

**ALEXANDRA CRISTINA CORREIA DOS SANTOS
ANDRADE**

**CONTEXTOS E PRÁTICA DO SERVIÇO SOCIAL
COM PESSOAS IDOSAS
EM SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO**

Orientadora: Prof. Doutora Maria Irene Lopes B. de Carvalho

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

**Lisboa
2014**

**ALEXANDRA CRISTINA CORREIA DOS SANTOS
ANDRADE**

**CONTEXTOS E PRÁTICA DO SERVIÇO SOCIAL
COM PESSOAS IDOSAS
EM SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO**

Trabalho de Projeto apresentada para a
obtenção do Grau de Mestre em Gerontologia
Social no Curso de Mestrado de Gerontologia
Social conferido pela Universidade Lusófona
de Humanidades e Tecnologias

Orientador: Prof. Doutora Maria Irene Lopes
B. de Carvalho

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

**Lisboa
2014**

Certo dia perguntaram ao Dalai Lama:

- “O que mais te surpreende na humanidade?”

E ele respondeu:

- “Os homens... porque perdem a saúde para juntar dinheiro, depois perdem dinheiro para recuperar a saúde. E por pensarem ansiosamente no futuro, esquecem do presente de tal forma que acabam por não viver nem o presente nem o futuro. E vivem como se nunca fossem morrer... e morrem como se nunca tivessem vivido”.

(Dalai Lama)

AGRADECIMENTOS

Às vezes é difícil expressar de uma forma clara e concisa o que sentimos, principalmente se as sensações são diversificadas e profundas.

A intensidade, a dedicação, os sacrifícios, as lutas, os desânimos, as auto-motivações, as noites sem dormir, os tempos que não estive em família, as alterações de humor, a provação, o querer ... a concretização.

Todas estas fases fazem parte desta longa e intensa caminhada.

Um projeto muito desejado e deste sempre idealizado, mas ao mesmo tempo um confronto de ideias e de ideais.

Para quem trabalha “por amor à camisola” e à profissão, vive e respira com as preocupações de fazer mais e melhor. Do marcar a diferença, de fazer algo de produtivo e que possa contribuir para nos tornarmos melhores pessoas e melhores profissionais.

As exigências diárias e a pressão a que estamos sujeitos baralham algumas vezes a nossa rota, mas felizmente vamo-nos encontrando e lutando por aquilo em que acreditamos.

Queria muito agradecer a Deus, porque acredito que ele existe e que está sempre comigo. Aos meus avós que me deram tudo e que agora são as minhas estrelas e os meus guias. Aos meus pais que me permitiram vir a este mundo para cumprir a minha missão e que à sua maneira sempre me apoiaram. Ao meu marido, pelo apoio incondicional, por acreditar em mim e confiar nas minhas escolhas. Aos meus filhos que são a minha luz.

A todos os que se cruzaram no meu caminho e que mais direta ou indiretamente contribuíram para o que sou hoje. A todos os meus amigos, aos meus estagiários, com quem aprendo sempre imenso e me ajudam a ser melhor profissional.

Ao Instituto Superior de Serviço Social (minha escola de base), que me ajudou a gostar ainda mais de ser Assistente Social. À Universidade Lusófona, que foi e é a minha 2ª casa de formação e onde sempre receberam muito bem. Um agradecimento especial às

Docentes e Assistentes Sociais Carla Ribeirinho, Hélia Bracons e Ana Paula Garcia, que respeito muito e com tem sido muito gratificante trabalhar. Um especial agradecimento à Professora Doutora Maria Irene Carvalho, por ser minha orientadora, pela ajuda, pela confiança e pela dedicação.

À Instituição onde trabalho e onde gosto muito de estar. A todos os colegas e à minha equipa de trabalho, que representa uma inspiração pela sua força e dedicação.

Bem hajam a todos, por me darem força para continuar e ajudar a concretizar mais esta etapa.

RESUMO

Este trabalho sob a forma de projeto profissional tem como objetivo refletir sobre a prática profissional do Assistente Social sobretudo na forma como se intervém, na promoção dos direitos e na promoção da autonomia e participação das pessoas idosas, enquanto seres sociais e agentes de mudança.

A temática do envelhecimento e mais especificamente do envelhecimento ativo tem merecido, na nossa sociedade, alguns tempos de reflexão e análise.

É importante estarmos conscientes das consequências e dos desafios que temos enquanto cidadãos e profissionais da área Social.

É tempo de mudança e principalmente de mudança de mentalidades e de assumirmos as responsabilidades que temos a nosso cargo.

Temos que ter consciência que estamos a falar de pessoas, com expectativas, desejos, de vidas que se querem plenas de conhecimento e de sentido.

Falar da prática dos Assistentes Sociais em gerontologia social, a nível da gestão das respostas, e nos dilemas éticos e deontológicos que se enfrentam diariamente é fundamental para se conseguir construir uma prática profissional que se quer reflexiva.

O Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) da Santa Casa da Misericórdia da Amadora, enquanto resposta social é determinante para promover a qualidade de vida das pessoas idosas.

Palavras-chave:

Envelhecimento; Autonomia; Participação; Pessoas Idosas; Serviço Social; Prática Profissional do Assistente Social.

ABSTRACT

This work intends to be a Professional Thesis, which reflects on the practice of professional Social Worker and the way it intervenes in promoting the rights, the autonomy and the participation of older people as social beings and change agents.

The theme of aging, more specifically active aging, has earned some time for reflection and analysis in our societies.

It is important to be aware of the consequences and challenges of the professional Social Worker and citizens in general.

It's time for a change of mindset and assumes the responsibilities that we are in charge.

We have to realize that we are talking about people, with expectations, desires, lives that are full of knowledge and meaning.

Speaking of the practice of Social Workers and the ethical and moral dilemmas they face every day is critical to achieving analyze and reflect professional practice.

The Home Support Service (DSS) of the Santa Casa da Misericórdia da Amadora, while social response is determinant for promote the quality life for aged people.

Keywords:

Aging; Autonomy; Participation; Aged People; Social Work; Social Worker's Professional Practice.

SIGLAS:

AAD – Ajudante de Ação Direta

ABVD - Atividades Básicas de Vida Diária

AIVD - Atividades Instrumentais de Vida Diária

AS – Assistente Social

ATI – Área da Terceira idade

AVD - Atividades de Vida Diária

DT – Diretor Técnico

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económica

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PAI – Plano de acolhimento inicial

PDI – Plano de desenvolvimento individual

RS – Resposta Social

RSI – Rendimento Social de Inserção

SAD – Serviço de Apoio Domiciliário

SCMA – Santa Casa da Misericórdia da Amadora

SGQ – Sistema de Gestão da Qualidade

SS – Serviço Social

TSSS – Técnico Superior de Serviço Social

ULHT – Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

VD – Visita Domiciliária

WHO - World Health Organization

INDÍCE

INTRODUÇÃO 12

Questões e objetivos do projeto profissional 17

Plano de trabalho 19

CAPÍTULO 1- Enquadramento Teórico

1. Envelhecimento demográfico 22

2. Envelhecimento bio-psico-social 26

3. Definições e classificações da velhice..... 29

4. Envelhecimento e dependência 31

4.1. Avaliar a dependência em idosos 33

5. Promoção do envelhecimento ativo e da cidadania ativa 35

5.1. Autonomia e participação..... 37

6. Respostas para o envelhecimento: o serviço de apoio domiciliário 39

Síntese..... 42

CAPÍTULO 2- Serviço Social, Envelhecimento e Pessoas Idosas

1. Gerontologia e Serviço Social 45

2. Serviço Social: teorias e práticas 47

3. Refletir a ação para a construção de uma prática reflexiva 51

4. Princípios e valores: a ética em ação 53

5. Deontologia profissional 59

6. Serviço Social e intervenção com idosos 61

Síntese..... 65

CAPÍTULO 3- Prática do Serviço Social no SAD da SCM Amadora

| | |
|--|----|
| 1. A SCM Amadora | 67 |
| 2. Caracterização da resposta social SAD | 72 |
| 2.1. O perfil dos clientes | 73 |
| 3. O SAD e o Serviço Social | 81 |
| 3.1. Coordenação e supervisão de equipas de cuidadores | 82 |
| 3.2. A gestão da qualidade | 85 |
| 3.3. O processo de intervenção social em SAD | 88 |
| 3.4. Intervenção direta: relação de ajuda | 92 |
| 4. O lugar do cliente na intervenção | 98 |

