurança, cinco das Organizações referiram não sentir qualquer dificuldade na implementação das regras de segurança e apenas uma referiu que sente

dificuldades derivado dos próprios utentes fazerem uso inapropriado dos materiais de segurança (extintores contra incêndios). Foi ainda relatado por uma Organização uma falha existente que pode na eventualidade constituir um perigo em caso de acidente, que é o facto de nos elevadores existentes nestas Organizações por norma não entrar uma marquesa, para desta forma ser possível retirar em segurança, em caso de necessidade, utentes acamados.

*“Temos dificuldades com a segurança contra incêndios, sendo que os clientes por vezes utilizam extintores, ligam as betoneiras de incêndio, desenrolam mangueiras.” (Bragança)*

Nas entrevistas procurou-se explorar se as Organizações possuem acessibilidades, que permitam uma boa mobilidade dos utentes. Apenas, uma das Organizações, referiu limitações, nomeadamente que os corredores nem sempre possuem o espaço necessário que permitam as macas terem uma melhor mobilidade em situações de emergência.

*“Sim as acessibilidades permitem uma boa mobilidade, no entanto sentimos alguma dificuldade nos corredores quando é necessário, por situações de urgência, passar com uma maca em alguns locais. Não é impossível esta passagem, porém pode ser difícil pelo espaço ser, em certos pontos, mais curto.” (Lagos)*

Sobre o item de se possuíam quartos e casa de banho individuais, não há um padrão, há Organizações que têm só quartos individuais, outras que têm misto (individuais e duplos); há Organizações que não têm casas de banho individuais, mas há casos que têm casas de banho distribuídas por quartos, enquanto há Organizações que não têm casas de banho por quarto e sim divididas por género, enquanto há Organizações que têm casas de



banho individuais por quarto individual/utente.

*“Possuímos quartos individuais. Não possuímos casas de banho individuais.”  
(Bragança)*

Relativamente aos espaços de convívios e os equipamentos existentes nesses espaços, a resposta foi unânime: todas as Organizações possuem espaços de convívio para os utentes em que os equipamentos disponibilizados são muito idênticos: televisão, rádios, computadores, jogos de tabuleiro e depois algumas possuem equipamentos para Karaoke, matraquilhos, máquina de café/snack, consola, etc.....

*“Sim, têm a sala de convívio, nessa sala temos televisão, consola de jogos PS, mesas para jogos, puzzles, equipamento para karaoke, colunas para ouvir música, e jogos de tabuleiro adaptados às especificidades de cada utente.”(Leiria)*

No que refere a locais de convívio onde os utentes podem receber visitas, duas Organizações referem ter espaços próprios para os utentes poderem receber visitas, considerando-os as salas de visitas. As restantes Organizações dispõem das salas de convívio, quartos, halls de entrada e dos espaços exteriores para os utentes poderem receber as suas visitas.

*“Não existem espaços específicos para receber famílias/amigos. Podem circular e usar o espaço interno e externo das instalações, salvaguardando sempre o respeito pelos restantes utentes.” (Caldas da Rainha)*

Relativamente aos aspetos de climatização e conforto, todas as Organizações possuem espaços com as condições climatéricas necessárias às diferentes estações do ano. Respetivamente à matéria de lacunas que detetassem nas Organizações (construção, acessibilidade...) em termos de

conforto, apenas duas Organizações referiram que não detetam lacunas. As restantes quatro relataram que existem bastantes lacunas, em que todas acabaram por referir as mesmas falhas que é, humidades, paredes ocas, falta de espaços mais individualizados para dar uma melhor resposta as necessidades dos utentes, equipamentos sanitários facilmente danificáveis, pinturas, chão correntemente degradado, paredes frequentemente degradadas, sendo que o referido por uma das Organizações é o facto de serem Organizações cujo investimento é feito com dinheiro público isso depois reflete-se em uma maior necessidade de manutenções a curto prazo, derivado de os materiais serem de fraca qualidade.

*“Os espaços são acolhedores e confortáveis, alguns apresentam problemas de humidade no inverno, especialmente pela antiguidade e construção da estrutura.”  
(Caldas da Rainha)*

*“É assim, as lacunas são muitas. Tudo o que for construções com dinheiros públicos é uma chatice, porque os materiais não têm grande qualidade, isso sim, isso nós notamos que o edifício carece de algumas, alguns ajustes e alguma manutenção com mais regularidade derivado da qualidade dos materiais.”(Fafe)*

Relativamente aos materiais de uso comum (roupa de cama, material de limpeza) e materiais de higiene pessoal, há uma unanimidade, em que todas as Organizações referem possuir todo este tipo de materiais em quantidades necessárias e sempre que necessário são repostos, uma vez que são materiais de muito desgaste devido ao uso e às constantes lavagens e a temperaturas elevadas na lavagem.

*“Sim. Sempre que há necessidade adquirimos material novo e existem também variadas doações da comunidade neste sentido.”(Lagos)*

No que se refere à disponibilidade de materiais de higiene pessoal, cinco Organizações fornecem, estando já contemplado na participação, uma Organização refere que as fraldas não estão contempladas e outra Organização refere que só estão contemplados o gel de banho e o shampoo. Uma Organização refere que são cobrados 10€ à parte para aquisição de material de higiene.

*“A Organização dá gel de banho, shampoo. Tudo o resto é da responsabilidade do cliente.” (Pombal)*

### **Recursos Económicos**

Na dimensão dos recursos económicos, no que se refere a matéria de financiamento, todas as Organizações fazem referência que é através de Acordos de Cooperação com a Segurança Social e através do cálculo das participações consoante as pensões dos utentes que provêm os financiamentos das Organizações. Há Organizações que fazem ainda referência a outras formas de financiamento como: donativos (financeiros e alimentares), cotas, subsídios, como complementos ao acima referenciado.

*“Nós somos financiados pela Segurança Social através de um acordo de cooperação, temos também as mensalidades dos utentes e por vezes alguns donativos em dinheiro ou em bens alimentares vindos das hortas da comunidade onde estamos inseridos.” (Leiria)*

No respeitante às percentagens dos financiamentos totais que as Organizações têm, três Organizações fizeram referência de que há uma total dependência do Estado, a rondar acima dos 90%, ou seja, dependem dos Acordos com este para assegurar o funcionamento das Organizações. Duas Organizações referem que a dependência do Estado ronda os 70% uma

outra Organização que esta dependência ronda os 65%. Os restantes financiamentos, segundo duas Organizações, surgem das participações, sócios, donativos, negócios e juros, e rondam os 30%/35%.

*“Totalmente dependente de financiamento do estado.” (Lagos)*

Atendendo às participações dos utentes, pretendia-se saber as percentagens que as Organizações cobravam, e o que engloba esses valores, quem geria e se eram suficientes para satisfazer as necessidades dos utentes. As Organizações referiram que a percentagem da participação cobrada, é a máxima aplicável pela Segurança Social, os 90%, e que neles estavam contemplados os serviços de: alojamento e apoio residencial, alimentação, apoio dos cuidados de higiene pessoal, tratamentos de roupas, atividades nas diversas áreas de lazer, prestação e acompanhamentos de alguns cuidados de saúde. Os restantes 10% eram para pagamentos de despesas extras aos encargos das famílias como: roupas, medicações, ajudas técnicas como óculos, próteses, etc.,... cabeleireiro, tabaco, produtos de higiene, fraldas, consultas específicas de especialidades no âmbito privado, cremes/pomadas específicas, atividades extras como colónias, acampamentos, etc.,.... Ainda uma Organização referiu que aplica os 75% em que os restantes 25% são geridos por um dirigente, ou famílias, consoante a necessidade e interesses dos utentes em que neste caso os utentes, dos 25%, 10€ entregam para a compra de produtos de higiene, e ainda fica ao encargo deste 25% a compra de medicação, fraldas, saídas que queiram ter, tabaco, etc., ....

*“90%: Alojamento e apoio residencial; Alimentação; Apoio nos cuidados de higiene pessoal; Tratamento de roupa pessoal e de cama; Atividades lúdicas, culturais, desportivas, intelectuais, formativas e sociais. 10%: Nos casos em que os acompanhantes pertencem à instituição, gere a instituição. Nos casos em que*

*os acompanhantes de maior são os familiares, é gerido o excedente pelos familiares. Terapias (hidroterapia, hipoterapia, musicoterapia); Consultas e tratamentos não abrangidos pelo SNS; Medicação; Apoio Psicossocial; Consulta médica e de enfermagem; Ajudas técnicas, próteses e ortóteses; Cremes, pomadas e outros artigos de higiene; Participação em atividades no exterior (acampamentos e colónias de férias); roupa e calçado; Cuidados de imagem prestados por 3ª pessoa (Ex: cabeleireiro).” (Bragança)*

A maioria das Organizações refere que a comparticipação do Estado é insuficiente para fazer face a todas estas necessidades que crescem às necessidades já exigidas pelos utentes. Destacam a necessidade de aumentar os quadros de pessoal, as manutenções que são necessárias ir fazendo e as dificuldades da conjuntura atual do país no contexto económico. A prestação de serviço de excelência, só será possível com um aumento do financiamento público, pois as pensões destes são sempre bastantes baixas o que leva a que as comparticipações também por si só sejam baixas, ou seja, o valor disponibilizado pelo Estado não reflete os custos com cada utente.

*“Caso o estado pretenda uma resposta de excelência, tendo em conta todas as necessidades individuais dos clientes, para além das necessidades básicas, não é suficiente, o custo real do cliente fica muito aquém do valor disponibilizado pelo Estado.” (Bragança)*

Apesar de considerarem a necessidade de maior financiamento público, no que toca ao tópico da autonomia financeira, as respostas foram unânimes no objetivo aumentar a autonomia financeira. Há, no entanto, consciência de que é quase impossível esta acontecer atendendo ao público alvo, às comparticipações baixas e ainda ao facto de se tratar de respostas que servem para colmatar falhas do Estado e que, portanto, é obrigação

deste financiar este tipo de respostas. Ou seja, não há uma real preocupação em passar esta questão para a prática pois houve entrevistados a referirem que caso houvesse obrigatoriedade de haver uma autonomia financeira com o objetivo de o Estado financiar menos, mais valia estes gerirem empresas privadas, ou seja, o objetivo seria arranjar mais financiamentos para aumentar a qualidade de vida dos utentes e não com o objetivo de o Estado diminuir verbas. Houveram ainda Organizações a referirem que esta autonomia só seria possível através de Marketing Social, angariação de fundos das mais diversas formas como jantar anual, sensibilizar familiares a comparticiparem certos tipos de equipamentos individuais como óculos, próteses, etc., ... através de serviços privados, projetos de financiamento, negócios sociais e por fim com os aumentos das comparticipações da Segurança Social, o que no fundo entra em incoerência com esta questão da autonomia.

*“Com o aumento das comparticipações da Segurança Social, sem isso...” “Nós não estamos a receber um subsídio, estamos a substituir o Estado na prestação de um serviço e isso é importante que se perceba.” “Nós somos financiados para prestar um serviço.” “E, portanto, só me pagam um serviço que eu presto e, portanto, eu não tenho que arranjar um dinheiro para eu receber menos. Eu tenho que ir é para as respostas, como aquelas que nós estamos a fazer, eu disse-te ainda agora... quer dizer, o J está internado em B a fazer uma desintoxicação. Quem é que o vai buscar agora no dia 11? Possivelmente a S. Eu não tenho onde ir cobrar o serviço. Eu pago-o, isto é de fundos da Instituição. Portanto, quando eu tiver que investir...” (Fafe)*

### **Autodeterminação e Autonomia**

Nas dimensões da autodeterminação, autonomia e participação na comunidade, quando questionados sobre a importância que dão a estes

conceitos, as respostas realçam a importância que as Organizações entrevistadas dão a estes aspetos. Todos os entrevistados realçam que dão voz aos gostos e interesses dos utentes. Apontam ainda para um fator importante que é o correr-se risco, pois atendendo à instabilidade que muitas das vezes demonstram, dar abertura, possibilidade para que tenham autonomia, é correr riscos, é arriscar de que pode ter corrido bem até agora, mas a qualquer momento o utente pode alterar e correr mal e depois assumir-se essas consequências. Fizeram ainda referência a vários exemplos que dão de como na prática os colocam em exercício como, irem votar, fazerem parte de inquéritos, entrevistas, direcionarem atividades para os seus gostos e interesses assim como quem não gosta ou não quer, pode simplesmente não participar, realização de tarefas do quotidiano para desta forma ajudar a manter as suas faculdades ativas por mais tempo assim como trabalhar a suas habilidades.

*“Na prática já se percebeu que nós corremos riscos, pronto, e porque achamos que para dar-lhes resposta a estes conceitos de autodeterminação e da autonomia, temos que os correr, não é, temos de arriscar. De maneira que sentarmos com os jovens, o sentar é um sentido figurativo, porque nós no dia a dia na dinâmica da brincadeira nós vamos conseguindo perceber e captando, quais são as necessidades e as expectativas deles.” (Fafe)*

Quanto à questão dos horários estabelecidos é unânime a opinião de que, nas Organizações, é essencial e fundamental existirem horários de referência, por uma questão de estabilidade dos utentes que precisam, assim como para a própria gestão e organização dos serviços/turnos. No entanto dado ser uma população cuja resposta não se consegue planear todos os dias e da mesma forma as coisas, é muito importante e imprescindível esta flexibilidade que todos relatam, ou sejam, os horários e rotinas dependem no fundo de cada utente e de cada dia.

*“Os horários estão previamente estabelecidos embora com alguma flexibilidade até para um funcionamento mais adequado da estrutura residencial. São as rotinas matinais dos residentes que por força dos seus enquadramentos ocupacionais, formativos ou de emprego obrigam a uma maior rigidez. A flexibilização dos horários é sempre que possível ajustada às necessidades e interesses individuais.” (Caldas da Rainha)*

Em referência ao fim de semana e ao assunto dos horários/rotinas, questionou-se a autonomia destes, o que se conclui é que há rotinas gerais e diárias que são importantes e têm de ser cumpridas impreterivelmente, como os banhos, higiene, alimentação, no entanto todo o resto, como horas de levantar, atividades, etc., são feitas de acordo com a vontade e disposição dos utentes.

*“Os horários são sempre os mesmos, para dar resposta aos horários dos turnos. No entanto, se um cliente quiser descansar a meio da manhã ou da tarde, ao fim de semana, pode fazê-lo. Do mesmo modo, se houver uma saída, piquenique, etc., os horários das refeições, por exemplo são adaptados.” (Pombal)*

Com respeito à questão de se existem espaços onde podem partilhar as suas opiniões, o que os entrevistados referem é que existem espaços de partilha, nos gabinetes técnicos, salas de convívio ou por vezes onde os utentes se cruzam com os Técnicos que consideram que os podem ajudá-los nas suas necessidades, ou seja, em qualquer local. Mencionam ainda que as áreas que mais importância dão são a questão social, ou seja, o saírem, irem a algo ou algum lado assim como aproveitarem para reclamarem de alguma questão da gestão que não concordem, ou que achem que foram de alguma forma prejudicados, uma vez que se encontram diversas vezes incompatibilidades entre utentes/funcionários. Neste sentido aqui é



importante privilegiar a implementação de questionários de satisfação nos utentes, para se perceber também os seus pontos de vista e poder agir em conformidade.

*“Sim, gabinete da assistente social, Psicóloga e diretora técnica; Questionários de avaliação de satisfação e relatórios de avaliação de atividades” (Bragança)*

Relativamente à questão da autonomia dos rendimentos, o que se pretendia saber era quem geria os dinheiros que os utentes auferem, quando estes frequentam estágios, formações, ASU, sendo que há Organizações que relatam ser os Acompanhantes dos utentes, outras algum elemento da Organização, mas três delas referem que são os utentes a fazerem essa gestão.

*“Sim, em função do seu nível de autonomia e capacidade de gestão. Objetos pessoais como telemóveis, portáteis, vestuário; restauração, lazer, férias. O valor semanal de cada um, combinado individualmente, não carece de justificação e é gasto como cada um entender.” (Caldas da Rainha)*

Quanto à autonomia de mobilidade, foi questionado a possibilidade de saírem para frequentarem locais públicos do seu interesse, das 6 Organizações 3 responderam que os utentes podem sair sozinhos, 1 Organização referiu que ao Fim-de-Semana não podiam, devido ao isolamento do Lar, mas que durante a semana no CACI, podem. E 2 Organizações responderam que não permitem que os utentes saiam sem supervisão dos funcionários, atendendo também às características e especificidades de cada utente, depende as diferentes respostas.

*“Sim, os residentes deslocam-se sem qualquer supervisão para os locais do seu interesse. (cafés, centro comercial, associações, ginásio, piscina, visita a*

*familiares e amigos, parque da cidade, praia)” (Caldas da Rainha)*

No respeitante à autonomia no espaço privado, quanto à decoração dos quartos, em todas as Organizações é permitido os utentes decorarem ao seu gosto. Apenas há interferência das Organização se os objetos forem desadequados. Há um dirigente que refere ter de existir alguma contenção por se tratarem de espaços partilhados.

*“Sim, sim, cada um decora conforme quer. Há quartos que não têm nada, e há quartos... não têm nada porque eles não têm essa necessidade, e depois nós também não acrescentamos porque também a qualquer momento pode voar algum objeto. Como há quartos que estão carregadinhos de bonecos, de poster do porto, portanto, cada um faz as suas escolhas.” (Fafe)*

Na questão da autonomia no vestuário, em relação às roupas que vestem, as Organizações referem que depende maioritariamente das condições dos utentes. Os utentes que têm capacidade escolhem, os que não têm, têm de ser as funcionárias a fazer essa função e ainda a intervirem sempre que consideram que a escolha das roupas não é adequada (estações do ano, por exemplo, há utentes que de Inverno vestiriam roupa de Verão e de Verão roupas de Inverno).

*“Há alguns utentes que não têm capacidade para se organizarem nesse sentido, no verão vestem roupa de lã e no inverno iam vestir t-shirts, bem como a apresentação, portanto, não há esse cuidado, então essa roupa é preparada pelo auxiliar no dia anterior, é deixada na cadeirinha dele e ele no dia seguinte de manhã sabe o que tem para vestir. Aqueles que têm autonomia para o fazer, são eles que escolhem, podemos aconselhar, não é, mas são eles que vão ao guarda-vestidos e escolhem o que querem.” (Fafe)*

Relativamente à autonomia alimentar, foi questionado se há possibilidade de escolherem e/ou não comerem refeições. Os responsáveis frisam predominantemente é que como são serviços externos a fazer o serviço de refeições, não sendo fácil grandes alterações. No entanto, atendendo a que conhecem os utentes e sabem quando gostam ou não gostam ou quando apenas não lhes apetece, comunicam com a empresa e ajustam a refeição do utente (por exemplo, se não gosta de puré troca por arroz, utente que vomita se comer peixe, algum prato que o utente não tolere fazem troca pelo prato de dieta, alergias, etc....). Uma Organização frisou que no dia de aniversário os utentes podem escolher a ementa.

*“Sim, por exemplo, podem escolher a ementa no dia do seu aniversário.”  
(Bragança)*

### **Participação na Comunidade**

Na dimensão da participação na comunidade, todos responderam que a sua Organização considera esta dimensão muito importante e que a promovem de variadas formas, como frequentarem festas, feiras, mercados, cafés, etc., A participação é muito importante para a qualidade de vida dos utentes e para uma maior aceitação, consciencialização e sensibilização, pois só conhecendo as populações, muitas das vezes a comunidade se apercebe das suas capacidades e isso permite, à posteriori, possível integração no mercado de trabalho, em atividades, teatros, etc.,....

*“Esta dimensão é muito importante e diariamente tentamos desmistificá-la promovendo atividades e parcerias com a comunidade.” (Leiria)*

Relativamente à autonomia na prática religiosa, em todas as

Organizações os utentes que assim o pretendem, sendo do seu interesse, frequentam os seus cultos religiosos, independentemente da sua religião. A autonomia pode ser condicionada pela disponibilidade de colaboradores.

*“Sim, sempre que possível (em termos de colaboradores suficientes), os clientes que o desejem vão à missa. Curiosamente antes do COVID-19, tínhamos 2 voluntários (casal de idosos), que ao domingo os acompanhavam à Missa.”*  
(Pombal)

No que se refere à autonomia na participação em festas locais, as Organizações permitem que os utentes frequentem festas locais. Alguns responsáveis registam que os utentes participam em muitas festas promovidas pelo município, freguesias, paróquias, associações, desfiles de carnaval, muitas delas a convite dessas mesmas entidades.