Síntese reflexiva:

| | |
|---|-----|
| Percurso para a definição de boas práticas profissionais em SAD | 101 |
| Reflexão pessoal | 105 |

CONCLUSÃO 109

BIBLIOGRAFIA 114

INDÍCE FIGURAS

Capítulo 1

| | |
|--|----|
| Figura 1.1 – Evolução da Capacidade da Resposta Social SAD | 40 |
|--|----|

Capítulo 2

| | |
|---|----|
| Figura 2.1 – Dimensões para uma Prática Crítica | 52 |
|---|----|

| | |
|-------------------------------------|----|
| Figura 2.2 – Teorias da Ética | 56 |
|-------------------------------------|----|

| | |
|---------------------------------------|----|
| Figura 2.3 – Intervenção Social | 60 |
|---------------------------------------|----|

Capítulo 3

| | |
|--|----|
| Figura 3.1 – Organograma da SCMA | 67 |
|--|----|

| | |
|---|----|
| Figura 3.2 – Processo de Intervenção em SAD | 91 |
|---|----|

| | |
|---|----|
| Figura 3.3 – Relação Profissional/ Cliente na Intervenção | 99 |
|---|----|

INDÍCE QUADROS

Introdução

| | |
|---|----|
| Quadro 1 – Operacionalização do Modelo de Análise | 20 |
|---|----|

Capítulo 1

| | |
|---|----|
| Quadro 1.1 – Número e Capacidade dos Serviços de Apoio Domiciliário | 41 |
|---|----|

Capítulo 2

| | |
|--|----|
| Quadro 2.1 – Princípios e Valores a respeitar em qualquer Intervenção..... | 63 |
|--|----|

Capítulo 3

| | |
|--|----|
| Quadro 3.1 – Sistema de Gestão da Qualidade..... | 87 |
|--|----|

INDÍCE GRÁFICOS

Capítulo 3

| | |
|---|----|
| Gráfico 3.1 – Idades dos clientes SAD 5 e 7 | 74 |
|---|----|

| | |
|---|----|
| Gráfico 3.2 – Género dos clientes SAD 5 e 7 | 75 |
|---|----|

| | |
|---|----|
| Gráfico 3.3 – Patologias dos clientes SAD 5 e 7 | 76 |
|---|----|

| | |
|---|----|
| Gráfico 3.4 – Suporte Familiar dos clientes SAD 5 e 7 | 78 |
|---|----|

| | |
|--|----|
| Gráfico 3.5 – Grau de Dependência dos clientes SAD 5 e 7 | 79 |
|--|----|

| | |
|---|----|
| Gráfico 3.6 – Apoio Diário dos clientes SAD 5 e 7 | 80 |
|---|----|

INTRODUÇÃO

“Ao longo dos tempos, o conceito de envelhecimento e as atitudes perante os idosos têm vindo a mudar e refletem, por um lado, o nível de conhecimentos sobre a fisiologia e anatomia humanas e, por outro lado, a cultura e as relações sociais de várias épocas”.

(Paúl e Fonseca, 2005:19)

“ (...) O exercício da profissão prevê competências teórico-práticas, ético-políticas, técnico-operativas para defender o seu campo de trabalho, suas qualificações e funções profissionais”. Esta visão do Serviço Social permite “ir além das rotinas institucionais e buscar apreender o movimento da realidade para detetar tendências e possibilidades nela presentes, passíveis de serem executadas”.

(Silva et al., 2006:4)

Este projeto profissional surge no âmbito do Mestrado em Gerontologia Social e de um questionar constante sobre a prática profissional, como assistente social, e todos os dilemas éticos e sociais que se levantam diariamente enquanto coordenadora do serviço de apoio domiciliário da Santa Casa da Amadora.

Aborda-se o tema do envelhecimento e os seus efeitos na sociedade em geral e nas instituições em particular, fazendo referência aos serviços e cuidados formais necessários ao bem-estar, satisfação pessoal e qualidade de vida dos idosos, tendo como suporte, um conceito muito atual, mas também muito subjetivo, que é o de envelhecimento ativo.

Pretende-se também refletir e analisar a prática do Assistente Social, no SAD e perceber quais as preocupações e o tipo de intervenção que é desenvolvida, demonstrar que a melhoria contínua é fundamental e que a acumulação de anos de trabalho dos profissionais não é, por si só, um fator causador de cansaço e de desgaste, mas também de uma maior capacidade de conhecimento dos recursos e da rentabilização dos mesmos.

Neste enquadramento é importante refletir sobre a prática desde o início do trabalho de projeto. A vontade de mudar e de fazer sempre o melhor pode acompanhar-nos durante todo o nosso percurso, não é necessariamente uma característica de quem começa agora a dar os primeiros passos profissionais. Torna-se emergente a necessidade de pensar e agir, considerando cada situação no seu todo (pessoal, familiar e social), e ir ao encontro das necessidades reais e fundamentais para promover a autonomia, a participação e o respeito pelos direitos humanos.

Sabemos que o tema do envelhecimento da população e as consequências que lhe estão inerentes são cada vez mais objeto de estudo e de preocupação da sociedade em geral. Para os profissionais que trabalham diariamente com a população idosa, começam a surgir novas exigências, ou seja, começa a existir uma maior preocupação em responder às necessidades efetivas das pessoas e não apenas fazer “pacotes” de serviços ou de respostas possíveis, como se de uma receita se tratasse.

Tal como defende Amaro (2012) “Considera-se que um dos principais desafios para o Serviço Social na transição civilizacional em que se encontra é, justamente, o de se constituir como uma alternativa, em termos de visão teórica e prática interventiva, pautada por princípios éticos e por um olhar responsável sobre o mundo que cruze os níveis macro, meso e micro na ação e na reflexão e não esqueça a singularidade individual”(p:94). Mas como fazer isso? Este é decerto o grande desafio.

É certo que a reflexão permite delinear novas estratégias para a melhoria das condições das pessoas e das organizações. Durante algumas décadas, tivemos a preocupação em dar resposta às situações, em criar políticas que fossem ao encontro daquilo que se considerávamos ser básico e imprescindível para uma vida com dignidade.

A perspetiva contemporânea vai demonstrando que estas formas de intervenção atuais não são suficientes. As pessoas são mais exigentes, têm acesso a mais informação, têm outras ambições e começam a preocupar-se com outras dimensões do problema até então descuradas, ou remetidas para segundo plano. As necessidades dos indivíduos idosos não são as mesmas, uma vez que as histórias de vida, as referências, o quadro de valores, a experiência familiar e social e até a representação que cada indivíduo tem da velhice, são diferentes.

Atualmente tem-se debatido bastante a temática do envelhecimento e, principalmente, a questão de saber que idosos teremos daqui por alguns anos? Serão certamente indivíduos cada vez mais idosos, com necessidades mais complexas mas, certamente, como já referimos, mais exigentes, mais esclarecidos, mais atentos e mais despertos para as questões dos seus direitos, e da sua participação na construção de uma vida com mais qualidade e mais adequada às suas necessidades/ expectativas.

Quando refletimos sobre a prática profissional é importante considerarmos a identidade de cada profissão. A “abordagem às identidades profissionais dos Assistentes Sociais afigura-se como uma tarefa relevante para a discussão dos fundamentos da profissão no contexto atual. Não sendo possível assumir a identidade profissional do Assistente Social como algo unívoco, unidirecional, com delimitações precisas e estático, entende-se que a(s) identidade(s) será(ão) o conjunto de traços comuns que agregam, fecham, produzem sentimentos de pertença e autorizam a que se distinga entre os elementos que fazem parte desse conjunto e os que lhe são exteriores” (Amaro, 2012:96).

A profissão do assistente social pode assumir várias identidades. Contudo esse facto não nos demite da responsabilidade de esclarecermos e apoiarmos os idosos, independentemente do seu grau de informação ou de exigência. Partimos do princípio de que todos os cidadãos têm os mesmos direitos, e a mesma necessidade de sentirem segurança, reconhecimento, respeito e tratamento. A diferença reside na forma de manifestar essas necessidades, uma vez que cada pessoa tem a sua personalidade e uma trajetória de vida singular.

A necessidade de chegar a uma total realização, de nos sentirmos bem e realizados, de nos sentirmos úteis e parte integrante das nossas decisões, sempre foi uma máxima desejada por qualquer ser humano. Desde sempre se falou em direitos, valores, vontades, desejos e felicidade. O homem é um ser social e, como tal, tem necessidades e desejos. Se são necessidades primárias, básicas ou de outra ordem, depende de cada situação e da forma como priorizamos determinada ação ou necessidade.

O serviço social tem uma relação implícita com os direitos humanos. Neste âmbito assumimos também como argumenta Amaro (2012:138) que “não há outra profissão cujo trabalho esteja quase exclusivamente localizado nas áreas de negligência e decadência urbanas ou cujos esforços sejam quase totalmente direcionados para o

trabalho com pessoas provenientes de setores carenciados e despojados da população. Muitas destas pessoas experienciam todos os dias situações de discriminação e exclusão social. Isto significa que, enquanto profissão, adquirimos um conhecimento e compreensão consideráveis sobre a natureza e impacto da privação, exclusão e discriminação e também desenvolvemos um conjunto de competências e intervenções que nos permitem agir a partir desse conhecimento e compreensão”.

Cabe aos profissionais, neste caso aos assistentes sociais, gerir todas as especificidades que cada indivíduo transporta no seu ser e torna-las únicas. São as particularidades que nos classificam como seres únicos e especiais e que fazem parte integrante da nossa história de vida.

Enquanto profissionais, vamo-nos apercebendo que nem sempre os processos de envelhecimento são assim tão lineares. As respostas sociais que vão sendo criadas no domínio do envelhecimento são homogéneas, ou seja, iguais para todos, e nem sempre se tem em conta a especificidade de cada um, considerando também a sua envolvente social e familiar. As exigências da rotina não permitem na maioria das vezes refletir, questionar e até ser mais arrojado nas soluções ou pelo menos nas tentativas de chegar mas facilmente ao nosso público-alvo.

Refletir sobre a prática do profissional de serviço social com idosos, mais especificamente num serviço de apoio domiciliário, torna-se um imperativo teórico, metodológico, ético e político. Ganha ainda mais destaque quando cruzado com um tema tão atual como é o envelhecimento da população. Este é um tema pertinente uma vez que se vai tornando cada vez mais evidente o aumento da percentagem do número de idosos e a necessidade de ajustar as respostas às necessidades/expetativas dos “novos velhos” e, por outro, ter aplicabilidade no exercício profissional e principalmente, ter interesse prático e pessoal.

Assim é determinante aliar a prática profissional, à melhoria contínua e poder rentabilizar conhecimentos, reflexões e preocupações de forma a melhorar o serviço prestado e poder retirar deste estudo/reflexão ferramentas que permitam inovar e repensar a prática profissional, através da reflexão. Pretende-se consolidar conhecimentos, refletir sobre a prática e sobre o impacto das respostas sociais existentes na área do envelhecimento e da necessidade de se criarem condições cada vez mais ajustadas às

situações concretas com que nos deparamos todos os dias. É emergente uma alteração de comportamento no sentido de não olharmos para os idosos como um grupo homogêneo e sem especificidades.

Ao longo do processo de envelhecimento, a capacidade de adaptação do ser humano vai diminuindo, tornando-o cada vez mais sensível ao seu meio ambiente. O bem-estar psicológico deste grupo etário está muito associado à sua satisfação em relação ao ambiente residencial. O domicílio do idoso adquire um significado psicológico único, uma vez que há grandes laços afetivos através da memória ao seu cantinho, a sua casa, o seu lar. Ao longo do tempo, os indivíduos apegam-se de uma forma muito especial ao seu lar, criando um sistema de espaço - ambiente. No caso dos idosos, porque normalmente já residem na sua casa há largos anos, esses laços fortalecem-se ao longo do tempo, este é um espaço bastante importante, ao qual estão associados um conjunto de sentimentos que fazem com que o idoso esteja emocionalmente vinculado àquele lugar.

Neste conjunto de sentimentos, encontramos:

- Os sentimentos associados às recordações do curso de vida do idoso, que o auxiliam a organizar esse percurso, para que seja possível manter «vivo» o seu passado, com um sentimento de continuidade e identidade, protegendo-o contra as transformações que vão ocorrendo.
- Um sentimento de auto - estima positivo, uma vez que o idoso, ao permanecer na sua casa demonstra aos outros que ainda mantém a sua autonomia e independência.

Considerando todos estes aspetos, torna-se imperativo incluir as pessoas idosas em todo o processo de intervenção, nomeadamente nos aspetos que se relacionam com a decisão e a manifestação da sua vontade e das suas preocupações. Os conceitos de envelhecimento ativo e a qualidade de vida passam também pela consciencialização das diferenças de cada um enquanto ser social e ser de direitos. A autonomia só se consegue se deixarmos espaço para que os nossos idosos possam criar, possam influenciar ativamente as suas escolhas e opiniões.

Como refere Pimentel (2005:29), “Não há qualquer dúvida de que a permanência do idoso no seu meio familiar e social, em constante interação com as pessoas que lhe são

mais próximas, é considerado o cenário ideal para qualquer pessoa que atinja a velhice e procure vivê-la de forma equilibrada e sem graves descontinuidades”.

Existem serviços que podem ajudar a potencializar maior dignidade, mais qualidade de vida. As políticas sociais existentes têm como primeiro fundamento ajudar na tentativa de potencializar igualdade de direitos e igualdade de acesso aos mesmos direitos. O caso do Serviço de Apoio Domiciliário - SAD, é um exemplo de como pode ser possível conseguir responder às necessidades pontuais (ou não) de determinada camada da população (apesar das limitações que esta(s) apresentam).

Questões e Objetivos do Projeto Profissional

Ao realizarmos esta reflexão profissional torna-se pertinente perceber: os contextos e a prática do Serviço Social, com pessoas idosas em SAD e, simultaneamente, analisar de que modo o Assistente Social, na sua prática profissional, promove a autonomia e a participação dos idosos, considerando-os como seres de direitos, liberdades e garantias.

Neste âmbito, é inequívoca a importância de apresentar a resposta SAD, enquanto resposta social que “presta 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” (Portaria 38/2013 de 30 de Janeiro - art.2) e relacioná-la com o papel do Serviço Social, isto é, perceber de que modo o profissional pode ajudar e promover a escolha e a manifestação da própria vontade, conciliando os valores (autonomia, participação e liberdade de escolha) com os interesses e as preocupações, sociais, políticas e institucionais. Na prática, é importante compreender em que medida se respeita a vontade do idoso e se é realmente possível realizar uma intervenção centrada no cliente, dado que assistimos à existência de “pacotes” de serviços, pré-definidos e que limitam, de certa forma, o campo de escolhas (para contratualizar um serviço, têm que aceitar usufruir de pelo menos 4 serviços, sob pena das instituições não receberem a totalidade da comparticipação por parte da Segurança Social).

Esta situação remete-nos para outro problema ou melhor, para outras preocupações: Será que os idosos estão em pé de igualdade para aceder aos serviços? Será que podem efetivamente escolher os serviços que desejam e que são necessários? Como podemos assegurar o cumprimento dos direitos? E a ética e a deontologia como se articulam na prática profissional? Teremos, enquanto Assistentes Sociais, capacidade de fazer face a estas situações? E a questão da sustentabilidade das Instituições que gerem estes serviços? O que podemos fazer para inovar de forma a conseguir ir ao encontro da satisfação das necessidades das pessoas e, ao mesmo tempo, assegurar o futuro e segurança das Instituições? Estaremos a falar de dilemas éticos ou apenas de dilemas sociais? Qual o papel do Assistente Social enquanto mediador das entidades, serviços, pessoas e ação profissional? Que impactos e que estratégias de futuro poderemos implementar, que permitam promover serviços com qualidade e que respeitem os cidadãos? Que desafios nos esperam e que alternativas adotar?

Estas são algumas interrogações que se colocam na prática e que se pretende questionar e refletir, de forma a melhorar a intervenção enquanto profissionais, enquanto cidadãos e potenciais futuros idosos.

Para além de todas estas questões e dúvidas com que nos vamos deparando ao longo do exercício profissional, estabelecemos um objetivo geral, designadamente: Compreender a resposta social SAD e avaliar os pressupostos da intervenção social a partir da reflexão sobre a prática profissional, considerando os contextos e práticas de atuação em Serviço Social.

Complementarmente definimos os seguintes objetivos específicos:

- ✓ Analisar e perceber como deve funcionar um serviço de apoio domiciliário;
- ✓ Refletir sobre a prática profissional;
- ✓ Perceber de que forma o Assistente Social pode potenciar os níveis de autonomia e participação dos idosos, para que se sintam parte integrante da sua vida.