*“Sim – sempre que ocorrem iniciativas locais e se for do interesse do residente.”* (Caldas da Rainha)

Em relação à autonomia em comprarem as roupas da sua preferência, voltamos a obter respostas positivas de todas as Organizações que referiram que sim, que os utentes podiam fazer compras de roupas em lojas a seu gosto, no entanto, algumas referem que como nem todos os utentes têm essa capacidade ou autorização da parte dos seus responsáveis, que tem de existir alguma supervisão em alguns casos.

*“Sim, de acordo com o seu nível de autonomia. Vestuário, equipamento de lazer, comida.”* (Caldas da Rainha)

Sobre a autonomia de participação em coletividades, este conteúdo volta a haver unanimidade. Todos responderam incentivar a participação dos

utentes em grupos de bombos, teatro, escuteiros, rancho, etc.

*“Sim. Neste momento temos um grupo de utentes integrados num rancho folclórico de uma aldeia nos arredores da nossa localidade.” (Lagos)*

Na pergunta da autonomia no exercício da cidadania, ou seja, de irem votam, as Organizações referem que quem quiser, demonstrando esse interesse e quem puder, ou seja, quem reunir condições para o ato, quer seja físico, cognitivo ou por interdição, à parte destas situações que os privem, podem proceder ao ato eleitoral.

*“Sim, todos os clientes que reúnem condição para a participação cívica e demonstrem interesse e consciência política que lhe permita tomar essa decisão são incentivados a fazê-lo no uso do seu direito á participação. Acresce nesta dimensão a filiação política sempre que é expressa essa vontade.” (Caldas da Rainha)*

### **3.1. Discussão de Resultados**

Segundo Simões (2013), estas Organizações são muito importantes, porque trabalham com uma motivação enorme, de forma a que seja possível produzir bens e serviços para aqueles que precisam dos mesmos.

Neste capítulo foi possível explorar os resultados obtidos neste estudo e compreender se os objetivos inicialmente propostos foram atingidos com sucesso. Através das diversas entrevistas realizadas, foi possível absorver diversas informações acerca do funcionamento destas Organizações, Lares Residenciais para pessoas com Deficiência, entre o que de melhor há, ao que de menos bom também existe. Das 6 Organizações, apenas se conseguiu reunir presencialmente com uma, atendendo à distância geográfica. Considerando o objetivo inicial, que era com as restantes 5 ser possível

realizar a entrevista via zoom, não se concretizou, derivado da falta de tempo e disponibilidade dos Dirigentes.

Salienta-se a disponibilidade dos responsáveis, para falar de diversos assuntos, temas, preocupações, mas também melhorias que esperam conseguir nas suas Organizações e a nível Nacional.

Fazendo uma sinopse, a maioria das Organizações referiram que as Organizações existentes não dão uma respostas à procura, ou seja, há bastantes pessoas inscritas em Listas de Espera, o que a médio/longo prazo se caracteriza num grave problema pois existe muita necessidade e não existe retaguardas para todas estas pessoas o que levará, conseqüentemente, a despoletar outros problemas. Foi feita menção a que atualmente só se conseguem melhorias, alargamentos, através dos vários projetos existentes, como o PARES, de outra forma era incomportável, tendo em conta os escassos recursos financeiros das Organizações, e o próprio Estado não tem essa capacidade de resposta.

Apesar do desejo de maior independência financeira, os responsáveis das Organizações referem a necessidade de o Estado assumir as suas responsabilidades com esta população. Foi referido que dadas as baixas participações do Estado e dos utentes, e atendendo à alta inflação da conjuntura atual, torna-se incomportável dar aos utentes todas as condições necessárias para uma melhor Qualidade de Vida. Esta questão prende-se, por exemplo, com a ausência de profissionais para dar respostas às suas necessidades, atendendo a que os quadros de pessoal dos Lares Residenciais são muito deficitários dadas as necessidades e características dos utentes, e não existem recursos financeiros suficientes para a contratação de todos os profissionais que seriam necessários. Estas são algumas das questões mais debatidas profundamente ao longo das entrevistas. A área onde se refere maior dificuldades foi a da saúde, onde a falta de recursos e articulação com o SNS, dificulta a prestação de serviços de qualidade. As Organizações referem ainda dificuldades em termos de

contratação e retenção de pessoal, derivado dos baixos salários e do trabalho ser por turnos.

Apesar da recetividade e esforço das Organizações, nem sempre se torna possível dar aos utentes a máxima autonomia, autodeterminação e participação na comunidade, pois é necessário ter em conta vários fatores como o facto de a própria Organizações precisar de horários, rotinas e regras para ser possível uma boa gestão e planeamento.

Neste prosseguimento, é importante clarificar que os objetivos foram cumpridos e atendendo aos objetivos gerais, que se centravam em compreender através dos dirigentes de diversas Organizações Nacionais, mais concretamente, direcionada para a realidade dos Lares Residenciais para pessoas com deficiência, como investem estas para uma real integração social destas populações e na qualidade de vida das pessoas com deficiência, o que através das várias dimensões e subdimensões abordadas foi possível entender que mesmo havendo muitas dificuldades há uma real preocupação e esforço por darem voz a estas populações, tentando dar-lhes o máximo de competências para serem vistas e tratadas como qualquer pessoa.

Apesar das Organizações fazerem um esforço para conseguirem chegar a toda a população, a verdade é que ainda existe um caminho longo a percorrer, até porque muitas vezes as Organizações apesar de saberem que precisam de intervir mais, não têm capacidade a nível de vagas, recursos humanos, recursos materiais, recursos financeiros, para conseguirem dar mais respostas, e isso acaba por ser uma grande barreira que as Organizações todos os dias tentam ultrapassar.

Estes depoimentos traduziram esta motivação intrínseca dos dirigentes no desenvolvimento das suas funções enquanto profissionais ou enquanto voluntários.

## **Capítulo IV. Conclusões**

A análise destas Organizações foi um estudo importante, pois através do mesmo foi possível perceber como estas Organizações são indispensáveis no apoio a colmatar as necessidades das pessoas com deficiência. Perante isto não deve ser esquecido que este estudo pretende contribuir para uma harmonia entre as várias partes (Organização/Utente- Famílias/Estado), e uma boa relação entre todas as partes ajuda na evolução no seio das Organizações e cada vez mais estas olham isso como sendo um dos principais pilares para um melhor ambiente profissional. A pirâmide de Carroll (1979) ilustra a intervenção destas Organizações posicionando-as no topo, ao nível da filantropia ou voluntariado.

Este estudo contribuiu, ainda, para uma maior compreensão da importância que estas Organizações têm a nível nacional, e também de algum do seu descontentamento quando à forma como por vezes são vistas e apoiadas. Através de toda a informação recolhida junto dos responsáveis das Organizações, foi possível tirar várias conclusões como perceber as práticas e as dificuldades das Organizações o que sugere investigações futuras sobre o desenvolvimento de políticas públicas direcionadas para esta área. A caracterização das Organizações permite verificar a heterogeneidade de utentes/necessidades nas Organizações. Este aspeto torna mais complexa a Organização e, surge a necessidade de repensar o modelo de respostas aos utentes.

Existe consenso relativamente à persistência de falhas por parte do Estado no que toca ao desenho e à implementação de políticas para o setor, estas falhas limitam a capacidade de resposta das Organizações às necessidades destas populações. É igualmente consensual entre os responsáveis das Organizações que a capacidade de oferta fica aquém da procura existente, o que leva a que as listas de espera atinjam números considerados inoportáveis.



Relativamente ao financiamento, é uma falha bastante demarcada, sendo referido que não acompanha a necessidade de respostas a uma população cada vez mais envelhecida. As comparticipações do Estado e dos utentes demonstra-se insuficiente para fazer face a todas as exigências, nomeadamente no que se refere ao quadro, à formação adequada de competências dos funcionários e às condições dos espaços. Relativamente ao cálculo das comparticipações, a maioria opta, constando em Regulamento Interno, por cobrar os 90% de comparticipação.

Apesar da autonomia financeira ser referido como um objetivo, existe a perceção de que é quase impraticável esta acontecer e nesse seguimento, os responsáveis entendem que o Estado deve financiar este tipo de respostas. Portanto, relatam que não há uma preocupação efetiva em passar da teoria à prática, pois, acrescentam que, sem desresponsabilizar o Estado, seria relevante criar mais incentivos à procura de novas formas complementares de financiamento.

Relativamente aos recursos humanos, as dificuldades mais sentidas são a de recrutamento e formação dos funcionários e a falta de funcionários na área da saúde. No respeitante a recrutamento, tendencialmente referem haver dificuldades e reportam que essa dificuldade advém de más condições de trabalho (trabalho por turnos, más remunerações,). Existem também dificuldades de recrutamento devido aos constrangimentos financeiros. Estas situações resultam num elevado número de utentes por trabalhador.

Na área da saúde, uma vez que não é contemplado nenhum profissional a tempo inteiro nos quadros técnicos, procurou-se entender como faziam face a essa necessidade, sendo que foi frisado a contratação privada desses recursos. Também foi referido que não há categorias suficientes nos quadros técnicos, como fisioterapeutas, psicólogos, etc... que façam face a todas as necessidades da população.

Aspetos das políticas recentes como a escolaridade obrigatória desta população, mais direcionada para a Educação inclusiva, não tem como

resultado alterações significativas nas práticas das Organizações.

Quanto às melhorias que as Organizações sentem foi perceptível que a opinião das destas, vai de encontro à importância dos programas de apoio existentes para poderem aprimorar as suas intervenções. Quanto às várias respostas existentes nas Organizações, constata-se que todas as Organizações inquiridas possuem a valência de CACI, e só desta forma era possível darem uma resposta adequada aos utentes, a nível sociocultural.

Apesar das dificuldades de manutenção dos edifícios, devido às referidas necessidades financeiras, os responsáveis asseguram que as condições dos espaços interiores e exteriores, asseguram segurança, acessibilidade, climatização e qualidade de vida aos utentes

Relativamente a materiais diversos, produtos de higiene, medicações, material de enfermagem, todos referem não sentir dificuldades em possuir tudo o que é necessário.

Os responsáveis das Organizações demonstraram consciência da importância e empenho em assegurar as condições que permitam desenvolver as dimensões de Autodeterminação e Autonomia. Todos as subdimensões são percecionadas como relevantes e encontram algum tipo de resposta nas Organizações. Será relevante para investigação futura compreender melhor as práticas, nomeadamente por exemplo a implementação e avaliação de inquéritos de satisfação.

Por último, na dimensão de Participação na Comunidade todas as Organizações consideram esta dimensão muito importante e que esta integração que tentam fazer, a nível individual do utente, é muito importante para a satisfação do mesmo e qualidade de vida.

Portanto, estas Organizações são reconhecidas pois têm como principal preocupação a responsabilidade, o desenvolvimento e o apoio social à comunidade. Durante este estudo foi possível concluir que as Organizações têm ocupado um lugar essencial na sociedade sendo reconhecida a sua missão e os seus objetivos no sentido de chegar a todos

de forma a atingir o bem-estar da sociedade em geral.

Perante toda a informação recolhida com os representantes das Organizações podemos concluir que sentem o peso da responsabilidade quando procuram dar respostas sociais aos grupos mais vulneráveis. Cada vez mais as IPSS tentam proporcionar diversas respostas sociais de modo a chegar a todas as faixas etárias, promovendo a partilha de experiências, a igualdade de género, a intergeracionalidade.

#### **4.1 Limitações do estudo e investigação futura**

No que se refere às limitações deste estudo são identificadas as seguintes:

-Surgiram alguns constrangimentos no decorrer desta investigação nomeadamente a limitação de tempo e a dificuldade ao nível da operacionalização do estudo. Quando se iniciou o estudo havia ideia de que as Organizações seriam mais disponíveis e colaborativas, atendendo ainda a que era uma área de estudo do interesse de todas as Organizações envolvidas, uma vez que é a prática comum de todas. Com o passar do tempo, percebeu-se as imensas dificuldades em obter respostas, pois a maioria das Organizações não respondeu, diversas outras com o avançar do processo deixavam de mostrar interesse em dar continuidade e apoio ao desenvolvimento do estudo o que dificultou todo o processo e com isto se compreendeu porque não há grandes matérias nesta área.

-Atendendo á dificuldade do tempo disponível foi necessário flexibilizar a forma de obter as entrevistas, sendo que a ideia inicial seria uma entrevista presencial, de uma Organização perto da zona da Investigadora e as restantes por via zoom, atendendo à amostra ser de norte a sul do país, mas nem assim desta forma foi fácil obter agendamento, e nesse sentido permitiu-se que respondessem e enviassem de forma escrita, pois sem ser dessa forma seria impossível obter resultados.

-Entrevistas de zonas mais dispersas poderiam ter dado uma expressão um pouco diferente desta realidade ou poderiam ter acrescentado mais informação à que foi obtida. Na sequência desta limitação existem outras nomeadamente a impossibilidade de se generalizar as conclusões desta investigação, visto ser um estudo centrado na realização de entrevistas. Para este estudo foram entrevistadas seis Organizações, sendo as suas conclusões delimitadas à realidade estudada. Sendo de prever que um estudo quantitativo exploratório poderia complementar a informação aqui recolhida e analisada.

Relativamente aos estudos futuros, deve ser salientado o seguinte:

-Importante que existam mais estudos onde seja possível relacionar as áreas da economia social e destas Organizações, visto se tratar de domínios que colidem e que são pouco explorados pela literatura.

-Estudos futuros podem ser realizados noutras Organizações de diversos concelhos de Portugal, tentando aprofundar os diferentes aspetos tratados e compreender melhor o papel que a dimensão e a localização geográfica podem ter.

-Ainda poder-se-ia optar por um estudo comparativo entre Organizações financiadas pelo Estado/Organizações privadas, e dessa forma seria possível compreender a nível económico as diferenças existentes na gestão.

-Fundamental que todas as Organizações sintam como objetivo principal a responsabilidade que lhes está subjacente, de modo a que seja baseada nisso as suas práticas profissionais e não apenas algo secundário.

Estas Organizações têm um papel fundamental na nossa sociedade, atendendo à sua responsabilidade social e daí a importância, pois só a sociedade estando sensibilizada com a resposta, estas conseguem melhorar

a qualidade de vida de todos, criar elos entre as pessoas e as Organizações e chegar mais longe nas suas respostas sociais. Este estudo apesar das limitações identificadas constitui uma contribuição para a compreensão da importância destas respostas.

## Referências Bibliográfica

Alvim, A., S. ET Novaes, M., P., (2019). A importância do mediador no processo de inclusão dos deficientes no ensino regular- Psicologia.pt ISSN 1646-6977 [online]. Portal dos psicólogos Acesso em: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1342.pdf> , a 27 de fevereiro de 2023

Barnes, Colin e Mercer, Geof (1999), Exploring disability, Cambridge, Polity Press.

Bucci, M. D. (2006). Políticas Públicas - Reflexões sobre o Conceito Jurídico. São Paulo: Editora Saraiva. pp. 38.39

Capucha, L. (2005). Desafios da Pobreza. Modos de Vida de Pobreza em Portugal. Oeiras: Celta Editora

Carroll, A. (1979). A Three-Dimensional conceptual Model of Corporate Performance. They Academy of Management Review (pp. 497-505), Vol. 4, No. 4 pp. 497-505. Acesso em: <https://doi.org/10.2307/257850> , a 18 de setembro de 2022

Comissão Europeia (2010). Estratégia Europeia para a Deficiência 2010-2020: Compromisso renovado a favor de uma Europa sem barreiras. Bruxelas: Comissão Europeia. Acesso em: <http://www.inr.pt/uploads/docs/noticias/2015/estrategiaeuropéiaDeficiencia20102020.pdf>, a 11 de abril de 2022

Dyson, A. (2001), “Dilemas, Contradicciones y Variedades de la Inclusión”, in M.A. Verdugo Alonso y F.B. Jordán de Urríes Vega (coord.), Apoyos, autodeterminación e calidad de vida, Colección Psicología, Salamanca, Amarú, pp. 145-160

ENIPD- Estratégia Nacional para a Inclusão das Pessoas com Deficiência. Estratégia Nacional para a Inclusão das Pessoas com Deficiência 2021 - 2025. [online]. Acesso em: <https://www.inr.pt/documents/11309/284924/ENIPD.pdf> , no 28 de maio de 2022

Eurostat. Almost 8 out of 10 internet users in the EU surfed via a mobile or smart phone in 2016. Acesso em: [http://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/7771139/9\\_20122016-](http://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/7771139/9_20122016-)

BP-EN.pdf/f023d81a-dce2-4959-93e3-8cc7082b6edd , a 13 de maio de 2022.

Farias, N., & Buchalla, C. M. (2005). A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8(2), 187-193. doi.org/10.1590/S1415-790X2005000200011 64

Fernandes, L. A. O. M. (2017). *Ação Organizacional e Qualidade de Vida. Um estudo comparado do Norte de Portugal e Galiza no campo da Deficiência Mental*. Braga. Universidade do Minho. Tese de Doutoramento em Sociologia  
Acesso em: <https://hdl.handle.net/1822/47370>, a 15 de outubro de 2022

Figueiredo, M. J. P. R. (2021). *A “verdadeira limitação”: um estudo sobre a (Re)Inserção Profissional de Pessoas Com Deficiência Motora*. Porto: Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia, Psicologia das organizações, social e do trabalho. Acesso em: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/135075> , a 02 de abril de 2023

Fontes, F. (2016). *Pessoas com deficiência em Portugal*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Gardou, C.(2011). “Pensar a deficiência numa perspectiva inclusiva”. *Revista Lusófona de Educação*. N. ° 19:13-23. Acesso em: <https://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/2815> , a 15 de abril de 2022

GEP, Carta Social (2020). [online]. Disponível em [Número de Respostas Sociais - Carta Social](https://www.cartasocial.pt/numero-de-respostas-sociais). Acesso em <https://www.cartasocial.pt/numero-de-respostas-sociais>, a 09 de junho de 2023

Guerra, J.A (2003). 2003: Ano europeu da pessoa com deficiência. Porquê? Poliedro; Lerparaver Acesso em: [https://www.lerparaver.com/poliedro\\_anoeuropeu.html](https://www.lerparaver.com/poliedro_anoeuropeu.html) A 20 de janeiro de 2023

GRACE- Empresas Responsáveis. (2020). *A integração de pessoas com deficiência no mercado de trabalho: um guia para a inclusão*. [online]. Acesso em: [https://grace.pt/wp-content/uploads/2015/12/GUIA\\_GRACE\\_versao\\_WEB\\_spreads.pdf](https://grace.pt/wp-content/uploads/2015/12/GUIA_GRACE_versao_WEB_spreads.pdf) , a 30 de abril de 2023.

Hughes, C., Hwang, B., Kim, J., Eisenman, L.T. e Killian, D.J., (1995), “Quality of life in

applied research: A review and analysis of empirical measures”, *American Journal on Mental Retardation*, 99(6), pp.623-641.

Instituto Nacional de Estatística. (2013). Acesso em: URL: <https://www.ine.pt> , a 29 de novembro de 2023

Instituto Nacional de Estatísticas, INE, 2022, Censos sobre as dificuldades sentidas pelas pessoas com incapacidade. Acesso em: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=588087444&DESTAQUESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=588087444&DESTAQUESmodo=2) , a 30 de novembro de 2022

Instituto Nacional para a Reabilitação (2022). Guia Prático: Os Direitos das Pessoas com Deficiência em Portugal. [online], Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, Acesso em: [https://www.inr.pt/guia\\_pratico](https://www.inr.pt/guia_pratico) , a 28 de abril de 2022.

Longhurst, R. (2016). Semi-structured interviews and Focus Groups. In Clifford, N., Cope, M., Gillespie, T., & French, S (Ed.), *Key Methods in Geography* (pp. 143-156).