Situada a questão e os objetivos, apresentamos o plano de trabalho que inclui os métodos, as técnicas e as estratégias para a construção de uma prática reflexiva ao nível do Serviço de Apoio Domiciliário, analisado na perspetiva de um Assistente Social.

Plano de Trabalho

Para iniciar qualquer investigação, há que ter como principal preocupação, delinear o mais objetivamente possível uma interrogação e ou uma pergunta de partida/problema/hipótese (dependendo das orientações do autor) e romper com todos os preconceitos ou ideias preconcebidas, denominadas senso comum. É fundamental estarmos isentos de qualquer ideia pouco fundamentada, para podermos organizar o nosso processo de investigação.

Neste contexto, pretende-se que este projeto profissional possa permitir aprofundar, desenvolver, refletir e clarificar o desempenho de um Assistente Social no SAD, tendo por base teorias, metodologias, princípios éticos e deontológicos específicos da profissão de serviço social. A expressão da vontade e o respeito pelos direitos representam pilares em qualquer intervenção, e devem estar presentes no desenvolvimento e diagnóstico das situações.

Por outro lado, sabemos que as questões do envelhecimento começaram a ser palco de reflexões e desafios, mas ainda é necessário ir mais além. Pretende-se com este trabalho refletir e ponderar sobre as formas de intervenção e delinear estratégias inovadoras e eficazes.

Para elaborarmos esta reflexão, temos que definir uma estratégia metodológica e para isso, tivemos a preocupação de adequar o método e a técnica. A metodologia é orientada pela perspetiva teórica em que nos posicionamos. Optamos por uma teoria humanista centrada nas pessoas e por uma metodologia que potencie a participação dos cidadãos na intervenção. Neste sentido, “ (...) o desenvolvimento profissional tem de preconizar, hoje mais do que nunca, um pensamento social crítico e coerente visando a criação e/ ou recriação de métodos de intervenção adequados aos contextos sociais, económicos, culturais e políticos onde se inscreve, bem como o desenvolvimento de práticas reflexivas que cruzem orientações analíticas e saberes profissionais” (Santos, Albuquerque e Almeida 2013:7). Tendo presente este posicionamento, situamos a prática reflexiva como uma forma de análise crítica da realidade social.

Para operacionalizar esta reflexão optamos por situar alguns conceitos, dimensões e indicadores. Este modelo de análise – quadro 1 – funciona como um guia para a reflexão que iremos efetuar da prática do profissional de serviço social no SAD.

Quadro 1 - Operacionalização do Modelo de Análise

| Conceito | Dimensão | Categorias | Indicadores |
|---|---|---|--|
| Contextos e prática do Serviço Social com pessoas idosas em SAD | Instituição | Tipo de Organização; Gestão; Respostas; Recursos; Políticas; Parcerias/Abertura ao exterior. | SCMA |
| | SAD | Serviços; Estrutura; Organização; Profissionais; Meio; Necessidades; Perfil dos idosos; Usufruto de Serviços; Princípios e Valores. | Sexo; Idade; Dependência; Integração na Comunidade; Relação Familiar; Meios; Recursos. |
| | Prática Reflexiva | Princípios; Valores; Teorias (visão do idoso); Metodologias; Integração do idoso no processo; Participação; Necessidades; Recursos. | Supervisão / Avaliação |
| | Necessidades e expectativas dos idosos em SAD | Perfil dos idosos; Necessidades para as AVD`s e AVD; Papel do idoso na intervenção – nível de participação e envolvimento; Usufruto dos serviços. | |

Fonte: Elaborado pela autora

Assim partimos do princípio que os contextos e prática do Serviço Social com pessoas idosas em SAD, é determinada ou influenciada pelo: tipo de instituição social que gere o SAD; pela estruturação e funcionamento do SAD e pela prática profissional do serviço social em SAD, assim como com as problemáticas associadas aos idosos, isto é, as suas necessidades e expectativas.

De acordo com o modelo acima explicitado vamos ter em consideração, por um lado, a estrutura e dinâmica da instituição quanto à gestão, às respostas, aos recursos, às políticas, às parcerias e abertura ao exterior; e, por outro lado, vamos deter-nos sobre os Serviços (estrutura e organização); os profissionais, a envolvente, as necessidades, o perfil dos idosos e o usufruto de serviços. Por último, apresentamos a reflexão sobre a prática onde estão presentes os princípios e valores, as teorias metodológicas e a intervenção propriamente dita.

Para finalizar podemos apresentar de uma forma resumida a organização deste trabalho dividido em três capítulos: O primeiro capítulo situa o enquadramento teórico, onde estão explicitados os principais conceitos e teorias relacionadas com o envelhecimento, nomeadamente o conceito de autonomia, participação, dependência e envelhecimento ativo com referência ao Serviço de apoio Domiciliário enquanto resposta social; O capítulo dois aborda o serviço social com idosos e as suas implicações na prática profissional. Os princípios e valores inerentes à profissão, os dilemas éticos, a deontologia profissional e a prática reflexiva; O terceiro capítulo revela a realidade da Santa Casa da Misericórdia da Amadora, nomeadamente ao nível do funcionamento do SAD, perfil dos idosos, sistema de gestão da qualidade e apresentação de todo o processo de intervenção.

Este trabalho representa uma reflexão sobre a prática profissional e sobre os dilemas com que nos deparamos ao longo da nossa vivência enquanto profissional de Serviço Social. Pretende-se que seja quase um relato partilhado, experienciado e refletido por todos aqueles que se dedicam a melhorar o ser humano, a vida e os recursos.

CAPÍTULO 1 - Enquadramento Teórico

“ Na tradição do pensamento europeu, a velhice tem sido um recurso frutífero para refletir sobre a condição humana. Oscilando entre concepções negativas, pelas quais é interpretada simbolicamente em estreita associação com imagens de sofrimento, de debilitação e morte e redescrições que almejam atribuir-lhe um sentido mais positivo, a reflexão sobre esta temática originou uma miríade de discursos, reflexões e narrativas”.

(Viegas e Gomes, 2007:27)

1. Envelhecimento demográfico

Muito se tem questionado e refletido nos últimos anos sobre o envelhecimento. Sabemos que é um processo inevitável, e que se manifesta de uma forma mais ou menos visível, influenciado também pela trajetória individual. Segundo Rosa (2012:19), podemos situá-lo em duas perspetivas conceptuais: individual e coletivo (conceito mais recente). No que diz respeito ao primeiro (individual) podemos classificá-lo como: cronológico ou biopsicológico¹. Quanto ao envelhecimento coletivo apresenta-nos duas noções que aparentemente se interligam: o envelhecimento demográfico² e envelhecimento societal ou da sociedade. Segundo Maria João Rosa (2012:22), “ Para compreender o envelhecimento demográfico, é necessário ter presente que existem idades, consensualmente aceites, a partir das quais ... todos os indivíduos são classificados indistintamente por categorias fixas. (...). É a partir destas categorias etárias que se desenvolve o conceito de envelhecimento demográfico (ou da população), que se define como uma evolução particular da composição etária da população (...)”. Pode

¹ Preocupa-se em analisar o envelhecimento de acordo com a idade, considerando-o como um processo progressivo e inevitável e, ao mesmo tempo, tendo por base a especificidade de cada indivíduo e da sua envolvente. Dá um especial enfoque ao aumento da esperança média de vida.

² O envelhecimento demográfico, debruça a sua análise no aumento da proporção das pessoas idosas tendo por base a população total, ou seja, considera-se que a população envelhece, quando em termos estatísticos a população idosa passa a valer mais.

considerar-se que o envelhecimento demográfico se traduz, por um lado, no aumento do número de pessoas com idade avançada (verificando-se simultaneamente com a melhoria dos acessos à saúde e um decréscimo da taxa de mortalidade³) e, ao mesmo tempo, assiste-se a uma mudança social significativa que se traduz numa maior emancipação da mulher e, na busca da igualdade, de direitos e regalias⁴. Além disso a qualidade económica das famílias está longe de ser estável e hoje, os jovens permanecem mais tempo em casa dos pais e, conseqüentemente, têm menos filhos e mais tarde, o que representa uma efetiva redução da taxa de natalidade⁵. Deste modo, o aumento da esperança média de vida⁶ associada ao declínio da natalidade, tem vindo a traduzir-se num envelhecimento demográfico com uma expressão cada vez mais significativa⁷.

No que diz respeito ao envelhecimento societal, parece aparentemente estar interligado ao envelhecimento demográfico, no sentido em que um pode ser consequência do outro. De acordo com Rosa (2012:24), “De facto, uma população pode estar a envelhecer e a sociedade não (...)”. Um dos sinais mais visíveis de uma sociedade envelhecida manifesta-se quando a sociedade se apresenta deprimida, sem saber como lidar com sua evolução etária e com as mudanças inerentes a essa evolução⁸.

Segundo o INE, em 2002 já se projetavam estimativas relativamente ao índice de envelhecimento, uma vez que se considera que em 2050, a proporção seja de 243 idosos por cada 100 jovens. Ainda segundo a mesma fonte (INE) em Portugal, este indicador passou de 102 (2001) para 128 (2011) e só na região de Lisboa, o índice de

³ A taxa de mortalidade corresponde ao número de óbitos observado durante um determinado período de tempo (INE, 2003).

⁴ Hoje a mulher luta também por uma vida profissional, e muitas vezes coloca para segundo plano a constituição de família.

⁵ A taxa de natalidade corresponde ao número de nados vivos ocorridos durante um determinado período de tempo. (INE, 2003).

⁶ Esperança média de vida corresponde ao número médio de anos que um indivíduo pode esperar viver, desde que nasce (INE, 2003).

⁷ Considerando que a definição de idoso corresponde ao indivíduo que tem 65 anos ou mais anos, e analisando as premissas que estão na base de quem se preocupa com as questões do envelhecimento, podemos resumir o fundamento desta problemática nos seguintes itens:

a) Aumento da esperança média de vida (cada vez se vive mais tempo); b) Redução substantiva da taxa de natalidade (cada vez se tem menos filhos); c) Aumento do número de pessoas idosas e muito idosas; d) Melhoria das condições de vida dos indivíduos; e) Aumento e melhoria das condições sociais e profissionais das pessoas (melhor acesso à informação, melhor conhecimento dos direitos, mais exigência).

⁸ Nos últimos 40 anos (Fevre, 2004), a percentagem de população idosa (65 e mais anos) duplicou, representando um total de 16,7% da população total.

Para além disso, começa a desenhar-se uma perspetiva pouco animadora, uma vez que se prevê que dentro de menos de 50 anos este grupo corresponda a cerca de 32% do total da população (INE 2001/2011).

envelhecimento, passou de 103 idosos por cada 100 jovens (2001), para 140 idosos por cada 100 jovens (2011). Por outro lado, a percentagem de pessoas muito idosas (com 85 e mais anos) será cada vez mais significativa, uma vez que a esperança média de vida tende também a aumentar⁹. Na região de Lisboa o índice de longevidade aumentou na última década, passando de 39,7% em 2001 para 45,7% em 2011¹⁰ (INE:2002).

Para além de todos estes fatores, com o aumento da esperança média de vida, um outro fenómeno começa a surgir, isto é, começamos a aperceber-nos que existem vários escalões dentro da faixa etária que é normalmente designada por velhice ou terceira idade e a subdividir o grupo destas pessoas conforme são consideradas: pouco idosas, idosas ou muito idosas (85 e mais anos).

Perante este quadro, colocam-se inúmeros desafios sociais, nomeadamente no domínio das políticas sociais, dado que as respostas têm que ser cada vez mais diversificadas e o trabalho a realizar tem que ser executado e refletido de um ponto de vista multidisciplinar¹¹.

Como García (2003:15) argumenta, a humanidade enfrenta o maior envelhecimento da história. Passamos de muitos netos e poucos avós, para muitos avós e poucos netos. Mas, simultaneamente, as nossas sociedades parecem não saber o que fazer com este aumento substancial do número dos que atingem idades avançadas, principalmente devido à evolução do número de Pensionistas, à evolução das incapacidades e das doenças crónicas e às doenças fortemente incapacitantes (doenças degenerativas). As implicações do envelhecimento, e a problemática do envelhecimento

⁹ A título complementar, e de acordo com os dados do INE (Censos 2011), no que diz respeito às dificuldades na realização das atividades diárias, 45,1% da população idosa afirmou não conseguir realizar pelo menos uma das 6 atividades diárias (ver, ouvir, nadar, memória/concentração, tomar banho, vestir-se, compreender/fazer-se entender), sendo a dificuldade em andar, a principal limitação manifestada pela população idosa. Estes factos são o espelho da melhoria das condições de vida (habitação, alimentação, saneamento básico), do acesso aos serviços de saúde, do aumento da escolaridade, entre outros fatores, que têm permitido viver mais anos e melhor.

¹⁰ Podemos ainda referir que o índice das mulheres é superior ao dos homens, apresentado uma percentagem de 49,2% e 40,8% respetivamente.

¹¹ Assiste-se a uma crescente preocupação / sensibilização pelas questões do envelhecimento, nomeadamente pelo envelhecimento ativo, dando alguma ênfase a conceitos como autonomia, qualidade de vida, participação e escolha. Os avanços científicos, técnicos e a mudança social espelham-se no aumento da longevidade – os mais velhos de hoje são a sua expressão viva.

por si só representam um dos desafios mais importantes do séc. XXI, e leva-nos a uma reflexão séria sobre todas estas questões¹².

Atualmente há um novo olhar sobre o envelhecimento: o envelhecimento ativo. O conceito de Envelhecimento ativo, de acordo com a OMS/ONU (2002) - É o processo de otimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança, no sentido de aumentar a qualidade de vida durante o envelhecimento. O envelhecimento ativo pretende alcançar uma redefinição positiva do envelhecimento e da velhice.

De acordo com Viegas e Gomes, (2007) “A vitalidade, atividade e empreendedorismo são valores construtivos da identidade que podem fomentar, por seu turno, a reintegração do envelhecimento e da velhice na experiência participativa no mundo social contemporâneo. Ou seja, constituem estratégias pelas quais a velhice deixa de ser conotada como a retirada ou afastamento dos indivíduos da vida social”(p:28). A vulnerabilidade da pessoa idosa prende-se, de uma forma muito direta, com estilo de vida, experiência e atitude ou perspectiva face à vida, e inevitavelmente com os hábitos e a forma como foi vivendo e vivenciando a sua experiência, “reconhecer esta diversidade constitui o primeiro passo para abordar o tema dos valores sociais da velhice ” (Viegas e Gomes, 2007:27).

Considerando o aumento da longevidade e do envelhecimento em Portugal, novos desafios se colocam, em termos de possíveis respostas sociais ou de reajuste das já existentes. Torna-se imperativo repensar e diversificar as respostas existentes, de uma forma efetiva e consistente. Cada vez mais é necessário adequar as respostas às necessidades das pessoas e não criar soluções unicamente com objetivo de ter visibilidade ou lucro. As exigências e as situações apresentam-se de forma cada vez mais diversificada e, por esse motivo, as Instituições têm de estar preparadas e ter capacidade para disponibilizar respostas individualizadas e centradas nos clientes.

¹² O número de pessoas consideradas idosas e possivelmente o receio por parte de alguns de envelhecer sem qualidade, tem despoletado uma significativa consciencialização sobre esta problemática.

2. Envelhecimento bio-psico-social

O Processo de envelhecimento é inevitável. Iniciamos este processo desde o dia em que nascemos e começamos a ter consciência que todas as nossas escolhas, comportamentos e a construção de vida, são a base e a estrutura que nos vai diferenciar e condicionar na velhice. De qualquer forma, é importante salientar que “não obstante, o envelhecimento não é um estado, mas sim um processo de degradação progressiva e diferencial. Ele afeta todos os seres vivos e o seu termo é a morte do organismo. É, assim, impossível datar o seu começo porque, de acordo com o nível no qual ele se situa (biológico, psicológico ou sociológico), a sua velocidade e a sua gravidade são extremamente variáveis de indivíduo para indivíduo” (Fontaine, 2000:19).

A velhice é uma etapa do trajeto de vida, e só poderá ser compreendida se tivermos em consideração os conceitos base como saber, poder, trabalho, tempo livre, direitos e deveres. O envelhecimento pode ser analisado sob vários pontos de vista. Destes destacam-se o envelhecimento demográfico e humano, nas vertentes biopsicossociais¹³.

Esta perspetiva remete-nos para uma preocupação constante, de olhar para o envelhecimento como um conjunto diferenciado de sintomas e de etapas, atendendo a várias dimensões:

a) “ O envelhecimento como etapa da vida é um processo biológico inevitável, mas não é o único, pois implica modificações somáticas e psicossociais. Deste modo, as dimensões biológicas, sociais e psicológicas interagem de forma ininterrupta de acordo com a interação humana onde cada uma afeta e é afetada” (Sequeira, 2010:19). Este processo traduz-se numa perda gradual que afeta o funcionamento dos órgãos, dos tecidos e das células e o respetivo equilíbrio entre eles.