Mack, N., Woodsong, C., MacQueen, K. M., Guest, G., & Namey, E. (2005). *Qualitative Research Methods: A Data Collector’s Field Guide*. Family Health International  
Marotti, J., Galhardo, A. P. M., Furuyama, R. J., Pigozzo, M. N., Campos, T. N., & Martins, C. “Deficiência e Inclusão em Portugal: As políticas para quem quer ser ouvido”. Dissertação de Mestrado em Economia e Políticas Públicas. Lisboa: ISEG. Acesso em: <https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/17316/1/DM-CDM-2018.pdf> , a 15 de março de 2021

McIntosh, M. J., & Morse, J. M. (2015). Situating and Constructing Diversity in Semi-structured Interviews. *Global Qualitative Nursing Research*. 2, 1-12  
Marotti, J., Galhardo, A. P. M., Furuyama, R. J., Pigozzo, M. N., Campos, T. N., & Laganá, D. C. (2008). Amostragem em pesquisa clínica: tamanho da amostra. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*. 20(2), 186-194.

Ministério Trabalho Segurança Social (2006), 1º Plano de Ação para a Integração das Pessoas com Deficiências ou Incapacidade 2006-2009. Lisboa. Aprovado Resolução do Conselho de Ministros n.º 120/2006, de 21 de setembro

Ministério da Solidariedade e da Segurança Social (2012), “O Emprego das Pessoas com Deficiências ou Incapacidade: Uma abordagem pela igualdade de oportunidades”, Lisboa, Gabinete de Estratégia e Planeamento Pp. 16-17



Neves, A. & Capucha, L. (2006). Estudo de Avaliação da Qualidade e Segurança das Respostas Sociais na Área da Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência. Lisboa: Direção-Geral de Estudos, Estatística e Planeamento (DGEEP) e Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (MTSS).

Nirje, B. (1972), “The right to self-determination”, in W. Wolfensberger (Eds.), Normalization: The principle of normalization, Toronto, National Institute on Mental Retardation, pp. 176-200.

Organização Mundial da Saúde (2024) Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Direção Geral de Saúde [online] Acesso em: em <https://catalogo.inr.pt/documents/11257/0/CIF+2004>, a 16 de dezembro de 2022

Organização das Nações Unidas (2006). Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. (Versão em Português). Instituto Nacional para a Reabilitação. Acesso em: <https://www.inr.pt/convencao-sobre-os-direitos-das-pessoas-com-deficiencia> , Pp. 1-3, 05 de junho de 2021

Organização Mundial de Saúde (2011). World report on disability 2011. [online]. Acesso em [http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/en/](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/) , 30 de Maio de 2022.

Organização Mundial de Saúde (2011). World report on disability 2011. [online] Acesso em: em [http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/en/](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/) , a 16 de dezembro de 2022

Pase, A., D., P., Santos, C., h., a-. O., Moura, D., V., Borges, M., L., Parada, M., M., O bem-estar social e as políticas públicas destinadas à inclusão das pessoas com deficiência no mercado de trabalho no Brasil e em Portugal, Campos Neutrais –Revista Latino-Americana de Relações Internacionais. Vol. 2, Nº 1, janeiro–abril de 2020. Santa Vitória do Palmar –RS. Acesso em: <https://periodicos.furg.br/cn/article/view/11589/7811> , a 10 de maio de 2022

Pinto, Paula Campos. Neca, P. Bento, S. (2022). Pessoas com Deficiência em Portugal. Indicadores de Direitos Humanos 2021. Observatório da Deficiência e Direitos Humanos Instituto Superior de Ciências Sociais e

Políticas da Universidade de Lisboa. Acesso em: <http://oddh.iscsp.ulisboa.pt/index.php/pt/2013-04-24-18-5023/publicacoes-dos-investigadores-oddh/item/600-relatorio-oddh-2022>, a 05 de maio de 2022

Prates, J., (2019). “A integração profissional de pessoas com deficiência apoiada por medidas políticas”. Dissertação de Mestrado em Políticas Públicas. Lisboa: ISCTE-IUL. Acesso em: [https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/19076/1/master\\_jessica\\_prates\\_palhota.pdf](https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/19076/1/master_jessica_prates_palhota.pdf) , a 15 de maio de 2022.

Quivy, R., Campenhoudt, L. (1998) Manual de Investigação em Ciências Sociais. Editora: Gradiva. Paris.

Raposo, C. C. (2013). A Integração de Cidadãos Portadores de Deficiência no Mercado de Trabalho. Ponta Delgada: Universidade dos Açores. Dissertação de Mestrado em Ciências Económicas e Empresariais. Acesso em: <https://repositorio.uac.pt/handle/10400.3/2818> , a 19 de maio de 2022

Sanches, I. e Teodoro, A. (2006). “Da integração à inclusão escolar: cruzando perspectivas e conceitos”. Revista Lusófona de Educação. N.º8 63-83. [online]. Acesso em: <https://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/691> , a 10 de abril de 2022.

Schalock, R.L. (1997), “Evaluación de programas sociales: para conseguir rendimientos organizacionales y resultados personales”, in Verdugo M.A. (coord.), II Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas con Discapacidad, Salamanca, Amarú, pp. 85-105.

Shakespeare, T. (2013). Disability rights and wrongs revisited. Routledge.

Shakespeare, T. (2017). Disability: the basics. Routledge.

Silveira, M. M. A. (2017). Desafios à Inclusão Social de Jovens com Deficiência. Porto: Instituto Superior de Serviço Social do Porto. Dissertação de Mestrado em Intervenção na Infância e Juventude em Risco de Exclusão Social. Acesso em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/23390>, 15 de março de 2021

Simões, I. (2013). Movimento Vida – Motivação e Organizações Sem Fins Lucrativos, Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Coimbra, Coimbra.

SNR, Inquérito Nacional às Incapacidade, Deficiências e Desvantagens, 1996. Acesso em: <http://www.mediaedeficiencia.com> , a 20 de junho de 2023

Sousa, J., Casanova, J. L., Pedroso, P., Mota, A. T., Seiceira, F., Fabela, S. & Alves, T. (2007). Mais Qualidade de vida para pessoas com deficiências e incapacidades- Uma estratégia para Portugal. Vila Nova de Gaia: Godesign, Lda

UNRIC –Centro Regional de Informação das Nações Unidas. Alguns Factos e Números sobre as Pessoas com Deficiência. 2015. Acesso em: <https://www.unric.org/pt/pessoas-com-deficiencia/5459> , 30 de outubro de 2022.

Veiga, C; Silva, C., Domingues. I. Fernandes, L; Saragoça, Fernandes, L. M., (2014), Inclusão Profissional e Qualidade de Vida, Veiga, C.; Fernandes, L (Coord) Vila Nova de Famalicão, Edições Húmus

Veiga, C. V. da; Fernandes, L. M.; Verdugo, M. A. (2021). “Nota introdutória: Mais investigação, melhor inclusão.” Revista Lusófona de Estudos Culturais. N.º 8 (2): 7-17. [online]. Acesso em: <https://doi.org/10.21814/rlec.3711> , a 10 de abril de 2022].

Vornholt, K., Uitdewilligen, S., & Nijhuis, F. J. (2013). Factors affecting the acceptance of people with disabilities at work: A literature review. *Journal of occupational rehabilitation*, 23(4), 463-475. <https://doi.org/10.1007/s10926-013-9426-0>.

Vornholt, K., Villotti, P., Muschalla, B., Bauer, J., Colella, A., Zijlstra, F., Van Ruitenbeek, G., Uitdewilligen, S. & Corbiere, M. (2018). Disability and employment– overview and highlights. *European journal of work and organizational psychology*, 27(1), 40-55. <https://doi.org/10.1080/1359432X.2017.1387536>

Wehmeyer, M.L. (2001), “Autodeterminación: una visión de conjunto”, in M.A. Verdugo y B. Jordán de Urríes Vega, (Eds.), *Apoyos, Autodeterminación y Calidad de vida*, Salamanca, Amarú, pp. 113-133.

Wilson, J. (2000). Doing justice to inclusion. *European Journal of Special Needs Education*, 15, 3, 297-304.

World Health Organization, the World Bank. (2011). Relatório mundial sobre a deficiência; tradução Lexicus Serviços Linguísticos. – São Paulo: SEDPcD, 2012. 334 p. . Título original: World report on disability 2011



## **Anexos**

### **Anexo 1 - Email enviado às Instituições Particulares de Solidariedade Social**

Cabeceiras de Basto, 06 de abril de 2023

Exma. Direção do Lar Residencial...  
Exmo. (a). Dr.(a).

Boa tarde Dr...,

Após contacto telefónico com a Dr. X, remeto toda a informação relativamente ao estudo que estou a desenvolver, como combinado com a mesma.

O estudo “Análise das respostas sociais na área da deficiência - lares residenciais”, incluído no Mestrado em Economia Social da Universidade do Minho, encontra-se em fase de desenvolvimento sob orientação da Professora Paula Veiga Benesch e da Professora Luísa Martins Fernandes. O seu propósito passa por tentar compreender e explicar: as políticas públicas e a importância do seu papel no que diz respeito aos recursos económicos, humanos e materiais; e as respostas dos Lares Residenciais para pessoas com deficiência no referente à Autodeterminação, autonomia e participação na comunidade. Para alcançar as nossas pretensões serão contactadas seis Organizações tendo em conta a sua situação geográfica (norte, centro, sul, litoral e interior). A vossa colaboração é fundamental para ser possível aceder ao público-alvo e, deste modo, aplicar o instrumento de recolha de dados através de uma entrevista semiestruturada aos Diretores Gerais/ Diretores Técnicos das Organizações com a duração de 40 minutos. Todos os dados resultantes do estudo são confidenciais e anónimos, sendo divulgados publicamente apenas os resultados globais sem qualquer identificação que leve à informação dos respetivos participantes. No final da investigação, que culminará na dissertação de mestrado, estaremos disponíveis para partilhar a produção intelectual.

De seguida remeto o material que será aplicado, para que qualquer questão que surja possamos agilizar da melhor maneira.

Na certeza que o pedido merecerá o vosso melhor acolhimento subscrevo-me, deixando-lhe os meus melhores cumprimentos.

Ana Isabel Mota  
92xxxxx

## **Anexo 2 – Declaração do consentimento informado**

Protocolo de Consentimento Informado

Informações:

A participação no projeto de investigação "Análise das respostas sociais na área da deficiência- lares residenciais. ", implica um conjunto de procedimentos:

1. Acesso aos dados documentais e de gestão das Organizações;
2. Utilização de instrumento de recolha de informações;

Os dados resultantes desta investigação/estudo são confidenciais, sendo divulgados publicamente apenas os resultados globais por grupos de indivíduos sem qualquer identificação que leve à informação das Organizações, utentes ou suas famílias.

Consentimento:

- Há disponibilidade para participar no projeto "Análise das respostas sociais na área da deficiência- lares residenciais" dando consentimento para que os dados sejam apresentados de forma completamente anónima e confidencial em apresentações públicas, congressos científicos e publicações;
- Autorizo a utilização de gravação para a realização de entrevistas;

Local e Data: \_\_\_\_\_

Participante na investigação: \_\_\_\_\_

Investigador(a)

### Anexo 3

#### Exemplar da tabela de recolha de dados

Recolha de dados- Caracterização da população

Data de criação da Instituição?	
Há filiação a alguma Organização?	
Quantos utente têm?	
Utentes Sexo masculino	
Utentes Sexo feminino	
Idade Mínima	
Idade Máxima	
Idade Média	
Nº utente grau deficiência profunda	
Nº utente grau deficiência grave/severa	
Nº utente grau deficiência moderada/média	
Nº utente grau deficiência leve/ligeira	
Tempo aproximado de permanência	
Quantas valências possuem?	
Quantos quartos possuem?	
Quantas casas de banho possuem?	
Quantas salas para convívio possuem?	
Têm jardim? Grande, média ou pequena dimensão?	
Número de funcionários	
Quantas categorias profissionais têm	Ajudantes de Açã Direta
	Ajudantes de Serviços Gerais
	Médico
	Enfermeiros
	Fisioterapia
	Terapeuta da fala
	Terapeuta ocupacional
	Psicomotricista
Outros:	
Quantos funcionários em cada categoria	Categoria x:

## **Anexo 4- Exemplar Entrevista**

Nº da Entrevista Semiestruturada: \_\_\_\_\_  
Organização: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_\_

### **Entrevista Semiestruturada**

#### **Dimensão: Políticas Públicas**

- 1.1- De acordo com as Políticas Públicas que tem ao seu dispor, qual a sua opinião em relação à forma como as distribui na sua Organização?
- 1.2- Como analisa a sua Organização? Considera que a mesma, no espaço físico que opera, dá respostas suficientes à procura existente?
- 1.3- Na atualidade as pessoas com deficiência vêm os seus direitos e deveres legislados usufruindo deles. Através da Educação Inclusiva o seu percurso académico avança até à escolaridade obrigatória. Considera que esse fator, do aumento da escolaridade na população, cria novas exigências? E oportunidades? Há uma maior, ou menor, procura destas respostas sociais? De acordo com o grau de deficiência a progressão a nível académico pode ficar pela escolaridade obrigatória, sente que este fator constitui a necessidade de novos desafios? Há uma maior, ou menor, procura das respostas sociais desta população que acaba a escolaridade obrigatória? Ou o fator do envelhecimento constitui a maior procura destas respostas?
- 1.4- Que melhorias têm sentido nos últimos cinco anos? Em que áreas considera que aconteceram essas melhorias? Considera que ainda estão em falta algumas melhorias? Exemplifique as valências e os melhoramentos necessários (Evolução)
- 1.5- Que valências existem na Organização e quais considera que estão em falta para dar contributos na evolução/melhoria da qualidade dos serviços? Têm CACI? Caso não, que atividades dinamizam com os utentes?

#### **Sub dimensão Recursos Humanos**

- 2.1- Considera que os profissionais têm competências adequadas para as funções desempenhadas? Se não, quais é que acha que são as competências em falta?
- 2.2- Considera que há um número adequado em cada categoria profissional na Organização? Se não, qual o número que consideraria adequado?
- 2.3- Considera que há um número adequado em cada categoria profissional na Organização? Em que categorias há mais falta? como ultrapassar?
- 2.4- As pessoas têm competências técnicas para um bom desempenho das



suas funções? A Organização promove formação profissional? Em que áreas têm investido?

2.5- E relativamente a competências sociais quais considera para um bom desempenho das suas funções?

2.6- Sente dificuldades no recrutamento de profissionais? Em que áreas? Se sim porque considera que existe essa dificuldade?

2.7- Não estando contemplado na Lei, como é a vossa resposta no âmbito da saúde? Qual o modelo utilizado? Há algum médico responsável na Organização pelas questões médicas e de medicação? Caso não, quem é o responsável por esta área? E terapeutas? E fisioterapeutas?

2.8- Em termos médicos, a medicação, as famílias compram e entregam ou fica à responsabilidade da Organização?

### **Sub dimensão Recursos Materiais**

3.1- Na sua Organização considera o espaço interior adequado às necessidades desta população? E quanto ao espaço exterior considera que tem o suficiente? Têm jardim (dimensão)?

3.2- Com certeza que a sua Organização corresponde a todas as regras de segurança, no entanto têm alguma dificuldade em coloca-las todas em prática?

3.3- As acessibilidades para todos os espaços permitem uma boa mobilidade?

3.4- Possuem quartos individuais? E casas de banho individuais?

3.5- Os utentes têm um espaço de convívio onde possam ver televisão, atividades, conviver? Se sim que equipamentos têm nesse espaço?

3.6- Existe algum local para estarem com famílias/amigos?

3.7- Os espaços são aquecidos/frescos, consoante a estação, confortável e acolhedor?

3.8- Relativamente aos espaços, que lacunas considera que existem?

3.9- Relativamente a materiais como? camas; roupas de camas; toalhas; material de limpeza tem na quantidade necessária?

3.10- E relativamente a produtos de higiene: sabonete, gel de banho, shampoo, creme de corpo, desodorizante, fraldas, cueca fralda, pensos higiénicos, é a Organização que dá ou as famílias têm de levar?

3.11- Quanto a material de enfermagem: compressas, betadine, álcool, soro, pensos, tensímetro, glicosímetro, oxímetro, considera que dispõe desse material nas quantidades necessárias?

### **Sub dimensão Recursos Financeiros**

4.1- Como é feito o financiamento? Através de pensões ou pagamentos diretos; Público (estado) ou privado (benfeitores, donativos, cotas)?

- 4.2- De que percentagem estamos a falar, em termos globais, dos financiamentos totais da Organização? (% Dependência estado? %Mecenato/benfeitores? % Donativos? Outras formas de rendimento?)
- 4.3- Atendendo a que os cálculos das comparticipações são de 90% a ser pago às Organizações, o que contempla os 90% na sua Organização? Em relação aos 10%: Que contempla? Quem gere? Qual a melhor solução? São suficientes para as despesas extras do utente?
- 4.4- Qual a sua opinião sobre as comparticipações do estado? E sobre a percentagem da comparticipação dos utentes?
- 4.5- É objetivo aumentar a autonomia financeira? Como considera ser possível atingir esse objetivo?

## **Dimensão: Autodeterminação, autonomia e participação na comunidade**

### **Sub dimensão Autodeterminação e Autonomia**

- 5.1- Como a Organização vê a Importância desta dimensão para a relação, dinâmica com os utentes? Como operacionalizam?
- 5.2- No campo da autodeterminação e autonomia, quais os horários que aplicam em termos de rotinas? (A que horas acordam, tomam banho, tomam pequeno-almoço, almoço, lanche, jantar, ceia, a que horas dormem... ). Há obrigatoriedade no cumprimento dos mesmos (por exemplo, têm algumas Imposições? Têm de tomar a ceia ou podem deitar-se antes?)
- 5.3- Os horários da semana e fim de semana podem ser decididos pelos utentes ou há sempre as mesmas regras?
- 5.4- Existem espaços de partilha e escuta de opiniões com os utentes? Em que áreas eles dão mais as suas opiniões?
- 5.5- Os residentes em formação, estágios ou atividades socialmente uteis, e que auferem um salário, podem gastar o dinheiro no que querem? Como querem? (Se sim, gastam em quê? E se não, quem gere?)
- 5.6- Os residentes com este perfil podem usufruir de espaços públicos, ou andar a pé sem serem supervisionados, ou não? (Dê exemplos: Por exemplo frequentarem o café; andarem a pé na via; irem ao culto, etc....)
- 5.7- Decoram o quarto onde dormem a seu gosto? (Se não, porquê? Se sim, dê exemplos.)
- 5.8- Decidem a roupa que vestem no seu dia-a-dia? (Se não porque? Enquadramento estações do ano...)
- 5.9- Escutam a opinião dos residentes em relação às suas preferências alimentares? (Se não, porque?)

### Sub-dimensão: Participação na Comunidade

6.1- Como a Organização vê a Importância desta dimensão para a relação, dinâmica com os utentes? Como operacionalizam?

6.2- Frequentam Organizações/ culto religioso, interiores e exteriores? Dão apoio nesta participação? (Dê exemplos)

6.3- Podem participar nas festas locais e/ou interiores? (Dê exemplos: organizam? )

6.4- Podem ir a lojas fazer compras ao seu gosto? (Dê exemplos)

6.5- Há abertura para fazerem parte de alguma Coletividade (grupos do âmbito lúdico ou educativo, música, rancho, bombeiros, dança, etc....)? (Dê exemplos)

6.6- Costumam ir votar quando há eleições? Há apoio nessa participação? (Se não, porquê?)