Desta forma, e segundo García (2003:42), os aspetos Físicos do envelhecimento prendem-se essencialmente com o conjunto de mudanças estruturais e funcionais que o

¹³ Nesta perspetiva importa salientar a importância da perceção e da conceção de que o envelhecimento ocorre de múltiplas formas e que não é um processo estanque.

organismo experimenta como resultado do decorrer do tempo¹⁴, e o envelhecimento fisiológico refere-se às mudanças biológicas sofridas por um indivíduo ao longo da vida. É neste contexto que ambos os autores falam no conceito de senescência, que não é mais do que o declínio da capacidade física, mas que não tem necessariamente que acompanhar o envelhecimento (Squire, 2005:15);

b) Quanto aos Aspectos Psicológicos, podemos dizer que compreendem os processos sensoriais, a destreza motora (motricidade fina), a percepção, a inteligência, os processos de aprendizagem (entre outros) em pessoas de idade avançada. A investigação do envelhecimento psicológico centra-se principalmente em duas áreas: o funcionamento cognitivo-comportamental¹⁵ e a personalidade¹⁶.

Como nos indicam García (2003:43) e Squire (2005: 24), devemos estar atentos a um aspeto fundamental que se prende com o facto dos problemas psicológicos ou emocionais, nas pessoas idosas, passarem bastante despercebidos, pois são normalmente associados ao processo de envelhecimento. Muitas vezes, por falta de conhecimento ou mesmo por terem receio de serem estigmatizados, não procuram ajuda. A saúde psicológica das pessoas idosas passa (ou pode passar) por várias etapas: na melhor das hipóteses estamos a falar de perda de memória e estados confusionais e, na pior das hipóteses, de senilidade.

Além disso o bem-estar emocional, só é uma realidade se conseguirmos relacionar o sentir-se bem consigo próprio e a capacidade de conseguir lidar com a tensão na sua vida e principalmente com o sentimento de controlo que, como sabemos, normalmente não é tido em consideração, dado que na maioria das vezes tomamos as decisões pelas pessoas idosas.

c) Relativamente aos Aspectos Sociais, que se prendem com o facto de envelhecermos também num contexto social, isto é, envelhecermos em sociedade e de

¹⁴ O critério para iniciar o seu começo, não se pode reduzir apenas ao fator idade, mas também e apesar de não estarem definidos os critérios, poderá estar relacionado com fatores genéticos ou com fatores relacionados com as contingências de uma vida, que terão como consequência um melhor ou pior envelhecimento.

¹⁵ O funcionamento cognitivo-comportamental, no sentido em que compreende as atitudes intelectuais, a memória e a capacidade de aprendizagem no comportamento da pessoa.

¹⁶ A personalidade, é analisada no sentido em que as mudanças na personalidade dos indivíduos de idade mais avançada, podem estar intimamente relacionadas com uma nova condição, ou seja, com a possibilidade de ter mais tempo livre e ao mesmo tempo de sentirem alguma diminuição da responsabilidade.

acordo com o nosso contexto histórico e sociocultural. Por esse motivo, a velhice representa por si só um estigma socialmente construído¹⁷, umas vezes positivo, outras negativo, dado que o envelhecimento pode ser encarado como um período de mudança social e económica (Squire, 2005:29). A forma como lidamos com todas estas transformações, pode ser fundamental para determinar a maneira como se envelhece.

Para Fonseca (2005), “Os comportamentos adaptativos e a imagem de si próprio que se constrói ao longo deste processo devem ser interpretados também à luz dos contextos sociais de existência em que se evidenciam e de toda uma série de variáveis que se constituem como fatores determinantes para uma maior ou menor satisfação alcançada no decurso do processo de transição-adaptação. Estamos a pensar, concretamente, em fatores como a saúde, os rendimentos económicos disponíveis a existência de relações sociais e familiares, o estado civil e muitas outras variáveis (...)” (p:49).

Desta forma, podemos considerar que todos os comportamentos e formas de interagir se prendem também com a forma como cada um perspetiva e encara a sua velhice, e com o modo como esses fatores vão condicionar as relações sociais e profissionais que se vão estabelecendo com amigos, família, técnicos e sociedade em geral ao longo da vida. Podemos analisar e compreender todos estes comportamentos e sentimentos, se o considerarmos sob o ponto de vista de que as pessoas mais velhas que se sentem discriminadas, apenas desejam ser percebidas e identificadas como seres humanos, com direitos, deveres e necessidades que podem ser diferentes de acordo com a sua individualidade. Para além de todas estas alterações, é importante estarmos conscientes de que “os idosos são extremamente sensíveis e vulneráveis à opinião dos outros e à atenção que estes dão aos seus feitos e aos seus gestos” (Berger e Mailloux-Poirier, 1995:65).

Neste contexto, é importante salientar um outro comportamento ou atitude menos positiva relativa às pessoas idosas referida por alguns autores como, Berger e Mailloux-

¹⁷ A questão do emprego ou da fase da reforma vivenciada muitas vezes como um castigo, ou o início da morte, o isolamento social, o rendimento mensal mais baixo, são fatores que influenciam diretamente o reflexo do envelhecimento na nossa sociedade.

Poirier (1995:65), Viegas e gomes (2007:29) ou Marques (2011:18) que se prende com os conceitos de “Gerontofobia”¹⁸ e de “ageism”¹⁹.

Assim e “em todo o caso, é necessário que, quer os idosos, quer a sociedade envolvente, os ajude a envelhecer criativamente, não apenas desmistificando os diversos mitos ou estereótipos²⁰ (de improdutividade, de incapacidade, de degenerescência, de amargura, etc.), mas promovendo de todos os modos as suas capacidades e criando uma cultura de respeito pela ancianidade, ao mesmo tempo que cuidam mais da sua saúde física e psíquica” (Oliveira, 2008:31).

3. Definições e classificações da velhice

A fase da reforma, em termos sociais, pode ser encarada como um anúncio do início da velhice. A velhice está associada à reforma, “com o início da atribuição de pensões, as pessoas passam à idade de reforma apenas pelo facto de terem atingido a idade cronológica e não por motivos de perda ou diminuição das capacidades físicas ou mentais” (Squire, 2005:14). A reforma²¹ traduz-se em muitos casos, para além da mudança em termos societais, numa mudança do estatuto financeiro, dado que as pensões são na generalidade muito baixas. Como refere Squire (2005) “a idade cronológica, por si só, não tem que determinar a forma como uma pessoa se comporta ou é avaliada pelos

¹⁸ “Medo irracional de tudo quando se relaciona com o envelhecimento e com a velhice”.

¹⁹ Segundo Viegas e Gomes “... os processos sociais de marginalização e de construção de estereótipos pejorativos sobre a população idosa” (2007:29), isto é, discriminação com base na idade ou mesmo a infantilização relativamente aos idosos. Segundo Marques (2011: 18), o Idatismo (ageism), a que muitos autores desigam também por gerontismo, refere-se às atitudes negativas em relação ao indivíduo, baseados apenas no fator idade, neste caso com pessoas idosas.

²⁰ Assim, torna-se também pertinente apresentar a título de conclusão alguns Mitos e Estereótipos relacionados com a temática dos idosos:

a) A maioria dos idosos é senil ou doente; b) A maior parte dos idosos é infeliz; c) No que se refere ao trabalho, os idosos não são tão produtivos como os jovens; d) A maior parte dos idosos está doente e tem necessidade de ajuda para as suas atividades de vida diária; e) Os idosos mantêm os seus hábitos de vida, são conservadores e incapazes de mudar; f) Todos os idosos se assemelham; g) A maioria dos idosos está isolada.

²¹ Por outro lado, começamos a assistir a um fenómeno contraditório: se a tendência da idade legal de reforma, é esta ocorrer cada vez mais tarde, por outro lado assistimos a um acréscimo significativo de indivíduos mais jovens a querer reformar-se, muitas vezes à falta de melhor solução por não conseguirem emprego (vulgo situações de pré-reforma).

outros” (p:15). O envelhecimento pode ser também encarado como uma perda gradual da capacidade de adaptação ao corpo.