#### Anexo 5

**Tabela 7- Caracterização da 1º Organização**

Data de criação da Instituição	8 fevereiro 1979
Filiação a alguma Organização	Não
Nº de utentes	84 utentes
Utentes Sexo masculino	47
Utentes Sexo feminino	37
Idade Mínima/ Máxima dos utentes	21 anos /77 anos
Idade Média	48 anos
Nº utentes grau deficiência profunda	7
Nº utentes grau deficiência grave/severa	33
Nº utentes grau deficiência moderada/média	24
Nº utentes grau deficiência leve/ligeira	13 utentes
Tempo médio de permanência na instituição	21 anos
Nº de valências	2 (Lar Residencial e CACI)
Nº de quartos	30 (um lar encontra-se neste momento fechado e em obras)
Nº de casas de banho	17 (devido a obras em um dos lares)
Nº de salas para convívio	4
Têm jardim? Dimensão?	De momento. Obras no edifício
Número de funcionários	67

Categorias profissionais/ Número de profissionais	Ajudantes de Ação Direta- 30
	Ajudantes de Serviços Gerais- 12
	Médico- 1
	Enfermeiros- 3
	Fisioterapia- 1
	Outros: 20 profissionais
	Categoria x:
	Psicólogo (1)
	Assistente Social (1)
	Motorista (1)
	Monitores (3)
	Animador cultural (3)
	Lavadeira (2)
	Ajudante de Cozinha (2)
	Cozinheira (2)
	Administrativa (1)
	Diretor Técnico (1)
	Diretor de Serviços (1)
Encarregado de Setor (1)	
Chefe de compras (1)	

## Anexo 6

### Tabela 8- Caracterização da 2º Organização

Data de criação da Instituição?	LR- 16/06/1994
Filiação a alguma Organização	FENACERCI
Nº de utentes	20
Utentes Sexo masculino	15 utentes
Utentes Sexo feminino	5
Idade Mínima/ Máxima dos utentes	28-61 anos
Idade Média	44 anos
Nº utentes grau deficiência profunda	0
Nº utentes grau deficiência grave/severa	9
Nº utentes grau deficiência moderada/média	11
Nº utentes grau deficiência leve/ligeira	0
Tempo médio de permanência na instituição	24 anos
Nº de valências	8
Nº de quartos	12
Nº de casas de banho	14
Nº de salas para convívio	4

Têm jardim? Dimensão	Sim, de média dimensão
Número de funcionários	?????
Categorias profissionais/ Número de profissionais	Ajudantes de Açã Direta - 7
	Ajudantes de Serviços Gerais – 3
	Médico - 2
	Enfermeiros – 1 (voluntária)
	Fisioterapia – 1
	Terapeuta ocupacional – 1
	Guarda Noturno – 1
	Encarregado de Serviços Gerais - 1
	Cozinheiro – 1
	Motorista – 1
	Psicólogo - 1
	Técnico de Serviço Social – 1
	Serviços Administrativos – 5
	Direção Técnica – 1
Gestão - 1	

## Anexo 7

**Tabela 9- Recolha de dados- Caracterização da 3ª Organização**

Data de criação da Instituição?	NECI – janeiro de 1991 Lar Residencial da NECI – dezembro de 2014
Filiação a alguma Organização	
Nº de utentes	22
Utentes Sexo masculino	12
Utentes Sexo feminino	10
Idade Mínima- Máxima dos utentes	25-68 anos
Idade Média	45 anos
Nº utentes grau deficiência profunda	4
Nº utentes grau deficiência grave/severa	10
Nº utentes grau deficiência moderada/média	7
Nº utentes grau deficiência leve/ligeira	1
Tempo médio de permanência na instituição	A maioria dos utentes está no Lar Residencial desde a sua abertura.
Nº de valências	A instituição possui 4 valências, mas as respostas dadas referem-se ao Lar Residencial (dado que é a resposta à qual o estudo se remete)
Nº de quartos	14

Nº de casas de banho	Para utentes:12 · 8 (nos quartos) + 4 (corredores)
Nº de salas para convívio	2
Têm jardim? Dimensão	Sim. Média dimensão
Número de funcionários	25
Categorias profissionais/ Número de profissionais	Ajudantes de Ação Direta – 11
	Ajudantes de Serviços Gerais – 3
	Enfermeiros · 1
	Fisioterapia · 1
	Terapeuta ocupacional · 1
	Psicomotricista · 1
	Psicólogo · 1
	Assistente Social · 1
	Técnico Superior de Animação Sociocultural · 1
Motorista · 1	

## Anexo 8

**Tabela 10- Recolha de dados- Caracterização 4º Organização**

Data de criação da Instituição?	2004 ( Instituição- 1979)
Filiação a alguma Organização	Fenacerci
Nº de utentes	20
Utentes Sexo masculino	12
Utentes Sexo feminino	8
Idade Mínima- Máxima dos utentes	26-66 anos
Idade Média	77 anos
Nº utentes grau deficiência profunda	2
Nº utentes grau deficiência grave/severa	6
Nº utentes grau deficiência moderada/média	5
Nº utentes grau deficiência leve/ligeira	7
Tempo médio de permanência na instituição	Sem dados. Alguns estão desde a abertura.
Nº de valências	1
Nº de quartos?	12
Nº de casas de banho	13
Nº de salas para convívio	2
Têm jardim? imensão?	Sim, média
Número de funcionários	16
Categorias profissionais/ Número de	Ajudantes de Açã Direta – sim · 9

profissionais	Ajudantes de Serviços Gerais – sim - 5
	Médico – não
	Enfermeiros – sim – 1 (a tempo parcial)
	Outros: TSS (que acumula com a Direção Técnica) -1

## Anexo 9

### Tabela 11- Caracterização 5º Organização

Data de criação da Instituição	1976
Filiação a alguma Organização	Fenacerci, Confecoop
Nº de utentes	46
Utentes Sexo masculino	33
Utentes Sexo feminino	13
Idade Mínima- Máxima dos utentes	20- 67 anos
Idade Média	46 anos
Nº utentes grau deficiência profunda	11
Nº utentes grau deficiência grave/severa	9
Nº utentes grau deficiência moderada/média	13
Nº utentes grau deficiência leve/ligeira	3
Tempo médio de permanência na instituição	16 anos
Nº de valências	6
Nº de quartos?	5 (Triplos); 9 (duplos); 8 (individuais); 2 (casal)
Nº de casas de banho	21
Nº de salas para convívio	5
Têm jardim? G Dimensão?	Sim, grande dimensão
Número de funcionários	39
Categorias profissionais/ Número de profissionais	Ajudantes de Ação Direta – 21
	Ajudantes de Serviços Gerais - 9
	Sociólogo -1
	Administrativo -6
	Motorista- 1
	Psicólogo -1

## Anexo 10

### Tabela 12- Caracterização 6º Organização

Data de criação da Instituição	17 de maio de 1973
--------------------------------	--------------------

Filiação a alguma Organização?	Não
Nº de utentes	24
Utentes Sexo masculino	12
Utentes Sexo feminino	12
Idade Mínima- Máxima dos utentes	20- 68 anos
Idade Média	48 anos
Nº utentes grau deficiência profunda	0
Nº utentes grau deficiência grave/severa	4
Nº utentes grau deficiência moderada/média	17
Nº utentes grau deficiência leve/ligeira	3
Tempo médio de permanência na instituição	3 anos
Nº de valências	2 (Lar Residencial e CACI)
Nº de quartos?	14
Nº de casas de banho	21
Nº de salas para convívio	1
Têm jardim? Dimensão?	Sim, grande dimensão
Número de funcionários	17
Categorias profissionais/ Número de profissionais	Cozinheira – 1;
	Direção Técnica - 1
	AAD – 9
	Animadores – 2
	ASG – 4



## Anexo 11 – Transcrição das entrevistas

Dimensão: Políticas Públicas

1.1. De acordo com as Políticas Públicas que tem ao seu dispor, qual a sua opinião em relação à forma como as aplica na sua Organização?

Organização 1- “Aquém das necessidades, caso utentes pretendam vida mais autónoma. Colocam em prática medidas como acessibilidade, mas as políticas públicas não vão de encontro ao mesmo, por exemplo, o mesmo não acontece na via pública, por exemplo.”

Organização 2- “A saúde tem sido a nossa saúde tem sido a nossa aposta. O envelhecimento obriga a uma logística completamente diferente, e o envelhecimento está aí, o COVID também trouxe aqui um processo mais complicado para algumas situações do foro da marcha, por exemplo, que são coisas simples e vemo-nos obrigados a recorrer à parte clínica das diferentes especialidades, desde clínica geral, que é o que nós temos na C uma vez por semana, desde a psiquiatria também que o COVID veio mexer aqui com a saúde mental, que vem uma vez por mês, e depois temos aqui já uma rede por detrás, também já são alguns anos em que também facilmente com um telefonema os médicos nos recebem, não precisamos de estar com aqueles procedimentos: médico de família- demorar 6 meses para chegar ao Hospital (especialidade).” “A questão é em relação às políticas públicas, se as Organizações é que a seu custo é que têm que contratar serviços, quer dizer que há aqui uma falha nesse tipo de políticas.” “Aliás isto é uma resposta tipificada da Segurança Social e nós temos é de responder à Segurança Social, e isso não é só nas residências, é nas respostas todas. As coisas são tão paralelas e tão intransigentes e aí ninguém faz nada.” “Eu não defendo políticas muito setoriais e muito definidas. Eu defendo é que as Instituições, ao existirem, não são clandestinas, portanto são pagas pelo Estado, exigem-nos ter uma equipa técnica, etc.” “(...) por exemplo, no caso concreto da psiquiatria, que a S. estava a dizer, era essencial que houvesse aqui, quer dizer um utente da Instituição não pode ter o mesmo tratamento que um caso muito pontual, não devia ser. Devias ser a saúde, saber que a Instituição, toda a gente sabe que neste momento a deficiência, ainda por cima, evoluiu de uma forma para a multideficiência, para outros diagnósticos principalmente. Portanto, quando tu, a P., tem um click, se tu não tivesses arranjado o LF para poderes enfim chegar lá mais depressa, a algum sítio, o que é que tu fazes? Se ela tem uma crise, vais para a urgência, e lá estou eu ou a S, 7h, 10h, para ir fazer o quê? Para ir fazer o quê?” “(...) não há de facto, a saúde devia ser integrada a instituição tem que ter, não estamos a tomar conta de meninos. Com existência deles e a Segurança Social vai trabalhando esse conceito com uma série de exigências que na

prática não funciona entre elas. Portanto isso é a principal crítica, mas isto no país é tudo assim tudo respostas muito pontuais: “este é meu aquele não é meu... “eu não sei o que é importante, mas o que falta na minha opinião a nível das estruturas é não ser só exigências, portanto nós tínhamos de ter um tratamento completamente diferente nos serviços porque eu não tenho a certeza que a gente precise ter o enfermeiro, não tenho a certeza..., mas temos é de ter acesso a um enfermeiro em prioridade se não quer dizer...” “E depois entramos aqui com as parcerias somos obrigados a fazer parcerias com por exemplo com clínicas em que pedimos domicílio para facilitar todo este processo porque no início que é que acontecia às 7h30 da manhã, 8h, iam para a clínica, esperava-se uma hora com o jovem, sem tomar o pequeno-almoço e este começa a ficar alterado, porque a rotina dele saiu do normal e ficar uma hora na clínica à espera de fazer uma colheita que demoro dois minutos ,obviamente, que isto foi um processo e agora temos a facilidade a clínica vem até nós, pronto isto era desnecessário. A prioridade eles têm-na, que é o que diz na lei, mas o único problema está na triagem na urgência porque numa urgência não há cá prioridades.”

Organização 3- Não respondeu.

Organização 4: “Procuramos contemplar de forma equitativa na organização.”

Organização 5: “O C. no seu planeamento estratégico e dando cumprimento á sua missão caminha nestes pressupostos (Cidadania, igualdade e não discriminação, educação e qualificação, trabalho, emprego e formação profissional, promoção da autonomia e vida independente, serviços e apoios sociais, cultura, desporto, turismo e lazer, conhecimento, investigação, inovação e desenvolvimento) alinhando-se com os postulados de uma estratégia de ação inclusiva. O C. redimensiona a sua intervenção numa abrangência global, potenciando o exercício de cidadania e a participação plena em todos os domínios de vida. A intervenção precoce, Educação inclusiva a ocupação, habilitação e reabilitação, formação profissional, emprego, habitação, cultura, desporto, turismo, lazer. “

Organização 6: “Consideramos que fazemos uma distribuição adequada e de acordo com o que está disponível.”

1.2 Na questão de como analisam a sua Organização, se consideram que a mesma, no espaço físico que opera, dá respostas suficientes à procura existente:

Organização 1 refere que: “Não!”.

Quanto à Organização 2, refere que: “Precisávamos de mais um Lar igual a este.” “Neste momento nem sequer só um, quer dizer... Neste momento tem a perspectiva do que é que vem a seguir. Nós, penso que, penso e posso pensar porque também vou fazer parte dessa... Nós temos de avançar para uma segunda solução de Lar. (RAI)”

Organização 3: “Não, face ao número de pessoas que se encontram inscritas em lista de espera (neste momento cerca de 43 candidatos) e ao número de famílias que desesperam por ajuda como todos os dias assistimos nos meios de comunicação, em que não pretendem respostas residenciais, mas respostas domiciliárias que apoiem e informem a forma de lidar com crises e agitação.”

Organização 4: “A C, em termos de Lar Residencial não dá resposta suficiente à procura.”

Organização 5: “A Organização apresenta uma diversidade de respostas à população com deficiência, que abrangem as diferentes dimensões de vida, (intervenção precoce, Educação, Ocupação, habilitação, reabilitação, formação profissional, emprego) contudo e até pela dimensão da área geográfica de abrangência as respostas são manifestamente insuficientes. As listas de espera ao CACI, estruturas residenciais constataam a insuficiência destes equipamentos face á procura.”

Organização 6: “A nossa instituição infelizmente não consegue dar resposta a toda a procura existente, pelo que temos uma vasta lista de espera, no entanto na altura da nossa candidatura ao PARES, candidatámo-nos ao máximo permitido. Recentemente fizemos uma candidatura ao PRR para duas residências autónomas, no entanto não foi possível obter aprovação neste projeto devido ao PDM se encontrar em revisão.”

1.3 No que diz respeito à questão seguinte, de na atualidade as pessoas com deficiência vêm os seus direitos e deveres legislados usufruindo deles. Através da Educação Inclusiva o seu percurso académico avança até à escolaridade obrigatória. Se consideram que esse fator, do aumento da escolaridade na população, cria novas exigências? E oportunidades? Se há uma maior, ou menor, procura destas respostas sociais? De acordo com o grau de deficiência a progressão a nível académico pode ficar pela escolaridade obrigatória, sentem que este fator constitui a necessidade de novos desafios? Há uma maior, ou menor, procura das respostas sociais desta população que acaba a escolaridade obrigatória? Ou o fator do envelhecimento constitui a maior procura destas respostas?

A Organização 1 referiu que: “Não temos essa experiência na faixa etária em

que atuamos. Não temos jovens em idade escolar “

A Organização 2 referiu que: “(...) a questão da inclusão é uma questão natural, é a lei... Nós não somos contra, mas os limites à integração existem. E há gente que neste momento anda na escola e só está lá porque dá jeito a alguns professores terem lugar porque os casos mais complicados não valem a pena termos ilusões, não é na escola... o direito a eles estarem na escola é mais um direito do ponto de vista da filosofia do que a eficácia do sistema. Se me perguntares assim: “Onde é que ganha um miúdo por estar integrado na escola?” A lógica seria apontava para que fosse do ponto de vista da socialização e do ponto de vista da linguagem, os maiores benefícios. Tenho todas as dúvidas! A nossa escola especial tinha muito mais condições a fazer um desenvolvimento, portanto é mais uma questão de filosofia. Portanto, para nós, por eles estarem na escola, para uns ok, não perderam nada de especial porque há escolas também que funcionam bem e há Instituições que funcionam mal, portanto eu algumas Instituições fechava-as logo, mas não faziam nem escola nem outra coisa qualquer.” (Exigências não mudam) - “Não, porque depois aquilo é ajustado a cada indivíduo.”

Organização 3: “Verifica-se uma maior procura das nossas respostas sociais, nomeadamente CACI e LAR, após o término da escolaridade obrigatória devido ao facto de, a esta altura, a pessoa ficar sem qualquer resposta e nível de educação / ocupação e os familiares para conseguirem dar resposta aos desafios inerentes ao dia-a-dia, nomeadamente conseguirem continuar a sua atividade profissional, procuram estes locais. No caso das famílias que conseguem dar resposta nestas situações e que algum familiar fica com o cargo de cuidar da pessoa com deficiência verifica-se uma procura mais tardia, nestes casos as famílias procuram as instituições maioritariamente quando a pessoa que fica com o cargo de cuidar começa a envelhecer e conseqüentemente ela também começa a necessitar de algum apoio e deixa de conseguir dar resposta aos desafios que advêm de cuidar de uma pessoa com deficiência. “

Organização 4: “A escolaridade não constitui requisito para entrar em Lar Residencial. O fator envelhecimento das famílias, ou a existência de famílias desestruturadas, ou outro condicionalismo familiar, são os principais motivos de procura da resposta residencial.”

Organização 5: “A educação inclusiva é uma plataforma essencial a uma sociedade que se quer mais justa e igualitária, contudo o prolongamento da escolaridade obrigatória, intensifica muitas vezes o desajustamento dos alunos com incapacidades quer ao contexto educativo quer junto dos seus pares. No término da escolaridade obrigatória e em função do perfil de competências as respostas de formação profissional e de Centro de

atividades e capacitação para a inclusão existentes são manifestamente insuficientes.”

Organização 6: “Consideramos que a questão da escolaridade obrigatória acaba por ser não inclusiva, porque dada a obrigatoriedade de permanência no ensino regular especial, os utentes chegam aos serviços especializados muito mais tarde do que seria desejável, o que se revela prejudicial para eles tanto a nível emocional como em termos de evolução e aprendizagem especializada. É nossa convicção que o nosso tipo de resposta é mais procurado devido ao envelhecimento dos cuidadores principais ou também devido á ocupação profissional dos mesmos, não tendo necessariamente de estar relacionado com a escolaridade dos utentes.”

1.4 Que melhorias têm sentido nos últimos cinco anos? Em que áreas considera que aconteceram essas melhorias? Considera que ainda estão em falta algumas melhorias? Exemplifique as valências e os melhoramentos necessários (Evolução).

Organização 1: “Tem havido melhorias ao nível de programas de apoio para melhoria de infraestruturas e equipamentos. Uma área que fica muito aquém é a área da saúde e os tempos de espera intermináveis em consultas de especialidade, dado que sem o SNS, as instituições não podem comportar consultas em sistemas privados para todos os clientes. É também essencial alterar as tabelas ao nível de salários, com uma população difícil como é a área da deficiência e o dia a dia desgastante, os profissionais devem ter um retorno financeiro efetivo.”

Organização 2: “É o aperfeiçoamento de princípios, isto é o que a C neste momento, a C neste momento tem as respostas todas da comunidade. Portanto, tem intervenção precoce, 0-5; tem CRI que estão na escola; tem formação profissional, tem CACI, hum... tem tudo, pronto, dá para todas as situações. Onde é que é a nossa evolução, oh pá é na formação pessoal, o pessoal tem crescido, tem melhorado, na minha opinião... (continuidade de apostar).”

Organização 3- Não respondeu.

Organização 4: “A possibilidade de alargar o número de vagas em Lar Residencial, através de candidaturas a Projetos, nomeadamente o PARES 3ª Geração”

Organização 5: “Maior preocupação das diretivas políticas no garante dos direitos da pessoa com deficiência consubstanciado numa sociedade mais inclusiva. Identificam-se um conjunto de medidas promotoras de autonomia, participação e autodeterminação como sejam a Prestação Social para a

Inclusão, o Regime Jurídico para a Educação Inclusiva, a criação do Programa “Modelo de Apoio à Vida Independente” (MAVI), a aprovação do novo Regime Jurídico do Maior Acompanhado, a Promoção da Empregabilidade das Pessoas com Deficiência e a Promoção das Acessibilidades Físicas e Digitais.”

Organização 6: “Apenas existimos á cerca de 3 anos, mas, consideramos que há sempre melhorias que podem ocorrer.”

1.5 Que valências existem na Organização e quais considera que estão em falta para dar contributos na evolução/melhoria da qualidade dos serviços? Têm CACI? Caso não, que atividades dinamizam com os utentes?

Organização 1: “Lar Residencial e CACI. Estão em falta equipas de apoio domiciliário, principalmente para apoiar os cuidadores e também centro de recursos para apoiar efetivamente a integração dos clientes na sociedade.”

Organização 2: “Já poderíamos ter apostado nas RAI, mas como inicialmente o Dr. L falou, estamos aqui a fazer as coisas com calma, e deixar que a nível nacional isto também (mature) e aí se calhar para depois avançamos com isto para tipificarmos a nossa resposta de Lar de Apoio. (Seria a valência que na prática) iria sofrer aqui alterações.” “E que eliminávamos aqui a resposta de residências que são caras, esta era baratinha. Eles trabalham, pronto. Depois há algumas coisas que temos mais dificuldades, mas isso... Mas do ponto de vista da evolução, o que está neste momento já não é para, está quase tudo inventado, podemos é melhorar a nossa prática e não perder os princípios.”

Organização 3: “Existem na instituição quatro Respostas Sociais, sendo elas: Lar Residencial, Intervenção Precoce, Atendimento e Acompanhamento Social e Centro de Atividades e Capacitação para a Inclusão.”

Organização 4: “Temos CACI, que é uma excelente resposta (em período diurno) para os clientes de Lar Residencial. No CACI, são desenvolvidas diversas atividades terapêuticas, de reabilitação, desportivas, culturais, artísticas, etc....”

Organização 5: “Intervenção Precoce Apoio integrado, de caracter preventivo e reabilitativo, a crianças com alterações nas funções ou estruturas do corpo, de modo a prevenir ou reduzir os riscos de atraso no desenvolvimento, no âmbito do Sistema Nacional de Intervenção Precoce. Centro de Recursos para a Inclusão -Prestação de apoios especializados a crianças e jovens com necessidades educativas especiais de caracter permanente, integradas no sistema de ensino regular, em parceria com Agrupamentos de Escola. Centro de Atividades e Capacitação para a

Inclusão. Atividades de ocupação socialmente úteis e terapêuticas de habilitação funcional e reabilitação psicossocial, para pessoas jovens e adultas com deficiência, numa perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem ao longo da vida em condição de inclusão social. Centro de Atendimento, Acompanhamento e Reabilitação Social- Ações de apoio técnico personalizado, orientadas para a melhoria da qualidade de vida, autonomia e participação social de pessoas com vulnerabilidades e suas famílias, através de um serviço de proximidade (cidadãos; técnicos e serviços; organismos e entidades públicas e privadas; entidades empregadoras). Lar Residencial / Residência de Autonomização e Inclusão- Enquadramento residencial para jovens/ adultos com diferentes graus de deficiência intelectual que frequentam outras respostas institucionais (Serviços à Comunidade, Fórum, Reabilitação Profissional, CACI). Responde a necessidades diferenciadas tendo em conta os graus de incapacidade e respeitando a individualidade de cada residente. Fórum Sócio Ocupacional- Atividades de carácter ocupacional e terapêutico, para adultos com diagnóstico de doença mental, com o objetivo de contribuir para o seu processo de reabilitação psicossocial e inclusiva o social. Serviço de Apoio Domiciliário- Prestação de cuidados básicos e, apoio na realização de atividades da vida diária no domicílio e de promoção de independência funcional e social. Centro de Reabilitação Profissional- Ações formativas direcionadas a jovens/adultos que possuam capacidades para adquirir conhecimentos e competências nos domínios psicossociais e profissional, com vista a sua integração em mercado de trabalho. Serviços à Comunidade: Integração formativa e profissional em atividades produtivas e em serviços abertos e dirigidos a toda a comunidade nas áreas de Restauração (self-service), Lavandaria, Jardinagem, Floricultura e Piscina”

Organização 6: “Na instituição dispomos de duas valências, o Lar Residencial e o CACI.”

### **Sud-dimensão- Recursos Humanos:**

2.1- Considera que os profissionais têm competências adequadas para as funções desempenhadas? Se não, quais é que acha que são as competências em falta?

Organização 1: “Sim, embora necessitem de formações contínuas e frequentes para aprimorar formas de atuar em emergência e crises comportamentais.”

Organização 2: “(...), porque o resto, mudar as fraldas ou não sei o que ou fazer isto ou fazer aquilo, há aí bons trabalhadores, depois os melhores são aqueles que evoluem e acrescentam à relação. Mas como dizemos, não é o pior sitio, se a gente abrir as candidaturas para esta resposta ainda

aparecem muitos, a pior situação é, onde é mais difícil: homem, por causa da polivalência do serviço, da mudança das fraldas e não sei o que, alguns ficam logo, poem-se logo de parte, portanto e nós não podemos abdicar e dizer oh pá são as mulheres que fazem, e os horários, o mais importante disso é esse, oh pá mas nós tentamos ir a um nível melhor com as competências não da limpeza mas nessas, nas competências pessoais, que experiencias é que já tiveram, se conhecem de casos, conhecem algum pessoa com deficiência, tiveram alguma experiencia, etc., etc., etc....”

Organização 3: “Nem todos os profissionais possuem as competências adequadas, necessitando de formação na área da gestão de conflitos, nas relações interpessoais e na prestação de cuidados de acordo com as especificidades dos utentes.”

Organização 4: “Não. Não existe formação especifica para os trabalhadores nestas áreas. Falta primeiros socorros, posicionamentos, lidar com o duplo diagnostico, por exemplo”

Organização 5: “Na generalidade os profissionais têm competências para desempenhar as suas funções. Existem necessidades de reciclagem e aperfeiçoamento nas áreas de mobilização e saúde, comunicação e trabalho de equipa, gestão de tempo e dinamização de atividades de grupo.”

Organização 6: “Apesar de no Catálogo Nacional das Qualificações não existirem UFCD’s vocacionadas ou específicas para a deficiência, considero que a maioria dos nossos profissionais são dotados de todas as competências necessárias para o desempenho da função.”

2.2- Considera que há um número adequado de categorias profissionais na Organização? Em que categorias há mais falta? como ultrapassar? (Tipo de categorias)

Organização 1: “(...) ao nível da reabilitação necessitamos de profissionais na área da psicomotricidade e terapia ocupacional, fisioterapia, uma vez que é uma população que necessita de manutenção constante de capacidades. A Direção tem levado a cabo esforços para contratação nestas áreas.”

Organização 2: “Precisávamos não é, desde uma Terapeuta Ocupacional...”  
“Quanto mais diversificada for a equipa, melhor, o conjunto das funções.”

Organização 3: “Em parte, esta questão já foi respondida no ponto anterior. A forma de se conseguir ultrapassar esta questão é simplesmente através da contratação de mais profissionais, no entanto, os recursos financeiros e apoios acabam por não colmatar esta necessidade.”



Organização 4: “Apoios de saúde e terapêuticos”

Organização 5: “É indispensável trabalhar por turnos, o que não é atrativo. As tabelas de renumeração aplicadas ao sector social e cooperativo preveem renumerações baixas e progressões na carreira insuficientes. Melhorar condições remuneratórias dignifica os trabalhadores e torna a função mais atrativa.”

Organização 6: “Considero que na categoria profissional de ajudante de ação direta deveriam haver mais funcionárias.”

2.3 Considera que há um número adequado de profissionais em cada categoria profissional na Organização? Se não, qual o número que consideraria adequado? (Número de funcionários por categoria)

Organização 1:” Não...”

Organização 2: “Há.”

Organização 3:” Existe um número adequado de profissionais em cada categoria profissional, porém sinto que, em termos de equipa operacional, nomeadamente ajudantes de ação direta e trabalhadores auxiliares de serviços gerais, todos os que poderem existir a mais nunca são suficientes. Isto porque surgem por vezes situações de saúde, faltas ou mesmo os períodos de férias e nesses momentos pode ser uma questão de difícil resolução e um sobrecarregar dos outros profissionais.”

Organização 4:” Não. Os clientes estão cada vez mais dependentes e por isso é necessário um esforço acrescido por parte dos colaboradores existentes. Aliás a Instituição assume o custo de mais 2 profissionais (não constantes do Acordo), para suprir essas necessidades.”

Organização 5:” Na categoria de ajudante familiar, a Organização não tem técnicos suficientes. Tem 12 colaboradores e necessitava de integrar mais 2 pessoas.”

Organização 6:” Considero que deviam estar contempladas nos quadros de pessoal aprovado pela Segurança Social mais Ajudantes de Ação Direta e enfermeira/o a tempo parcial.”

2.4- As pessoas têm competências técnicas para um bom desempenho das suas funções? A Organização promove formação profissional? Em que áreas têm investido?

Organização 1: “Sim. Formação em sistema de gestão da qualidade nas

Organizações sociais; em primeiros socorros; prestação de serviços direto ao cliente; relacionamento interpessoal, etc.”

Organização 2: “A maior estupidez é a Segurança Social ter tantas exigências e não ter um plano de formação regional ou uma coisa assim do género, com alguns temas específicos, também não queríamos muito, formação ao metro ou não sei o que, e também não é isso que interessa, mas nós temos neste momento uma situação muito clara, as admissões são feitas, é a forma como nós fazemos as admissões, a admissão é sempre feita pelo responsável do serviço e um elemento dos recursos humanos da Direção.” “O responsável pelo serviço sabe a dinâmica, que tipo de características precisa num profissional, portanto eu acho que esta questão logo à partida na seleção do candidato acaba por ficar resolvida. Pode às vezes não correr bem, mas também... (dificuldades em arranjar pessoas para este tipo de trabalhos)”

Organização 3: “A instituição tem investido em formação na área das medidas de autoproteção, primeiros socorros, Higiene e segurança no trabalho e cuidados específicos na área da deficiência.”

Organização 4: “Sim a Organização promove alguma formação, sempre difícil pela conciliação de horários. Socorrismo Básico; Aplicações Informáticas na Ótica do Utilizador; Gestão do Tempo e Organização do Trabalho.”

Organização 5: “As competências técnicas estão sedimentadas pela experiência. A aposta formativa tem versado a troca de informação, ética profissional, implementação de ações de melhoria.”

Organização 6: “A Associação promove formação em várias temáticas consoante o setor em que a funcionária trabalha, nomeadamente: HACCP, HST, Primeiros Socorros, Posicionamentos e mobilizações, reanimação, de engasgamento, etc.”

2.5- E relativamente a competências sociais quais considera para um bom desempenho das suas funções?

Organização 1: “Empatia; espírito de equipa; bom relacionamento interpessoal; persistência e resiliência.”

Organização 2: “(...) Competências não práticas: Saber ser, Humanidade, empatia... eu diria que numa entrevista o saber ser não é o mais importante, não é, mas é muito importante. Porque depois nós vemos que a parte efetiva que é a grande lacuna dos nossos jovens não é, se faltar nós sabemos que uma resposta mal dada por um funcionário é depois uma bola de neve para

o jovem descompensar, para achar que ninguém gosta dele.”

Organização 3: “Relações interpessoais, autocontrolo emocional e gestão de conflitos”

Organização 4: “Saber estar com o outro, saber receber...”

Organização 5: “Empatia, tolerância, respeito pela individualidade, autocritica, motivação e flexibilidade.”

Organização 6: “As competências sociais mais importantes no meu entendimento são: empatia, atitude positiva e proativa, assertividade, saber estar e saber comunicar de forma adequada e diferenciada com todos os utentes”.

2.6-. Sente dificuldades no recrutamento de profissionais? Em que áreas? Se sim porque considera que existe essa dificuldade?

Organização 1: “Sim, Reabilitação e terapias alternativas. Os vencimentos não são atrativos”

Organização 2: “Não sentem.”

Organização 3: “Sim sentimos dificuldade no recrutamento de ajudantes de ação direta e de trabalhadores auxiliares. Uma das dificuldades está relacionada com o facto da instituição se encontrar isolada geograficamente, pelo que se torna difícil a deslocação dos trabalhadores em horários rotativos. Outras das dificuldades está relacionada com os baixos salários existentes no BTE para as IPSS, face a outros sectores económicos.”

Organização 4: “Sim, muitas dificuldades. Fundamentalmente na categoria Ajudantes de Ação Direta. Razões: Trabalhar por turnos e baixos salários”

Organização 5: “Existem dificuldades em recrutar para a categoria de ajudante familiar. Horários e renumerações pouco atrativos.”

Organização 6: “Sim, devido às especificidades do público alvo e devido o trabalho ser por turnos rotativos.”

2.7- Não estando contemplado na Lei, como é a vossa resposta no âmbito da saúde? Qual o modelo utilizado? Há algum médico responsável na Organização pelas questões médicas e de medicação? Caso não, quem é o responsável por esta área? E terapeutas? E fisioterapeutas?

Organização 1: “A instituição valoriza e investe na área da saúde, embora não seja solicitado por lei, temos médicos prestadores de serviços, tanto de

medicina geral e familiar (1x/mês); especialidade de psiquiatria (1x/mês e em SOS); 3 enfermeiros e 1 fisioterapeuta.”

Organização 2: “Não esta contemplado na Lei coisas que eram essenciais optamos pela prestação de serviços para aqui colmatar... ” “ (...) tocou num assunto chave, nós não queremos criar serviços próprios, nós queríamos que se definisse políticas, não era criar, nós não temos de ter um enfermeiro e um médico, nós temos é que ter abertura de priorização em relação aos serviços da comunidade, é lá que está, é la que deve estar e, portanto, era isso que era prioritário, não é ter todo o tipo de serviços. Havendo os serviços da comunidade não há necessidade (de mais). Agora que se paguem avenças, como nós, mandávamos um miúdo da formação à consulta de psiquiatria temos de lhe pagar nós porque nem sequer se pode imputar às respostas, isto é uma estupidez.”

Organização 3: “Não temos, neste momento, nenhum médico a laborar connosco. Existe um recurso de enfermagem e é através deste técnico que são dadas respostas a questões de saúde primárias. Em casos específicos ou urgências médicas recorremos aos serviços da comunidade, nomeadamente hospital e centro de saúde. A medicação prescrita, pelos médicos de família ou médicos de especialidade, é preparada por uma farmácia externa e entregue na instituição selada. A sua administração é efetuada por ajudantes de ação direta depois desta ser confirmada pelo enfermeiro (que tem apenas algumas horas de afetação semanal à resposta social).”

Organização 4: “Não temos médico. Temos uma enfermeira, duas vezes por semana. Quem prepara a medicação semanal é a Diretora Técnica. Não temos terapeutas afetos ao Lar Residencial (não constam do Acordo de Cooperação com a Segurança Social – tal como médico e enfermeiro); os clientes de Lar Residencial, beneficiam desse apoio terapêutico e fisioterapia, em contexto de CACI, durante o dia.”

Organização 5: “Todos os beneficiários têm médico de família e acompanhamento em áreas de especialidade no sistema nacional de saúde. O acompanhamento na área da saúde é realizado por técnica de serviço social, a toma da medicação é da responsabilidade dos ajudantes familiares de cada turno, que seguem o blister individual. A Organização tem apoio de médica voluntária, tem fisioterapeutas, psicomotricistas e terapeutas ocupacionais.”

Organização 6: “Embora não seja obrigatório temos um médico com que celebrámos um contrato de prestação de serviços e temos total apoio dos enfermeiros da UCC do Centro de Saúde de Alvaiázere. Em termos de medicação a Diretora Técnica é a principal responsável. Na Associação,

afetas ao quadro de pessoal do CACI temos Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional que nos ajudam muito dado que trabalhamos em equipa.”

2.8-Em termos médicos, a medicação, as famílias compram e entregam ou fica à responsabilidade da Organização?

Organização 1: “É a Organização que fornece”

Organização 2: “Somos nós que compramos, os jovens pagam (ou as famílias que gerem, pagam)”

Organização 3: “Esta questão fica ao critério das famílias. Nós oferecemos esse serviço de recolha da medicação, mas se as famílias optarem por ser elas a trazer também há essa hipótese. A título de exemplo, neste momento há apenas uma família que compra e entrega a sua medicação na instituição. Todas as restantes famílias fazem o pagamento à instituição, que por sua vez faz o pagamento a uma farmácia que nos prepara a medicação mensal de todos os utentes.”

Organização 4: “A medicação é adquirida pelo cliente, mas solicitada ao médico de família pela Organização e à guarda de Organização.”

Organização 5: “A medicação é da responsabilidade da Organização.”

Organização 6: “A medicação é da responsabilidade da instituição. Nós encomendamos, fazemos a gestão, fazemos o pagamento à farmácia. A farmácia fatura a cada cliente e depois as famílias pagam à instituição.”

### Sub dimensão Recursos Materiais

3.1- Na sua Organização considera o espaço interior adequado às necessidades desta população? E quanto ao espaço exterior considera que tem o suficiente? Têm jardim (dimensão)?

Organização 1: “Temos espaços como estufa e alguns espaços exteriores internos, no entanto não são suficientes, este tipo de população precisa de grandes áreas para se exercitar e passear.”

Organização 2: “Sim, acho que a casa está bem estruturada, acaba por lhes permitir aqui uma dinâmica interessante diariamente tanto para os colaboradores como para os próprios clientes. E eles conseguem perceber e respeitar muito bem os espaços uns dos outros. Se me perguntar: “Podíamos ter aqui um espaço maior para desenvolver atividades, sei lá, de psicomotricidade?” Interiormente podíamos, mas temos uma garagem

enorme, porque não ir para a garagem, por exemplo, e adaptar os espaços, portanto, temos um jardim que dá também perfeitamente também quando está bom tempo, portanto, para utilizar para jogar à bola, ou fazer atividades de jardinagem, são eles que tratam do jardim ao fim de semana, portanto, eu acho que o edifício está bem pensado no seu todo.”

Organização 3: “Considero que a nossa instituição tem boas condições arquitetônicas e está adequado às necessidades da nossa população, porém, dadas as características específicas dos nossos utentes, o nosso espaço tem que estar sempre em constantes manutenções, nunca conseguimos que esteja tudo nas condições que desejaríamos. Existe, no entanto, falta de gabinetes técnicos e de espaços para os profissionais.

Em termos de espaço exterior, para o nosso público alvo, temos bastante, uma vez que o nosso lar tem um logradouro exterior de dimensões consideráveis e podemos usufruir também de espaço exterior junto ao nosso CACI, uma vez que ambas as respostas funcionam dentro do mesmo espaço apesar de em edifícios separados.”

Organização 4: “Sim, o espaço é adequado, quer interior, quer exterior. Tem jardim, à volta do edifício”

Organização 5: “A Organização tem 11 espaços no concelho de Caldas da Rainha, sendo que 5 são residências. Cada instalação suporta uma prestação de serviço diferenciada. Têm as dimensões necessárias, estão adaptadas e são adequadas para responder às necessidades do público-alvo e aos objetivos de intervenção. No entanto, algumas necessitam de obras de reparação e melhoramentos no interior e exterior.”

Organização 6: “O nosso Lar e CACI são de construção muito recente (cerca de 3 anos) pelo que considero que temos um bom espaço interior e exterior.”

3.2- Com certeza que a sua Organização corresponde a todas as regras de segurança, no entanto têm alguma dificuldade em coloca-las todas em prática?

Organização 1: “Temos dificuldades com a segurança contra incêndios, sendo que os clientes por vezes utilizam extintores, ligam as betoneiras de incendio, desenrolam mangueiras.”

Organização 2: “Não, temos depois aqui também um elevador que nos permite ter jovens de cadeira de rodas e andarilho, possam circular, movimentar-se no edifício. Não encontro nenhuma dificuldade, não houve nenhum acontecimento que dissesse assim... temos um por exemplo, no elevador não cabe uma marquesa, uma maca, não cabe, se os Bombeiros

tiverem que vir cá, terão de carregar o utente na marquesa, pelas escadas, não cabe... esse seria o único problema que eu aqui encontro.”

Organização 3 – Não respondeu.

Organização 4: “Em regra, coloca-as em prática”

Organização 5: “As instalações cumprem normas de segurança. Estas são fiscalizadas por entidade consultora, que anualmente indica não conformidades e ações de melhoria. A maior dificuldade prende-se com a verificação e implementação de algumas ações previstas em medidas de autoproteção e planos de segurança interna.”

Organização 6: “Não sentimos qualquer dificuldade.”

3.3- As acessibilidades para todos os espaços permitem uma boa mobilidade?

Organização 1: “Sim.”

Organização 2: “Sim, sim...”

Organização 3: “Sim as acessibilidades permitem uma boa mobilidade, no entanto sentimos alguma dificuldade nos corredores quando é necessário, por situações de urgência, passar com uma maca em alguns locais. Não é impossível esta passagem, porém pode ser difícil pelo espaço ser, em certos pontos, mais curto.”

Organização 4: “Sim.”

Organização 5: “As instalações do C cumprem regras de acessibilidade, o que confere aos utilizadores facilidades de mobilidade.”

Organização 6: “Sim, todos os nossos espaços são completamente acessíveis.”

3.4- Possuem quartos individuais? E casas de banho individuais?

Organização 1: “Possuímos quartos individuais. Não possuímos casas de banho individuais.”