Segundo Pimentel (2005) “Os seres humanos, só porque envelhecem, não perdem necessariamente as suas capacidades, (...)” (p:40). De qualquer forma, convém sublinhar que o envelhecimento é um processo normal e que faz parte do percurso de vida de qualquer ser humano. Envelhecer deve ser encarado como mais uma etapa da vida. Naturalmente que é um processo único, multifacetado e que tem associado inúmeros fatores fisiológicos, sociais e psicológicos²².

É neste ponto que importa refletir o que é a velhice²³ e o que a determina. Quais os fatores, quais os conceitos inerentes a esta problemática. Assim é importante e pertinente, neste contexto, salientar que “as atitudes da sociedade face à velhice e aos idosos são sobretudo negativas e em parte são responsáveis pela imagem que eles têm de si próprios, bem como das condições e das circunstâncias que envolvem o envelhecimento. A velhice é tida como uma doença incurável, como um declínio inevitável e todas as intervenções empreendidas para a prevenir são votadas ao fracasso” (Berger e Mailloux-Poirier, 1995:63). No entanto, o maior erro ou o maior obstáculo com o qual nos confrontamos prende-se com o facto de considerarmos que os idosos são um grupo de pessoas homogéneo, ou seja, apresentando todos as mesmas necessidades, desejos, sentimentos²⁴.

Como nos indica Fontaine (2000), “A velhice é acompanhada por um forte aumento de heterogeneidade. Na verdade, não se deveria falar de velhice, mas sim de velhices. No quadro do envelhecimento normal, os especialistas distinguem velhice habitual de velhice bem-sucedida. Esta última é a conjugação de três categorias de

²² Estes fatores podem aparecer individualmente ou associados entre si. De qualquer forma variam de caso para caso dependendo da história de vida e de todo um conjunto de referências e valores. O desconhecimento e também a negação deste processo leva ao isolamento dos idosos, o que, em última instância, contribui em larga escala para o aceleração do processo de envelhecimento.

²³ Podemos apresentar o conceito de velhice tendo por base dois níveis: o nível social e o nível epistémico. No primeiro “ (...) focando as transformações sociais geradas na modernidade e que motivam um reposicionamento dos mais velhos no seio das relações de poder e autoridade; e ao nível epistémico, ou seja, da produção de conhecimento e, conseqüentemente, da própria construção da realidade” (Viegas e Gomes, 2007:29).

²⁴ É fundamental a consciencialização que cada vez mais têm que ser analisados caso a caso, pois os problemas são diferentes, as condições e as necessidades também são diferentes, e principalmente a forma como encaram e aceitam a velhice é diferente.

condições: a saúde, a manutenção de um elevado nível de funcionamento cognitivo e físico (velhice ótima) e a manutenção da participação social” (p:157).

Na mesma linha de pensamento, Viegas e Gomes (2007), afirmam: “Reconhecer esta diversidade constitui o primeiro passo para abordar o tema dos valores sociais da velhice” (p:27) e, acrescentam, “a vitalidade, atividade e empreendedorismo são valores construtivos de identidade que podem fomentar, por seu turno, a reintegração do envelhecimento e da velhice na experiência participativa no mundo social contemporâneo. Ou seja, constituem estratégias pelas quais a velhice deixa de ser conotada como retirada ou afastamento dos indivíduos da vida social” (p:28).

Neste contexto, importa referir a importância do conceito de envelhecimento ativo, que pretende em 1ª instância apresentar uma redefinição positiva da velhice, ou seja, desenvolver a ideia de que é possível envelhecer e manter uma as mesmas rotinas e atividades, sem necessidade de existir uma rutura radical, como se de uma outra pessoa se tratasse.

4. Envelhecimento e dependência

Os novos desafios colocados à sociedade relativamente ao aumento da longevidade remetem-nos para uma análise reflexiva, relativamente às questões com a saúde e a prestação de cuidados. Debruçando-nos sobre as questões da saúde, e considerando que se torna imperativo envelhecer de acordo com alguns parâmetros considerados “normais” ou seja, mediante a possibilidade de proporcionar condições para envelhecer com qualidade, apresentamos a definição de envelhecimento normal: “Representa as alterações biológicas universais que ocorrem com a idade e que não são afetadas pela doença e pelas influências ambientais” (WHO,2001).

Relativamente à questão da prestação de cuidados a exigência é cada vez maior, considerando que a idade avançada implica, na maioria dos casos, um maior risco de doenças e conseqüentemente de dependência, aumentando a necessidade de ajuda, apoio

e orientação. Neste contexto, podemos definir dependência²⁵ tal como está definida no decreto-lei n.º 101, de 06 de junho 2006. Neste decreto, a dependência é definida como a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e/ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades de vida diária.” Esta noção de dependência está relacionada com a incapacidade que o indivíduo manifesta para a realização de atividades básicas e por esse motivo necessita da ajuda de terceiros. Sequeira (2010) define também a dependência como “a incapacidade do indivíduo para alcançar um nível de satisfação aceitável relativamente às suas necessidades, pelo facto de se encontrar impossibilitado de adotar comportamentos ou realizar tarefas sem a ajuda de outros” (p:5).

Contudo não podemos falar de dependência sem focar também os conceitos de autonomia²⁶ e independência²⁷. Ao analisarmos estes conceitos, podemos considerar que na prática estes limites não são tão lineares. Efetivamente a questão não passa apenas por avaliar as situações como dependente ou independente, mas sim por se perceber e diagnosticar todas as capacidades e funcionalidade de cada cliente, “quando o envelhecimento está associado à dependência é fundamental criar as condições necessárias para que a assistência nas atividades de vida diária promova a dignidade do alvo dos cuidados” (Sequeira, 2010:XXI). É imperativo começar a sair dos referenciais que nos levam a pensar que todos os clientes/ idosos pensam da mesma forma, ou que por exemplo, na eventualidade de estarem acamados, já não têm autonomia ou vontade

²⁵ A dependência surge como uma limitação para a execução de determinada atividade, em termos da funcionalidade da pessoa. Não é mais do que a incapacidade do indivíduo por motivos patológicos ou acidente de realizar tarefas essenciais à sua sobrevivência. Neste caso, necessita de alguém que a ajude a compensar esse défice.

²⁶ A autonomia está diretamente ligada à capacidade das pessoas para gerirem a sua vida e tomar decisões. A autonomia “refere-se à capacidade percebida para controlar, lidar com as situações e tomar decisões sobre a vida quotidiana de acordo com as próprias regras e referências. Entende-se por autonomia a capacidade de cada um para cuidar de si, a capacidade de adaptação ao meio e ser responsável pelas suas ações” (WHO 2002). Outra definição de autonomia “significa consciência, capacidade e possibilidade relacional para tomar decisões a respeito de si e da sua relação com o mundo, de forma interdependente, num contexto sociopolítico-cultural e como sujeito social e político, com expressão da sua voz e respeito por ela” (Faleiros, 2013:36).

²⁷ A independência, segundo Sequeira, está relacionada com a capacidade dos indivíduos executarem as atividades de vida diária e de autocuidado. O que não significa que não possa existir uma dependência física e ao mesmo tempo autonomia, ou seja, “a dependência não implica uma alteração do funcionamento cognitivo e emocional” (Sequeira, 2010:5).

própria²⁸, “esta nova realidade implica a necessidade de se pensar em formas de assistência que promovam a manutenção da qualidade de vida do idoso, de preferência no domicílio, e que não sobrecarreguem a família, de forma a diminuir a sua vulnerabilidade física e psicológica”. (Sequeira, 2010:XXI).

Não é suficiente exigir que a família se responsabilize, e se adapte à nova realidade sem qualquer orientação ou suporte social. Vivemos numa constante contradição e acabamos por desperdiçar recursos existentes, uma vez que em muitos casos (como iremos falar mais à frente) não se tentam resolver os problemas de uma forma articulada, mas simplesmente se remete a responsabilidade para a família. As estruturas deveriam estar preparadas para períodos de adaptação e organização familiar. Ana Paula Gil (2007) refere o facto de que muitas vezes se reclamar a presença e participação da família no apoio aos mais velhos. Contudo, salienta que, na prática, não existem medidas que ajudem a conciliação entre vida familiar e trabalho, no que diz respeito a apoios financeiros, flexibilidade no trabalho ou em licenças de assistência à família mais alargadas de acordo com as necessidades. Por outro lado, e acrescenta, “não existe uma política que proteja todos aqueles que saem do mercado de trabalho, por livre iniciativa, para cuidarem a tempo inteiro. Remeter a dependência para as responsabilidades familiares, como tem sido tradição na esfera pública, implica prepara, formar, apoiar, acompanhar e supervisionar tecnicamente, os cuidadores que se confrontam com um caminho árduo; muitas vezes, ausente de apoios profissionais e de serviços de qualidade” (p:31).