Organização 2: “Quartos individuais e duplos. Cada quarto tem a sua casa de banho. (As casas de banho são dentro dos quartos). Nós temos é, 1,2,4 situações que são, o quarto das extremidades do edifício a casa de banho

fica fora do quarto, mas no corredor que pertence ao quarto, que eu já lhe vou mostrar, porque? Porque essas casas de banho foram pensadas como casas de banho de apoio à sala de estar. Vem uma pessoa de fora e quer ir à casa de banho, pode utilizar essa casa de banho e não há necessidade de entrar no quarto.”

Organização 3: “Possuímos quatro quartos individuais. Cada casa de banho dá resposta a dois quartos. Nos corredores possuímos quatro casas-de-banho individuais (duas masculinas e duas femininas).”

Organização 4: “Sim, 3 quartos individuais. Em cada quarto existe uma casa de banho.”

Organização 5: “As 5 residências da Organização têm quartos e WS’s individuais.”

Organização 6: “Sim, possuímos 4 quartos individuais e 8 quartos duplos, todos com casa de banho privativa.”

3.5- Os utentes têm um espaço de convívio onde possam ver televisão, atividades, conviver? Se sim que equipamentos têm nesse espaço?

Organização 1: “Sim, tem espaços com TV, computador, matraquilhos, ecrã tátil, biblioteca”

Organização 2: “Sim, 4 salas. Cadeirões, os sofás, as cadeiras, depois de acordo com a necessidade ou a característica de cada um e depois temos a televisão, desde, agora já não se usam os DVDs, agora temos as aplicações do Youtube e facilmente se consegue tudo. E depois temos também aparelhagem que dá para uma festa de aniversário ou numa sardinhada nos Santos Populares que se faz no jardim, também pomos a aparelhagem, portanto, há uma série de recursos que mesmo que não tenhamos aqui, podemos sempre recorrer aos que existem na Sede, é só uma questão de requisitarmos e temos acesso a tudo, uma tela, um videoprojector, um computador portátil, durante a pandemia o computador portátil foi o que nos salvou para tentar colocar os quartos para eles estarem entretidos, ocupados, distraídos...”

Organização 3: “Sim. Dois espaços. Mesas, cadeiras, televisão, rádio, acesso a plataformas digitais através da televisão, jogos de tabuleiro...”

Organização 4: “Sim, têm esses espaços, quer na sala de estar, quem no espaço junto ao refeitório, que também tem sofás e TV.”

Organização 5: “As zonas de convívio têm características diferentes nos



vários locais, sejam salas de estar em residências, zonas de refeitório, espaços para pausa de atividades. De uma forma generalizada têm TV, música, sofás/cadeiras, máquinas de café/snack.”

Organização 6: “Sim, têm a sala de convívio, nessa sala temos televisão, consola de jogos PS, mesas para jogos, puzzles, equipamento para karaoke, colunas para ouvir música, e jogos de tabuleiro adaptados às especificidades de cada utente.”

3.6- Existe algum local para estarem com famílias/amigos?

Organização 1: “Sim, sala de visitas/familiares”

Organização 2: “Só nas salas e podem ir até aos quartos.”

Organização 3: “Sim. Espaço interior e exterior.”

Organização 4: “No Hall de entrada existem sofás. Também podem estar nas cadeiras, no espaço exterior.”

Organização 5: “Não existem espaços específicos para receber famílias/amigos. Podem circular e usar o espaço interno e externo das instalações, salvaguardando sempre o respeito pelos restantes utentes.”

Organização 6: “Sim, existe uma sala específica para visitas e quando esta está ocupada também usamos o gabinete da Diretora Técnica ou o espaço exterior.”

3.7- Os espaços são aquecidos/frescos, consoante a estação, confortável e acolhedor?

Organização 1: “Sim”

Organização 2: “Sim.”

Organização 3: “Sim. Todo o edifício do Lar está equipado com ar condicionado que nos permite regular as temperaturas dos espaços e existem janelas grandes em todas as divisões que nos permitem arejar o edifício consoante as necessidades.”

Organização 4: “Sim, temos aquecimento e ar condicionado nos espaços comuns. Nos quartos há aquecimento.”

Organização 5: “Os espaços são acolhedores e confortáveis, alguns apresentam problemas de humidade no inverno, especialmente pela

antiguidade e construção da estrutura.”

Organização 6: “Sim, todos os nossos espaços são climatizados.”

3.8. - Relativamente aos espaços, que lacunas considera que existem?

Organização 1: “Espaços mais individualizados que atendam a necessidades individuais de “time out””

Organização 2: “É assim, as lacunas são muitas. Tudo o que for construções com dinheiros públicos é uma chatice, porque os materiais não têm grande qualidade, isso sim, isso nós notamos que o edifício carece de algumas, alguns ajustes e alguma manutenção com mais regularidade derivado da qualidade dos materiais. A nossa sorte é exatamente termos os recursos humanos ao nível da formação profissional, que gratuitamente, não é, sem despesa para a C, a não ser que seja preciso comprar sei lá, alguma sanita que parta, a tampa de uma sanita, ok, compramos a tampa, mas temos quem nos coloque gratuitamente. Temos ali uma parede cheia de humidade, não sabemos de onde é que aquilo vem desde sempre que... quer dizer nós agora temos que cá chamar o perito, o perito nunca mais vem, tem que se dar cabo daquela parede toda por causa da fraca qualidade da construção. A gente bate nas paredes, esta por acaso não sei, esta por acaso não, mas há parede que a gente bate e aquilo está tudo

Organização 3- Não respondeu.

Organização 4: “Não existem.”

Organização 5: “Necessidades de melhoramento e benfeitorias nas estruturas construídas há mais anos. Especialmente, chão, pintura e sanitários.”

Organização 6: “Nenhuma lacuna identificada até ao momento.”

3.9. Relativamente a materiais como? camas; roupas de camas; toalhas; material de limpeza tem na quantidade necessária?

Organização 1: “Sim”

Organização 2: “Tentamos que sim, tentamos que sim. Neste momento até me encontro a fazer, online, uma encomenda para o IKEA porque é com regularidade que temos que ir fazendo esta revisão, porque as toalhas os lençóis, vão a altas temperaturas e depois vão à máquina de secar, duram muito menos tempo.”

Organização 3: “Sim. Sempre que há necessidade adquirimos material novo e existem também variadas doações da comunidade neste sentido.”

Organização 4: “Sim temos.”

Organização 5: “Estão equipadas com o mobiliário necessário. Os utensílios são suficientes, mas não existem em excesso por opção, há acréscimos ou renovação quando necessário. O material de desgaste é repostado semanalmente.”

Organização 6:” Temos tudo o que necessitamos em quantidade necessária em bom estado.”

3.10- E relativamente a produtos de higiene: sabonete, gel de banho, shampoo, creme de corpo, desodorizante, fraldas, cueca fralda, pensos higiénicos, é a Organização que dá ou as famílias têm de levar?

Organização 1: “É a Organização que provê, embora existam alguns familiares que forneçam”

Organização 2: “Cobrados 10€ para estes produtos.”

Organização 3: “À exceção das fraldas, que a instituição adquire, mas são pagas pela família, todo o restante material é comprado pela instituição.”

Organização 4: “A Organização dá gel de banho, shampoo. Tudo o resto é da responsabilidade do cliente.”

Organização 5: “O material de higiene e utilização individual é da responsabilidade da Organização.”

Organização 6: “A entidade fornece todos esses bens, no entanto, se a família e o utente preferirem podem trazer os seus próprios produtos.”

3.11- Quanto a material de enfermagem: compressas, betadine, álcool, soro, pensos, tensímetro, glicosímetro, oxímetro, considera que dispõe desse material nas quantidades necessárias?

Organização 1: “Sim, a Organização fornece todo o material necessário ao serviço de saúde e reabilitação.”

Organização 2: “Sim, sim... e estando fora de validade, às vezes acontece, portanto, é feito com regularidade uma arrumação e ver os produtos fora de validade e mandamos para a farmácia para deitarem no lixo.”

Organização 3: “Temos material suficiente. Sempre que existe necessidade de mais material este é adquirido.”

Organização 4: “Sim, temos em quantidades necessárias.”

Organização 5: “Existe o material necessário e é repostado de acordo com necessidades de utilização.”

Organização 6: “Sim, dispomos de tudo o que necessitamos para os cuidados de enfermagem que sejam necessários.”

### **Sub-dimensão: Recursos Económicos**

4.1- Como é feito o financiamento? Através de pensões ou pagamentos diretos; Público (estado) ou privado (benfeitores, donativos, cotas)?

Organização 1:” Acordo atípico, donativos e participação de clientes.”

Organização 2: “Acordo atípico e prestação familiar. Só!” “A C organização também tem donativos. Mas são para a C. Pode haver um específico que deem aqui à residência, mas é mais em espécie. No Natal trazem o cabaz, mas é um donativo em espécie. De resto é da Organização C. (Lar Residencial) - Protocolo com a Segurança Social que paga por cada utente e depois a participação de cada utente.” “Que essa participação não vamos pelo 90% como está na legislação. Estamos a apostar nos 75%. Porque? Porque depois precisamos de ter margem de manobra para conseguirmos trabalhar a autodeterminação. O modelo de qualidade de vida que tanto se fala, mas se não houver dinheirinho há coisas que não se fazem. E então a sustentabilidade da Organização fica também (mais condicionada) se nós quisermos ir fazer, sei lá, ir para Lisboa duas vezes por ano por exemplo, fazer uma atividade qualquer, assim se todos eles tiverem um dinheirinho de bolso, ou seja, dos 75% para cima, dá para nós termos aqui alguma margem...”

Organização 3: “O financiamento é efetuado com as seguintes fontes: 1. Participações familiares (mensalidades). 2. Acordo de cooperação com a segurança social (financiamento dos Estado). 3. Quotas dos associados. 4. Donativos de entidades privadas e da comunidade. 5. Subsídios eventuais das autarquias.”

Organização 4: “O pagamento é feito através de acordo com a segurança social e os clientes pagam as suas mensalidades.”

Organização 5: “O C tem Acordos de Cooperação com o Instituto de

Segurança Social, para a implementação da resposta social de Lar Residencial e Residência de Autonomização e Inclusão, que preveem um valor mensal de financiamento. Os beneficiários destes serviços também participam de acordo com as suas capacidades financeiras, o cálculo das participações é definido segundo as normas do Instituto de Segurança Social.”

Organização 6: “Nós somos financiados pela Segurança Social através de um acordo de cooperação, temos também as mensalidades dos utentes e por vezes alguns donativos em dinheiro ou em bens alimentares vindos das hortas da comunidade onde estamos inseridos.”

4.2- De que percentagem estamos a falar, em termos globais, dos financiamentos totais da Organização? (% Dependência estado? %Mecenato/benfeitores? % Donativos? Outras formas de rendimento?)

Organização 1: “70% Público (Estado – seg. Social) e 30% privado (sócios, donativos em género e número, participações de clientes).”

Organização 2: “Vai aos 90%, ou mais.”

Organização 3: “Totalmente dependente de financiamento do estado”

Organização 4: “Conforme referimos no ponto anterior, existe a dependência absoluta do Estado. A outra fonte de rendimento são as participações familiares.”

Organização 5: “A dependência dos Subsídios à Exploração e ao Investimento é de 65%. As receitas próprias corresponderam a 35%, estando aqui incluídas as mensalidades dos beneficiários, negócios sociais, juros e donativos.”

Organização 6: “70% Segurança Social; 10% Donativos; 20% Outras formas de rendimento”

4.3- Atendendo a que os cálculos das participações são de 90% a ser pago às Organizações, o que contempla os 90% na sua Organização? Em relação aos 10%: Que contempla? Quem gere? Qual a melhor solução? São suficientes para as despesas extras do utente?

Organização 1: “90%: Alojamento e apoio residencial; Alimentação; Apoio nos cuidados de higiene pessoal; Tratamento de roupa pessoal e de cama; Atividades lúdicas, culturais, desportivas, intelectuais, formativas e sociais

10%: Nos casos em que os acompanhantes pertencem à instituição, gere a instituição. Nos casos em que os acompanhantes de maior são os familiares, é gerido o excedente pelos familiares. Terapias (hidroterapia, hipoterapia, musicoterapia); Consultas e tratamentos não abrangidos pelo SNS; Medicação; Apoio Psicossocial; Consulta médica e de enfermagem; Ajudas técnicas, próteses e ortóteses; Cremes, pomadas e outros artigos de higiene; Participação em atividades no exterior (acampamentos e colónias de férias); roupa e calçado; Cuidados de imagem prestados por 3ª pessoa (Ex: cabeleireiro).”

Organização 2: “A partir do momento em que o Dr. L foi nomeado tutor e depois nós tentamos fazer com que um elemento da família faça parte...” “Quando houver uma retaguarda familiar a gente quer que seja parte do conselho de família. Há situações que a gente mantém a ligação com a família. Esta gere. Gere tudo, paga-nos a percentagem...” “Há famílias sim, como é o caso do H. (Família paga participação e gere 25%) E nós pedimos por exemplo, 40€ por mês, para o tal dinheiro de bolso, para ele ir ao café, para comprar... é preciso roupa, é a família que compra. É preciso ir ao dentista... Em utentes que têm retaguarda.”

Organização 3: “Os 90% contemplam a prestação dos serviços: alojamento, alimentação, higiene pessoal, serviços técnicos especializados, acompanhamento a consultas na comunidade, atividades socioculturais. São geridos pela instituição e não são suficientes para as despesas extras com medicação e fraldas as quais estão a cargo das famílias.”

Organização 4: “Os 90% contemplam cuidados de higiene do cliente, limpeza e tratamento das roupas, alimentação, prestação de alguns cuidados de saúde, acompanhamento a cuidados de saúde específicos, acompanhamento a atividades de carácter social, religioso, cultural. Os 10% do cliente contemplam artigos de higiene, medicação, cuidados de saúde, quando necessário recorrer ao privado, tabaco, vestuário (apesar de nos ser doado muito vestuário em ótimas condições). Alguns são geridos pela família, outros pela DT. Para todos os nossos clientes é suficiente até agora.”

Organização 6: “Os 90% contemplam todos os serviços que os utentes usufruem: alimentação, higiene, limpeza da roupa, cuidados estéticos e médicos e também todos os custos fixos associados (água, eletricidade, gás, combustível, comunicações, recursos humanos, materiais didáticos, etc.) No que se refere aos 10% na generalidade é suficiente, quem gere são as famílias ou os tutores legais. Normalmente esses 10% são usados para bens de consumo próprio tais como: tabaco, roupa, cortes de cabelo, After shave, medicação, consultas, etc.”

4.4- Qual a sua opinião sobre as comparticipações do estado? E sobre a percentagem da comparticipação dos utentes?

Organização 1: “Caso o estado pretenda uma resposta de excelência, tendo em conta todas as necessidades individuais dos clientes, para além das necessidades básicas, não é suficiente, o custo real do cliente fica muito aquém do valor disponibilizado pelo Estado.”

Organização 2: “Acho, mas o problema está todo em cadeia, (...) Porque o problema é assim, aqui gerindo com base nas despesas comuns e que são comuns a toda a gente, ter uma percentagem, o resto do dinheiro vai depender um bocadinho de cada um deles. Se tu tens um a pagar 90%, mas fuma cigarros e compra não sei quanto, esse acaba por ser um gastador muito superior, percebes, quer dizer e isso tornava-se muito mais injusto. O J se quer mais dinheiro, tem de gerir, temos de gerir as coisas. Se nós lhe gastarmos tudo também há pequenas que a gente não sabe como é que depois... Se aumentamos as mensalidades tens uma receita, diminui a comparticipação do Estado nas contas, percebes, quer dizer, portanto, gerir isto é gerir com bom senso que é o que nós vamos... tentando fazer...”

Organização 3: “A comparticipação do estado devia ser maior e a percentagem de comparticipação dos utentes está totalmente dependente das prestações sociais muito baixas pelo que são pouco significativas.”

Organização 4: “Devia aumentar, para permitir, afetar profissionais de saúde e terapeutas. Para além da manutenção dos edifícios, que constitui uma necessidade permanente (ex. necessidade de substituir o piso de todos os quartos, que se foi degradando); necessidade de pintura externa e resolução de fissuras,)”

Organização 5: “O financiamento do estado e a comparticipação de cada beneficiário são suficientes para prestação do serviço, mas as exigências de cumprimento de quadro de pessoal e de características das instalações são limitadoras para uma gestão mais equilibrada e adaptada às necessidades.”

Organização 6: “Consideramos que deveria ter havido uma atualização fruto do contexto económico do país, relativamente às comparticipações familiares consideramos que a maioria das famílias não consegue pagar mais do que paga.”

4.5- É objetivo aumentar a autonomia financeira? Como considera ser possível atingir esse objetivo?

Organização 1: “Sim, marketing social, angariação de fundos através do almoço anual da instituição, maior consciencialização dos familiares para

comparticiparem despesas como óculos, cadeiras de rodas, roupa de cama e pessoal, produtos de higiene.”

Organização 2: “Com o aumento das participações da Segurança Social, sem isso...” “Nós não estamos a receber um subsídio, estamos a substituir o Estado na prestação de um serviço e isso é importante que se perceba.” “Nós somos financiados para prestar um serviço.” “E, portanto, só me pagam um serviço que eu presto e, portanto, eu não tenho que arranjar um dinheiro para eu receber menos. Eu tenho que ir é para as respostas, como aquelas que nós estamos a fazer, eu disse-te ainda agora... quer dizer, o J está internado em B a fazer uma desintoxicação. Quem é que o vai buscar agora no dia 11? Possivelmente a S. Eu não tenho onde ir cobrar o serviço. Eu pago-o, isto é de fundos da Instituição. Portanto, quando eu tiver que investir...”

Organização 3: “A autonomia financeira só será possível com a criação de serviços privados, no entanto este público-alvo beneficia de prestações tão diminutas que o acesso aos serviços estaria condicionado.”

Organização 4: “É uma necessidade, para a resolução das questões enunciadas no ponto anterior. Só é possível, com o aumento de subsídios do estado, ou projetos de financiamento que permitam, resolver as necessidades da infraestrutura.”

Organização 5: “A Organização tem melhorado as condições de sustentabilidade, pelo desenvolvimento de negócios sociais que também têm o objetivo de integração profissional de pessoas com deficiência.”

Organização 6: “É de facto um objetivo, no entanto é quase impossível com todas as subidas e exigências legais que temos de cumprir que isso aconteça.”

Dimensão: Autodeterminação, autonomia e participação na comunidade

Sub-dimensão: Autodeterminação e autonomia

6.1-Como a Organização vê a importância desta dimensão para a relação, dinâmica com os utentes? Como operacionalizam?

Organização 1: “Valorizamos a opinião, gostos e interesses, assim como a autonomia, o lema será sempre, “se eles podem fazer, não façam por eles””

Organização 2: “Na prática já se percebeu que nós corremos riscos, pronto, e porque achamos que para dar-lhes resposta a estes conceitos de



autodeterminação e da autonomia, temos que os correr, não é, temos de arriscar. De maneira que sentarmos com os jovens, o sentar é um sentido figurativo, porque nós no dia a dia na dinâmica da brincadeira nós vamos conseguindo perceber e captando, quais são as necessidades e as expectativas deles. Há jovens que gostam de ir votar, há outros que isso não lhes diz nada. Querem ir votar nós acompanhamos por exemplo, e tentamos seguir os trâmites e a questão do saber estar, eles fazem perguntas em quem “em quem acha que eu deva votar?” Tentamos ao máximo não influenciar como é obvio. Mas também sabemos que a parte cognitiva é comprometida e há certas coisas que eles não as percebem. Portanto, o ir votar às vezes para eles é mais um ato de sair e de se mostrarem e de “eu sou capaz...” é mais por aí do que propriamente pela intenção de. Eu vou dar o meu cunho enquanto cidadão para que Portugal seja gerido por alguém com responsabilidade e de acordo com as minhas filosofias e com as minhas... Agora sei lá, a participação em inquéritos, também já aconteceu em estudos em que agora cada vez mais tentam envolver a pessoa com deficiência, tentamos envolver, sim não é, portanto isso não situações... Por nós se para a frente precisar está à vontade, porque, eu recordo-me, o último que se fez foi ao nível dos Tribunais, se alguma vez um jovem com deficiência intelectual que teve de ser sujeito a diligencias na polícia, com a polícia no momento do acidente se foi tratado da melhor forma, se lhe explicaram direitinho todos os procedimentos. Presente a um juiz, qual foi o papel do juiz, a sensibilidade do juiz e depois explicar... este foi o último estudo que se fez com um jovem. Obviamente que as perguntas, eu tive de tentar desmembra-las não é, e ajustar à linguagem que eles percebiam. Mas é sempre possível integra-los neste tipo de estudos e de informação adicional, porque isto é para acrescentar valor ao nosso país e melhorar a qualidade de vida dele com as respostas adequadas...”

Organização 3: “Na nossa instituição fazemos por ir de encontro aos interesses pessoais de cada utente. Procuramos desenvolver atividades nos mais diversos âmbitos e integramos os utentes naquelas que são mais direcionadas para os seus gostos. Procuramos desenvolver atividades de vida diária que vão de encontro ao que os mesmos faziam em casa para que não percam determinadas faculdades e para que essas habilidades sejam trabalhadas. À parte das atividades que programamos, os utentes têm autonomia para participar ou não nestas e eles próprios podem propor-nos atividades que gostassem de fazer, locais que gostassem de visitar... Por vezes não existe a possibilidade de desenvolver a atividade logo no momento, mas a ideia é guardada e quando for possível desenvolvemos a atividade. Tentamos que no dia-a-dia eles sejam autónomos dentro das suas possibilidades e por exemplo, nos casos em que isso é possível, incentivamo-los a que vistam uma blusa sozinhos, vão à casa de banho sem auxílio, façam a sua própria barba, comam sem ajuda de outra pessoa...”

estamos sempre por perto, mas tentamos que eles não percam as faculdades que adquiriram e que ainda conseguem manter.”

Organização 4: “Com enfoque na dinamização de grupos de Autorrepresentação”

Organização 5: “A Organização pauta-se pelo reconhecimento da importância da capacitação das pessoas com deficiência intelectual como forma de desenvolver comportamentos e atitudes de autodeterminação que lhes permitam a oportunidade de inclusão e participação social. O plano individual é um instrumento essencial na operacionalização destas dimensões. Avaliado com o utente e ou representante legal as suas necessidades e expectativas são definidos objetivos individuais que contribuirão para este percurso.”

Organização 6: “Na nossa casa valorizamos e fomentamos muito a autonomia e a autodeterminação quer na distribuição das tarefas da casa executadas pelos residentes e pelas quais são os principais responsáveis, ou por exemplo no fornecimento de comida a alguns gatos que alimentamos e que semanalmente um deles é responsável por essa tarefa.

Os utentes também são responsáveis por várias tarefas, nomeadamente: colocar a loiça na máquina, após a lavagem retirar a loiça e arrumar no devido sítio, pôr as mesas, limpar as mesas após a refeição e limpar o refeitório e outros espaços de uso dos utentes.”

6.2-No campo da autodeterminação e autonomia, quais os horários que aplicam em termos de rotinas? (A que horas acordam, tomam banho, tomam pequeno-almoço, almoço, lanche, jantar, ceia, a que horas dormem...). Há obrigatoriedade no cumprimento dos mesmos (por exemplo, têm algumas Imposições? Têm de tomar a ceia ou podem deitar-se antes?)

Organização 1: “Acordar: Entre as 07h e as 09h/ Banho: Entre as 07h e as 09h30/ Peq almoço: entre as 08h30 e as 10h/ Almoço: entre as 12h30 e as 14h/ Lanche: entre as 16h e 17h30/ Jantar: entre as 19h e as 20h30

Dormir: entre as 20h30 e as 23h/ Ceia: entre as 22h e 23h. Os horários são alargados porque dependem do estado de saúde e agitação e da vontade dos mesmos (ex.: existem clientes que gostam de ver TV, ficam na sala da TV, outros preferem ir para a cama e são encaminhados para o efeito); temos horários e rotinas pois beneficiam o comportamento dos mesmos (principalmente os clientes com PEA) e também a Organização institucional dado o número de clientes e colaboradores, bem como atividades diárias disponíveis.”

Organização 2: “É uma gestão autónoma e individualizada, porque se o J M gosta de ficar a dormir até as 09h, mas o B tem necessidade de se levantar

as 07h30 da manhã, porque quer logo cedo a atenção das pessoas e porque também já dormiu as horinhas todas, e a cabecinha dele não para, portanto às 07h30 da manhã aquilo é um relógio biológico, portanto, porque é que o B vai ter de esperar das 07h30 da manhã até as 09h, para tomar o pequeno-almoço? Então ele toma o pequeno-almoço quando acorda, faz a sua higiene e o J M a mesma coisa, os que vão trabalhar aí têm um horário diferente porque também têm de cumprir com horário de transportes e de entrada no próprio serviço, portanto os horários do pequeno-almoço são totalmente flexíveis, mesmo ao fim de semana, porque eles podem dormir mais um bocadinho os que trabalham durante a semana, então, eles também têm por hábito se deitarem cedo, também faz com que eles depois de manhã despertem naturalmente mais cedo. O J M, no início da sua medicação dormia a manhã toda e nós deixávamos o J M dormir a manhã toda, porque ele precisava de dormir. Pronto, depois temos a hora de almoço que é sempre por volta do meio dia, temos reforço da manhã para quem quer, porque quem toma o pequeno-almoço mais tarde depois não carece de fazer o reforço da manhã. Mas o B que tomou às 07h30, por volta das 10h já tem fome até porque ele é diabético e precisa de comer. Pronto depois temos o reforço da tarde, esse sim é sempre as 16h, e a maior parte deles está quase sempre à espera das 16h para lanchar e depois temos às 19h que é quando já temos quase toda a gente em casa, os que vêm do trabalho chegam ali por volta das 19h10 mais ou menos, mas é o tempo para eles tomarem um banhinho e depois jantam, portanto, não são horários... a ceia toma quem quer, quem não quer... o diabético faz a ceia os restantes não porque eles jantam e estão aqui um bocadinho a ver televisão, a conversar uns com os outros e depois eles vão fugindo e vão-se deitando e pronto já não carecem de ceia. Acontece de vez em quando um ou outro se levantar a meio da noite e dizer que tem fome, ou que não consegue dormir e então dá-se qualquer coisa, portanto, não são situações estantes. Bem como as visitas, existe afixado um documento com o horário de visitas, mas eu não cumpro com o horário das visitas, porque a retaguarda familiar não existe, existe um ou outro um tio, uma irmã que vêm de longe a longe, portanto, se vêm e ainda temos o constrangimento dos horários para cumprir, então eu não tinha cá ninguém, e então é, quando eles vêm se avisarem ótimo programa-se a visita com um horário em que não coincida aqui com o momento das refeições e das higienes até para não entrar em constrangimento com os restantes clientes, mas tentamos também gerir muito em função de quem vem. Se aparecerem de surpresa abre-se a porta, abre-se a porta, não é. Bem como os telefonemas, não é, os familiares ligam, atendem a gente passa o telefone e está tudo bem, na pandemia funcionou muito as videochamadas... (os utentes) também podem ligar. O B por exemplo tem dias estipulados para fazer os contactos com os irmãos porque era uma situação compulsiva então nós tivemos de trabalhar essa parte e então conseguimos lá chegar a um bom porto que é segundas, quartas, sextas e domingos e ele liga para os irmãos, ou eles ligam para ele, pro

norma tem de ser ele a dar um toquezinho para ele, claro, falarem. Mas sim, estamos a falar dos irmãos como estamos a falar em ele pedir para ligar para a Cruz Vermelha pois quer uma informação se o curso vai abrir..., portanto, há os telefonemas também do interesse deles.”

Organização 3: “No nosso Lar Residencial existem rotinas e horários a cumprir. Estas não são estanques e podem sofrer alterações mediante necessidades institucionais, nomeadamente, a título de exemplo, em caso de atividades exteriores. Os nossos utentes começam a levantar-se cerca das 6h30. Muitos levantam-se a esta hora por si mesmos sem que lhes seja imposto. Tendo em conta que os ajudantes de ação direta terminam o seu turno de trabalho às 8h esta é a hora programada para iniciarem as higiènes. Todos os utentes fazem a higiene/banho em dois períodos do dia – entre as 6h30 e as 9h00 da manhã e entre as 16h e as 19h. O pequeno-almoço é servido às 8h30, o almoço às 12h, o lanche às 15h e o jantar às 19h. A partir das 20h30 os utentes começam a deitar-se por sua autoria. Há alguns utentes, mais autónomos, que continuam na sala de convívio até cerca das 21h30/22h. Estes, que ficam mais tempo acordados, fazem ceia sempre que solicitado. Está prevista esta refeição, no entanto é uma refeição que só é servida a quem está acordado por mais tempo. Caso algum utente acorde durante a noite e informe que tem fome é-lhe dado um reforço.”

Organização 4: “Acordar – 6h30 – seguido de higiènes/Pequeno almoço – Fim de semana – 8h30 – Semana - no Caci – 9h/ Almoço – Fim de semana- 12h30/ Lanche – Fim de semana – 16h30/ Banhos – 17h/ Jantar – 19h/ Ceia – 22h30 (para quem quer) / Deitar – a partir das 22h – consoante os clientes.”

Organização 5: “Os horários estão previamente estabelecidos embora com alguma flexibilidade até para um funcionamento mais adequado da estrutura residencial. São as rotinas matinais dos residentes que por força dos seus enquadramentos ocupacionais, formativos ou de emprego obrigam a uma maior rigidez. A flexibilização dos horários é sempre que possível ajustada às necessidades e interesses individuais.”

Organização 6: “Os horários praticados são: acordar às 07h /07:30h (dependendo do grau de dependência e do apoio que necessitem e se seguida fazer a higiene matinal; Pequeno almoço – 8h; Reforço da manhã – 10h; Almoço – 12h; Lanche – 16h; Banhos – Entre as 17h e as 19h; Jantar – 19h; Ceia – 21:30h/22h (a ceia é opcional podendo o residente deitar-se quando pretende, tendo como hora máxima permitida as 22:30h.”

6.3-Os horários da semana e fim de semana podem ser decididos pelos utentes ou há sempre as mesmas regras?

Organização 1: “Ao fim de semana têm atividades livres de horários. Os clientes que pretendem ir à missa são acompanhados; aqueles que pretendem ir caminhar também; os utentes que pretendem descansar/relaxar também é possível ou efetuarem trabalhos manuais, ou outros, de acordo com o animador cultural presente.”

Organização 2: “ (Banhos, higiene, horários ou tomam banho às horas que querem...)- Há sempre... de manhã tomam praticamente todos banho, até porque, principalmente os que usam fralda de manhã carecem de uma higiene mais reforçada, à noite tomam banho os que vêm do CACI, às 17h quando chegam esse grupinho é que toma banho ao final do dia, porque os restantes é tudo de manhã, maioritariamente, e os que trabalham também é à noite, ao final do dia quando chegam e depois há jovens que gostam de manhã, outro à tarde e se for preciso a meio do dia e depois depende também se carecem, porque pode haver um acidente e aí tem de se... bem como as mudanças de fralda, não existe uma hora para mudar as fraldas, é quando acharmos que, e os auxiliares têm isso já muito bem definido nas rotinas deles e mudam a fralda quando tem de ser. (supervisão é necessária, mesmo nos mais independentes?) - Alguns sim. Há jovens que não têm a rotina do banho como necessária não é, então alguns a gente diz “Vai tomar banho.” Eles vão, enfiam-se debaixo do chuveiro e está bom. Agora o pô gel na quantidade certa na esponja, saber por onde começar, saber que quando esponja está suja é para deitar ao lixo, não é para continuar a lavar o resto do corpo, até porque será a última parte a lavar, por exemplo, os genitais e o rabiote, eles saberem estas noções às vezes é difícil mesmo nos mais autónomos. Portanto, temos de supervisionar. Naqueles que são mais capazes intelectualmente e têm mais pudor, o banho é feito, eles estão em boxers e nós estamos a orientar, e a dar pistas verbais, portanto, quando chega a altura de tirar os boxers então a gente retira-se e fica sem ver, sem olhar e eles percebem que nós não estamos a olhar mas damos as pistas verbais “Vá quero ouvir, quero ouvir...” e a gente tem de ouvir mesmo, porque a esponja como tem textura a gente percebe perfeitamente se estão a lavar ou não, portanto, tentamos sempre ajustar, lá está, a cada um. (esponjas descartáveis).”

Organização 3: “Os horários das higiene e refeições são sempre os mesmos, no entanto o que acontece é que ao fim-de-semana, uma vez que não existe a obrigatoriedade de, por exemplo, os utentes comuns entre respostas sociais (CACI + LAR) irem para o CACI às 9h damos a oportunidade de poderem fazer uma sesta a meio da manhã, ou após o almoço, no caso de estes sentirem essa necessidade. Ao fim de semana tentamos promover o bem-estar dos utentes através de atividades mais relaxantes e nas quais não lhes seja exigido tanto esforço, seja a nível físico como mental.”

Organização 4: “Os horários são sempre os mesmos, para dar resposta aos horários dos turnos. No entanto, se um cliente quiser descansar a meio da manhã ou da tarde, ao fim de semana, pode fazê-lo.

Do mesmo modo, se houver uma saída, piquenique, etc., os horários das refeições, por exemplo são adaptados.”

Organização 5: “Existem regras como não poderia deixar de ser, contudo e especificamente ao fim de semana as mesmas são ajustadas de acordo com as necessidades individuais. A coabitação implica respeito pelo grupo o que exige a concertação de interesses. Direitos e deveres são temáticas trabalhadas com os residentes.”

Organização 6: “Ao fim de semana os horários de levantar são mais flexíveis, no entanto as restantes rotinas alimentares mantêm-se.”

6.4-Existem espaços de partilha e escuta de opiniões com os utentes? Em que áreas eles dão mais as suas opiniões?

Organização 1: “Sim, gabinete da assistente social, Psicóloga e diretora técnica; Questionários de avaliação de satisfação e relatórios de avaliação de atividades”

Organização 2: “(o gabinete onde estávamos) - Eles entram e falam do que precisam, mas depois utilizam também ali o espaço da sala para muitas vezes, digo isto diariamente às nossas auxiliares, quando... deixem a roupa para depois, não há roupas... têm tempo. Se eles estão a precisar de falar sobre alguma coisa, deixe estar, porque às vezes “Aí não tenho tempo...”, têm tempo, e quem é que disse que não têm tempo? Sente-se aí à beira dele e fale, explore a situação. Nós temos um caso por exemplo de maior isolamento porque ele não se identifica, não se enquadra com o perfil de jovens que aqui estão, porque é autónomo, tem capacidades diferentes dos outros e então isola-se no quarto. E estava lá o dia todo se fosse preciso sem falar com ninguém. E eu estou sempre a dizer: “Oh V anda para a sala, conversa com as pessoas... “E eu vou conversar com quem?” Com os funcionários. “Mas eles andam sempre de um lado para o outro”, “Não têm de andar, queres conversar com alguém, chama também, tens de cativar, eles têm de falar contigo e podem ir ao teu quarto para conversar, mas sai um bocadinho e explora, já que tu és mais inteligente que os outros, depois utilizo um bocadinho a linguagem dele para ele perceber. “Surge tu com um tema qualquer, portanto, para explorar. Portanto, tanto podemos fazê-lo aqui, como ali na sala, como nos quartos, portanto, não temos... é obvio que a sala é onde conseguimos juntar toda a gente e fazemos as reuniões de grupo, muitas vezes, existe o representante, eles estão todos, mas depois há o porta-voz, que é o M, depois fazemos a ata direitinha, lê-se, eles assinam e depois há as informais, fazemos no dia a dia, eles vão falando das

necessidades. A P falou da necessidade dela à varanda, portanto, pode ser em qualquer lugar. O importante é ela passar a mensagem. Ela já me tinha abordado de manhã quando fui lá cima, e eu disse “ok, por mim tudo bem, mas agora tens de falar com o Dr. L a ver se há dinheiro.” Porque eu ponho-lhes sempre esta questão para eles não acharem que é sempre tudo muito fácil. Porque nós temos aqui jovens, o Dr. L com esta gestão ele isso não disse, que ele conseguiu juntar aos 20 mil euros, 30 mil euros, portanto, há aqui uma boa gestão por detrás, e quero que eles percebam que o Dr. L é um coração mole também e eles vão e o Dr. L, pedem e o Dr. L dá, e muito bem, porque até agora também não foram... e sempre que há pedidos assim um bocadinho mais descabidos ele também é o primeiro a dizer que não. Mas estamos a falar por exemplo do... consolas no Natal, pah o jovem quer uma consola que custa 300 e tal euros se tem dinheiro dá-se., porque é aquilo que ele quer. A P quer ir a Fátima, “ok, vamos ser se há dinheiro, e tal...” e vai-se e concretiza-se. Nós temos uma jovem há um mês atrás disse que queria ir à Madeira com duas funcionárias, e ela vai à Madeira com duas funcionárias. E vai pagar ela a viagem às funcionárias, ela é que vai pagar a viagem. Porque entretanto vendeu um terreno, ela herdou um terreno, vendeu, e agora acha que tem mais poder económico, então ela quer ir à Madeira, e para ir à Madeira alguém tem de ir com ela, não é, e não escolheu a família, e escolheu alguém de cá, mas também ir só uma auxiliar, podemos correr o risco aqui de acontecer alguma coisa não é, e até porque ela tem dificuldades motoras, portanto, será como, uma pessoa será muito cansativo e nós sabemos que na Madeira é tudo muito a subir, tudo muito a descer, portanto, seria cansativo também. Ela escolheu duas pessoas para ir com ela à Madeira e vai, e vai à Madeira. Portanto, são as conversas informais e de corredor e da sala e durante o banho, durante um banho muitas vezes eles partilham muita coisa. (Áreas que valorizam mais): É sempre no âmbito social, quase sempre, há uma carência grande do: estar com e ir para fazer alguma coisa. É sempre mais esta necessidade deles, é o que eles gostam é... temos um, o L M, esse sim, a cada momento (área da saúde), mas é a patologia dele, hoje é a garganta, amanhã é um ouvido... “Vais sozinho para a urgência que eu não vou contigo...”, e acabou. De vez em quando ele lá vai, só porque quer estar lá. “Ok, está aqui o teu cartão de cidadão, podes ir, e ele pronto, fica lá, não paga taxa moderadora, não há despesa adicional... A determinada altura nós achávamos que estávamos aqui a alimentar uma situação que... também já aconteceu de ele realmente estar doente e nós desvalorizamos, isso já aconteceu uma vez. É um risco que eles se estão a pôr a jeito e essa é a abertura que lhes dei, “Um dia vais ficar mesmo doente e nós não vamos acreditar em ti.”, pronto, e só acreditamos depois quando ele começou a fazer febre... pronto, olha, está doente, não é. Pronto, mas a saúde não é de todo uma preocupação, de nenhum, não, tentam cumprir, fazem às vezes chantagem mais os do duplo diagnóstico, quando há alguma contrariedade “Hoje não tomo a medicação...” pronto, mas isso rapidamente a gente também desvaloriza e

passado 5 minutos já estão a toma-la e a pedir, portanto, a saúde não é, é mais a nível das relações interpessoais, ou a parte social, integração na comunidade, é mais por aí.”

Organização 3: “Os nossos utentes, na sua maioria, têm bastantes limitações a nível cognitivo e de expressão das suas necessidades, no entanto existe sempre oportunidade de expressarem a sua opinião e mostrarem quais os seus maiores interesses. As áreas em que estes dão mais a sua opinião, por norma, é na área que remete para as atividades socioculturais, para as atividades a desenvolver, que desejam sempre que vão de encontro aos seus interesses pessoais, nomeadamente na área da dança, música, expressão artística pois, sendo estas áreas do interesse da maioria dos utentes, também são aquelas em que eles mostram mais incentivo em participar.”

Organização 4: “Sim e sempre que necessitam pedem para falar com a DT ou Psicólogo. As áreas mais frequentes são na escola/pedido de saídas, nas escolhas das roupas, que nem sempre são aceites pelas colaboradoras de serviço, refeições...”

Organização 5: “Sim, momentos de avaliação de necessidades e expetativas, avaliação de satisfação e sempre que o utente o solicite ou a equipa identifique como necessário.”

Organização 6: “Existem esses espaços maioritariamente ao fim de semana quando estamos todos juntos depois de almoço na sala de convívio num momento de relaxamento, conversa e brincadeira.”

6.5-Os residentes em formação, estágios ou atividades socialmente úteis, e que auferem um salário, podem gastar o dinheiro no que querem? Como querem? (Se sim, gastam em quê? E se não, quem gere?)

Organização 1: “Quem gere é o acompanhante de maior de acordo com as necessidades do acompanhado, sendo que são adquiridos os bens que os mesmos solicitam (roupas, produtos pessoais e de higiene, cafés, etc.)”

Organização 2: “Dr. L faz gestão consoante o dinheiro que eles vão tendo.”

Organização 3: “Não existem residentes no nosso lar a frequentar qualquer tipo de formação ou estágio.”

Organização 4: “Os clientes em ASU, podem gerir o seu dinheiro, apesar de ele ficar guardado. Pedem quando querem alguma coisa (roupa, café, levar para as férias)”



Organização 5: “Sim, em função do seu nível de autonomia e capacidade de gestão. Objetos pessoais como telemóveis, portáteis, vestuário; restauração, lazer, férias. O valor semanal de cada um, combinado individualmente, não carece de justificação e é gasto como cada um entender.”

Organização 6: “Atualmente não temos residentes nessa situação, no entanto quando temos o dinheiro auferido fica na conta bancária do utente e é usado em coisas necessárias, havendo sempre lugar a comprarem alguma coisa que queiram, no entanto, isso é gerido pelo acompanhante de maior de cada um deles, ou pelo próprio aconselhado pela Diretora (quando ainda não existe regulação).”

6.6-Os residentes com este perfil podem usufruir de espaços públicos, ou andar a pé sem serem supervisionados, ou não? (Dê exemplos: Por exemplo frequentarem o café; andarem a pé na via; irem ao culto, etc....)

Organização 1: “Frequentam espaços público, nomeadamente cafés, igrejas, academia, etc., sempre acompanhados.”

Organização 2: “Têm essa autonomia.”

Organização 3: “Os nossos utentes saem sempre acompanhados com alguém responsável por eles. Só temos no nosso lar, um utente que tem permissão para se ausentar da instituição sozinho. Sendo um utente mais autónomo que qualquer um dos outros, esta situação verifica-se nos momentos em que este utente vai a sua casa passar alguns dias.”

Organização 4: “Durante o fim de semana não podem sair sozinhos, até porque perto do lar não existem espaços públicos (café, por exemplo). Durante a semana podem ir ao café, dando conhecimento aos técnicos do CACI. Também podem vir para o lar a pé (um cliente pede e vem)”

Organização 5: “Sim, os residentes deslocam-se sem qualquer supervisão para os locais do seu interesse. (cafés, centro comercial, associações, ginásio, piscina, visita a familiares e amigos, parque da cidade, praia)”

Organização 6: “Não, os nossos utentes estão sempre supervisionados seja pela nossa instituição seja pela instituição onde estejam a fazer formação ou uma ASU.”

6.7-Decoram o quarto onde dormem a seu gosto? (Se não, porquê? Se sim, dê exemplos.)

Organização 1: “Sim, com fotografias, livros, equipa de futebol, quadros, etc.”

Organização 2: “Sim, sim, cada um decora conforme quer. Há quartos que não têm nada, e há quartos... não têm nada porque eles não têm essa necessidade, e depois nós também não acrescentamos porque também a qualquer momento pode voar algum objeto. Como há quartos que estão carregadinhos de bonecos, de poster do porto, portanto, cada um faz as suas escolhas.”

Organização 3: “Existe no quarto dos utentes a decoração “base” que é colocada por nós, colaboradores. À parte desta decoração, cada utente pode decorar o seu espaço como quiser. Quando achamos que algum objeto possa não ser adequado, se for possível, temos uma conversa com o utente, explicamos o motivo e tentamos retirar o mesmo com o consentimento do utente.”

Organização 4: “Sim, quem pretende, decora o quarto com a suas coisas. (fotos, bandeiras, cachecóis desportivos)”

Organização 5: “As residências apresentam uma estrutura de decoração mais uniformizada por forma a não criar grandes impactos estéticos e desorganizados considerando que são espaços partilhados. Aos clientes é permitido alguns objetos afetivos”

Organização 6: “Sim, mediante as especificidades de cada um podem ter objetos pessoais e podem decorar o respetivo quarto.”

6.8- Decidem a roupa que vestem no seu dia-a-dia? (Se não porque? Enquadramento -estações do ano...)

Organização 1: “Dado o número de clientes, a roupa é colocada por um colaborador de acordo com as atividades do dia seguinte. Os clientes pedem para trocar quando necessário”

Organização 2: “Há alguns utentes que não têm capacidade para se organizarem nesse sentido, no verão vestem roupa de lã e no inverno iam vestir t-shirts, bem como a apresentação, portanto, não há esse cuidado, então essa roupa é preparada pelo auxiliar no dia anterior, é deixada na cadeirinha dele e ele no dia seguinte de manhã sabe o que tem para vestir. Aqueles que têm autonomia para o fazer, são eles que escolhem, podemos aconselhar, não é, mas são eles que vão ao guarda-vestidos e escolhem o que querem.”

Organização 3: “Na maioria dos casos, a roupa para os utentes vestirem é separada pelos ajudantes de ação direta, no entanto, se se justificar e se os utentes assim o desejarem, a roupa pode ser trocada para uma que seja

mais do agrado dos mesmos.”

Organização 4: “Os mais autônomos, sim, escolhem. No entanto, a grande maioria necessita de supervisão.”

Organização 5: “Sim, só não o fazem os clientes que pela sua condição cognitiva não tem essa capacidade ou não manifestam esse interesse.”

Organização 6: “Aos que têm capacidade de decidir damos a oportunidade de escolher o que vestem, no entanto, sempre com supervisão porque às vezes as escolhas deles são desadequadas.”

6.9-Escutam a opinião dos residentes em relação às suas preferências alimentares? (Se não, porque?)

Organização 1: “Sim, por exemplo, podem escolher a ementa no dia do seu aniversário.”

Organização 2: “Nós não confeccionamos cá as refeições, portanto, as refeições vêm durante a semana da Sede e ao fim de semana de uma outra empresa. É nos facultada a ementa, é afixada, é transmitida aos jovens, há sempre um ou outro, o peixe é sempre um problema geral, nunca querem comer o peixe, se vem três vezes peixe seguido é um problema porque eles esquecem-se que é seguido mas, porque é que é seguido aqui para eles, porque lá em cima fazem a ementa para os almoços e intercalam, à segunda é carne, à terça é peixe... à noite pode haver um ou outro dia que coincida receber peixe ao jantar e no dia seguinte ao almoço e ao jantar também, portanto, eles isso ainda não entenderam muito bem, porque o peixe é um problema, porque se for sempre carne está tudo bem. Agora, eles por norma gostam de tudo, há um que não gosta de puré, mas facilmente se substitui por arroz, portanto, pede-se no refeitório “Mande uma caixinha com arroz porque o M não gosta de puré.”, mas são poucas as nuances. E depois tentamos também com que eles se habituem a comer um bocadinho de tudo, porque a determinada altura o que é que acontecia, eu tinha atum e salsichas de reserva para uma necessidade que houvesse, algum miúdo não gostar do prato que vem, a determinada altura toda a gente a querer comer salsinhas e atum, pronto, e não é... é muito bonito termos estas questões mais suplentes para solucionar estes problemas mas depois não dá porque eles acabam por se aproveitar das situações, também há a manipulação. Então, come, vai para o prato é para comer, nem que seja um bocadinho. “Se voes forem também comer fora para as vossas famílias ou alguém conhecido, vocês vão dizer: “aí não gosto desta comida...?” Então tem a ver um bocadinho com a questão da educação, não é porque a nível Institucional existem estas normas, respeitar o que o cliente diz, quer carne a gente dá carne, quer peixe... Não, eles têm de se habituar também, até porque se o

grande foco deles é sempre a área social, é o estar com e ir a casa de alguém, é o saber estar, pronto, e é isso que se tenta inculir neles. Não quer dizer, nós temos um jovem que vomita mesmo com o peixe, não damos, não vamos estar a entrar... Como já se fez uma brincadeira com eles, foi, era um filetezinho em que vinha tipo uma caldeirada e era altinho e nós na brincadeira, obviamente que aqui o grau intelectual é diferente, mas nós temos um funcionário que é muito brincalhão e disse: “Anda que tu hoje vais aqui comer um baco de carne especial. “E ele comeu o peixe e não lhe deu vômitos, portanto, é uma questão depois de sugestão, não é, em que se quiserem comer podem comer. Portanto, foi aí uma sugestão passada e ele assumiu-a e comeu o peixe direitinho, mas se ele souber que está a comer peixe ele vomita. Temos jovens em que, não gostam de leite, tomam cevada, isso sim, tentamos ajustar aos gostos e preferências de cada um.”

Organização 3: “Sim escutamos, porém nem sempre vamos de encontro às suas preferências pois os utentes residem em grupo e não é fácil gerir a confeção das refeições se formos ter em conta a preferência de cada um. O que fazemos é que em momentos específicos, de idas ao exterior por exemplo, individuais ou em grupo, optamos por ir de encontro às preferências dos utentes e acabam por fazer um almoço / lanche / jantar dentro daquilo que são os seus gostos.”

Organização 4: “As refeições são confeccionadas por empresa externa, pelo que seguimos a ementa. No entanto, quando sabemos que não gosta mesmo, pedimos o prato de dieta, que é a segunda opção.”

Organização 5: “Sim, sendo momentos de educação para a saúde e alimentar.”

Organização 6: “Escutamos apenas relativamente a alergias alimentares ou a alimentos que lhes causem algum tipo de reação. Infelizmente não nos é possível, e na nossa opinião nem seria justo perante todos que pudessem haver escolhas pessoais, dado que alguns utentes não têm entendimento nem conseguem comunicar.”

#### Sub-dimensão: Participação na Comunidade

7.1- Como a Organização vê a Importância desta dimensão para a relação, dinâmica com os utentes? Como operacionalizam?

Organização 1: “É de extrema importância o envolvimento e participação na vida da comunidade, tanto para uma maior aceitação, consciencialização e sensibilização da comunidade como por outro lado, para que os clientes se sintam parte integrante da comunidade, com poder de decisão e escolha e

que possam ter uma integração socioprofissional efetiva, claro está, nos casos em que as patologias o permitam.”

Organização 2: “Sim, portanto, é a parte social, nós vamos, estamos integrados por exemplo num grupo de que é os “Restauradores da Granja” em que fazem diversas atividades na montanha, desde o pedestrianismo, temos um grupo na Sede de Pedestrianismo, portanto os nossos jovens gostam de participar. Teremos agora a marcha do 25 de abril e eles vão participar, temos na desfolhada, pela altura da desfolhada temos também uma caminhada e eles vão à caminhada, depois temos um momento de gastronomia e eles gostam de participar, sei lá, temos o grupo de teatro que é o grupo “Nun’ Álvares” em que eles já fizeram de figurantes numa peça de teatro e vem daí o apadrinhamento, aí surge um apadrinhamento, portanto, há aqui uma proximidade muito grande, eu sinto que o Lar Residencial da C está incluído e integrado numa comunidade na perfeição.”

Organização 3: “Os nossos utentes têm uma relação muito próxima e regular com a comunidade. Realizamos várias saídas ao exterior nas quais os utentes têm contacto com a comunidade. Além das atividades socioculturais exteriores, nas quais esse contacto acontece, existem, inclusive, atividades específicas em que é promovido esse contacto através de idas ao supermercado, café, bancadas de venda de produtos efetuados na instituição...”

Organização 4: “Muito importante, e essa dimensão é cumprida durante a semana em horário útil no CACI. Ao fim de semana procuramos sobretudo as atividades culturais promovidas pelo município, para poderem participar.”

Organização 5: “A participação na comunidade envolvente é sem sombra de dúvida determinante em todo o processo inclusivo do público que atendemos, assim como central para o aumento dos seus níveis de satisfação pessoal e qualidade de vida. Operacionalizamos esta dimensão através de uma participação comunitária efetiva; Potenciamos políticas de empregabilidade para os residentes; Fomentamos a frequência de estruturas de apoio ao desporto e lazer (frequência de piscinas públicas, ginásios); Voluntariado - Participação dos residentes como elementos voluntários de suporte a equipa de voleibol de Caldas da Rainha; Exercício cívico – participação em iniciativas de vertente ecológica organizada pela comunidade; Promovemos a utilização de transportes públicos em plena autonomia. ”

Organização 6: “Esta dimensão é muito importante e diariamente tentamos desmistificá-la promovendo atividades e parcerias com a comunidade.”

7.2- Frequentam Organizações/ culto religioso, interiores e exteriores? Dão apoio nesta participação? (Dê exemplos)

Organização 1: “Sim, temos utentes a frequentar a igreja universal, outros a igreja de deus. Participam na missa nas igrejas respetivas e no interior da instituição sempre que solicitam podem assistir ao terço, missa e outros. Vão ao teatro, cinema, academia para zumba e treino funcional, piscinas, associação equestre, etc....”

Organização 2: “Sim, já tivemos o L que já acompanhou o compasso, por exemplo, temos uma igreja aqui mesmo quase que nas traseiras e de vez em quando o L lembra-se e vai à missa, portanto, não têm enraizados neles práticas religiosas, não, o L até é o que poderá ter mais, porque foi, esteve no Lar de R muitos anos e, portanto, como aquilo era gerido por um padre foram-lhes incutidas também algumas noções mais religiosas. Mas, alguém morre, eles querem ir ao velório, eles querem ir ao funeral, querem cumprir com todas essas tradições culturais, portanto, não lhe é barrado nada. Já fizemos missas na C, na altura da Páscoa, já fizemos na igreja também, dinamizado pelos colaboradores, portanto, tentamos respeitar essa parte religiosa também deles.”

Organização 3: “No nosso plano de atividades estão previstas atividades religiosas. Estas atividades não têm uma periodicidade fixa. Podem ocorrer todos os meses como podemos estar vários meses sem frequentar. Maioritariamente prendem-se com idas à missa, participação em festas organizadas pela paróquia e esporadicamente podemos receber visitas programadas de membros ligados às religiões. Um dos nossos utentes participa, semanalmente, em estudos e reuniões da sua religião através de contacto telefónico.”

Organização 4: “Sim, sempre que possível (em termos de colaboradores suficientes), os clientes que o desejem vão à missa. Curiosamente antes do COVID-19, tínhamos 2 voluntários (casal de idosos), que ao domingo os acompanhavam à Missa.”

Organização 5: “Sim. Sempre que o residente apresenta um interesse, dentro de um pressuposto de exclusão de riscos quer para a sua saúde física quer saúde mental o mesmo é-lhe assegurado na garantia dos seus direitos.”

Organização 6: “Frequentamos a missa da paróquia sempre que possível ao Domingo com os que querem ir.”

7.3- Podem participar nas festas locais e/ou interiores? (Dê exemplos: organizam?)

Organização 1: “Sim, participam ativamente nas festas e romarias promovidas pelo município e nas festas organizadas pela instituição em que fazem apresentações diversas ao nível da entoação de poemas, teatro, música e outros.”

Organização 2: “(Se querem ir à festa x, y, vão?) Sim, sim, festas da cidade, o J M agora não, mas o J M gostava muito dos tunningos e tinha uma concentração, portanto aqui em F, como em B no kartódromo e eu levei o J M a B ao kartódromo, vim para e às 5h da manhã fui buscá-lo, quando ele ainda tinha uns bons níveis de autonomia, tranquilo, ficava o meu número de telefone ele na altura também tinha telemóvel, às 5h da manhã fui buscá-lo. Sei lá, que outro tipo de festas... o L M ao domingo quer ir para G de autocarro ao shopping, é menino muitas vezes para chegar lá o autocarro para e ele enfia-se logo noutro autocarro para vir, isto já aconteceu, agora não, agora ele já percebeu que pode ir, pode ir comer qualquer coisinha ao McDonalds, ir dar uma voltinha e depois regressar. Que ele tinha medo que depois não houvesse um autocarro para vir embora, portanto ele sai do autocarro e metia-se noutro: “Já fui a G.” Mas foi um trabalho que se foi fazendo com ele, portanto, acho que tanto a nível da comunidade, das parcerias, das diferentes Instituições, diferentes grupos recreativos, já tivemos jovens a fazer parte dos Escuteiros, temos um jovem a andar no Karaté, portanto, há aqui um envolvimento grande com a comunidade e na comunidade e para a comunidade.”

Organização 3: “Participam, muitas vezes, em festas nas localidades que circundam a zona da instituição ou mesmo em todo o distrito. Estamos muito integrados na comunidade que nos envolve e dessa forma recebemos vários convites para essa participação. A título de exemplo posso referir os desfiles de carnaval organizados pela autarquia, festas de santos populares, também organizadas pela autarquia, encontros entre instituições e a comunidade, saraus gímnicos...”

Organização 4: “Sim, sempre que possível (em termos de colaboradores suficientes), e em horários que não coincidam com banhos ou refeições, os clientes vão às festas mais próximas.”

Organização 5: “Sim – sempre que ocorrem iniciativas locais e se for do interesse do residente.”

Organização 6: “Costumamos participar em todas ou quase todas as festas promovidas pelo Município, pelas paróquias e pelas associações concelhias, tais com: Ex: Festival Gastronómico do Chícharo; FAFIPA; FICA. Também organizamos as nossas próprias festas: Aniversário da ASSOCIAÇÃO; Carnaval; Natal; Festival das sopas. E demais datas comemorativas que normalmente assinalamos.”

7.4- Podem ir a lojas fazer compras ao seu gosto? (Dê exemplos)

Organização 1: “Sim, com colaboradores ou familiares já que a grande maioria da população não reconhece valores materiais.”

Organização 2: “Tendo dinheiro também vão.”

Organização 3: “Sim. No âmbito das atividades de inclusão na comunidade são proporcionados alguns momentos neste sentido. Os locais que mais frequentam para fazer compras são supermercados, lojas de comércio local e centros comerciais.”

Organização 4: “Sim, geralmente as compras para os mais autônomos e com possibilidade de escolha são feitas com os próprios clientes.”

Organização 5: “Sim, de acordo com o seu nível de autonomia. Vestuário, equipamento de lazer, comida”

Organização 6: “Podem se as famílias ou os tutores deixarem dinheiro para eles usarem, no entanto só o podem fazer com supervisão.”

7.5- Há abertura para fazerem parte de alguma Coletividade (grupos do âmbito lúdico ou educativo, música, rancho, bombeiros, dança, etc., ...)? (Dê exemplos)

Organização 1: “Sim, pertencem ao grupo de bombos e grupo de teatro”

Organização 2: “Sim, teatro, escuteiros, ...”

Organização 3: “Sim. Neste momento temos um grupo de utentes integrados num rancho folclórico de uma aldeia nos arredores da nossa localidade”

Organização 4: “Não se proporcionou.”

Organização 5: “Sim, associações recreativas e culturais (participação nos eventos organizados pelas associações, carnaval, passagem de ano) Clubes desportivos – associando-se a grupos de apoio aos Clubes.”

Organização 6: “Estamos neste momento a organizar o nosso próprio rancho folclórico. A participação em outras coletividades é possível, mas complicada de concretizar dado que implica sempre um recurso humano da Associação para acompanhar o utente.”

7.6- Costumam ir votar quando há eleições? Há apoio nessa participação?



(Se não, porquê?)

Organização 1: “Sim, são acompanhados de acordo com os seus desejos e compreensão do ato.”

Organização 2: “Sim, quem quiser, vai...”

Organização 3: “Não. Nenhum dos nossos utentes possui competências nem capacidade jurídica para o efeito.”

Organização 4: “Sim, os que não estão interditos. - Vão com os colaboradores ou com familiares”

Organização 5: “Sim, todos os clientes que reúnem condição para a participação cívica e demonstrem interesse e consciência política que lhe permita tomar essa decisão são incentivados a fazê-lo no uso do seu direito á participação. Acresce nesta dimensão a filiação política sempre que é expressa essa vontade.”

Organização 6: “Sim, costumam, mas apenas dois residentes até hoje manifestaram essa vontade. Costumamos requerer o voto antecipado.”