4.1. Avaliar a dependência em idosos

Neste ponto podemos referir a importância do diagnóstico e análise de cada situação, tendo por base os instrumentos específicos de avaliação da pessoa idosa, que não são mais do que meios que nos permitem saber as capacidades efetivas de cada caso.

²⁸ A realidade mostra-nos que apesar de podermos estar dependentes (por um período limitado ou definitivo) os indivíduos continuam a ter capacidade de escolher e exercer o seu direito de participar e decidir sobre a sua vontade. Esse é a verdadeira autonomia e o verdadeiro exercício de cidadania.

Estamos então a falar de escalas de avaliação que nos ajudam a medir a funcionalidade, ou melhor, o grau de funcionalidade, isto é, permite-nos avaliar e verificar o que ainda se é capaz de fazer sem ajuda e o que já não se consegue fazer sem ajuda.

Estes indicadores são fundamentais até para se compreender a forma como devemos falar e motivar cada cliente na execução ou ajuda nas atividades instrumentais de vida diária. É fundamental percebermos que existem vários tipos de dependência, e que existem vários níveis de autonomia. Nada é standard ou analisado de uma forma igual para todos.

Quando se trabalha com pessoas, as situações não se conseguem perceber de uma forma linear. Nas ciências sociais, nem sempre se consegue trabalhar com fórmulas ou prever os resultados. Neste sentido, enumeramos das escalas existentes, as que mais se utilizam como meios de diagnóstico, na área do Serviço Social, uma vez que faz sentido falarmos sobre o tema.

Como refere Sequeira (2010), “A utilização de instrumentos de medida é fundamental para um diagnóstico rigoroso. Contudo, salienta-se que a utilização de escalas/índices não substitui a realização de uma entrevista para recolher dados mais subjetivos e mais específicos de cada caso, por vezes, fundamentais para o planeamento das intervenções e para a continuidade dos cuidados prestados” (p:42).

A avaliação geral do idoso tem como principal objetivo identificar quais as dimensões da pessoa que estão mais fragilizadas, isto é, quais são as necessidades de ajuda. Os pontos analisados prendem-se fundamentalmente com a audição, visão, comunicação, capacidade de aprender, mobilidade, capacidade de cuidar de si, capacidade de realizar tarefas domésticas, capacidade de relacionamento com os outros.

De acordo com Sequeira (2010), a avaliação pode ser organizada em cinco categorias: Estado funcional; saúde física; funcionamento psicossocial; recursos económicos e ambientais e qualidade de vida e bem-estar (p:44).

No que se refere aos instrumentos mais utilizados para perceber o nível de realização das atividades básicas de vida diária, podemos destacar o Índice de Barthel²⁹ e

²⁹ Avalia o nível de independência para a realização de dez atividades básicas de vida diária: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas.

o de Katz³⁰. São medidas as capacidades de execução de atividades como tomar banho, vestir-se, ir à casa de banho, entre outras que cada cliente consegue realizar, mediante uma escala que abrange os níveis independente, ajuda e dependência.

Relativamente às atividades instrumentais de vida diária, destacamos o índice de Lawton³¹, onde é possível analisarmos a capacidade de realização de tarefas domésticas, refeições, compras, arrumação e limpeza do domicílio, entre outras.

5. Promoção do envelhecimento ativo e da cidadania ativa

A OMS em 2002, na sequência da ideia envelhecimento saudável apresentou uma nova perspetiva, que corresponde à definição de envelhecimento ativo³². A análise é realizada de um ponto de vista mais geral, já que deixa de ser importante apenas a questão da saúde, mas também, todos os outros fatores económicos e sociais que passam a estar interligadas. Não basta analisar o ativo, o como estar fisicamente apto, mas também, perceber a importância da participação e do envolvimento, ou seja, o que leva a que as pessoas se apercebam das suas capacidades e de quais são as reais necessidades para a promoção do seu bem-estar.

A alteração demográfica a que assistimos pode então ser analisada de uma perspetiva positiva, se nos basearmos e dermos ênfase aos “potenciais dos grupos idosos” (União Europeia, 2012:3).

³⁰ Este índice, também conhecido por índice de atividades de vida diária, foi desenvolvido para medir o funcionamento físico de doentes com doença crónica (tomar banho, vestir-se, ir à casa de banho, transferir-se, controlar os esfíncteres e alimentar-se).

³¹ É um instrumento de avaliação que pretende medir a incapacidade e servir para planear e avaliar a intervenção nos idosos.

³² Sabemos que o envelhecimento é um processo natural do ser humano, e que a velhice se vai construindo todos os dias ao longo da vida. Ser velho não é ser inútil, aborrecido ou embirrento, é muito mais que isso. Ser velho é ter vivenciado toda uma vida. É ter experiência, é conhecer bem os outros e ser sabedor de muitas histórias. Esta ideia que começou a surgir de que o envelhecimento interfere com vários aspetos da vida das pessoas, alertou a sociedade em geral para a emergência de um novo conceito. Este novo conceito prende-se fundamentalmente com uma preocupação mais abrangente, no sentido em que existem outros aspetos igualmente importantes para o entendimento do que se pretende que seja o envelhecimento ativo ou bem-sucedido. Estes aspetos passam por, para além da situação da saúde, analisar os fatores socioeconómicos, psicológicos e ambientais.

Também a União Europeia no documento apresentado em 2012, Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações, refere que o conceito de envelhecimento ativo pode ser analisado em 3 aspetos:

a) permitir através da criação de incentivos e ofertas adequadas, a permanência de inúmeros idosos ativos no mercado de trabalho; b) facilitar a cidadania ativa, ajudando e possibilitando a contribuição de pessoas idosas, enquanto cidadãos e, c) possibilitar que os indivíduos se possam manter de boa saúde e vivam independentes enquanto envelhecem, podendo permanecer nas suas casas o máximo tempo possível.

Assim, “o envelhecimento ativo permite, pois, às pessoas reconhecerem o seu potencial para um bem-estar físico, social e mental durante todo o seu ciclo de vida, bem como promover a sua participação na sociedade através da garantia da necessária proteção, segurança e prestação de cuidados. Nesse sentido, a promoção do envelhecimento ativo exige uma abordagem multidimensional e a responsabilização e apoio permanente de todas as gerações” (Perista e Perista, 2012:7).

O processo de otimizar oportunidades, tendo como base a ideia que o mesmo é potenciador do aumento da qualidade de vida, e é encarado no caso do envelhecimento ativo³³ como um percurso de vida. Trata-se de um “processo que se estende ao longo de toda a vida e em que a história individual se constrói progressivamente e se materializa em resultados profundamente heterogéneos.” (Óscar e Paúl, 2011:2).

A questão do envelhecimento ativo³⁴ trouxe uma nova abordagem e alguma esperança para quem trabalha diariamente com estas questões. A nível individual, “o envelhecimento ativo deve ser fomentado através de ações capazes de dotar as pessoas de uma tomada de consciência acerca do poder e controlo que têm sobre a sua vida, a promoção de mecanismos adaptativos, de aceitação e de autonomia assumem-se como uma prioridade” (Óscar e Paúl, 2011:2). A um nível mais geral “a abordagem do

³³ O modelo de envelhecimento ativo, que a OMS defende, depende de alguns fatores, que denominam por determinantes. São elas de ordem pessoal, comportamental, económico, do meio físico, sociais e relativos aos serviços sociais e de saúde. Cada um dos determinantes e suas especificidades têm ajudado e alertado para a necessidade de implementação de novas políticas e novas formas de encarar o envelhecimento.

³⁴ O envelhecimento ativo remete para a ideia de cidadania ativa através das noções de participação, saúde e proteção, ou seja, uma política promotora do envelhecimento ativo deve assentar em três pilares essenciais: saúde, participação e segurança (WHO, 2002).

envelhecimento ativo reconhece a importância dos direitos humanos das pessoas mais velhas e dos princípios de independência, participação, dignidade assistência e autorealização estabelecidos pela Organização das Nações Unidas” (Óscar e Paúl, 2011:3).

Na mesma linha de orientação, é pertinente falar em cidadania, no sentido em que, “a cidadania é uma construção social dinâmica que se reporta ao conjunto de direitos e de deveres que um membro de uma comunidade ou sociedade possui enquanto tal.” (Pinto, 2001: 255). A cidadania pode dividir-se em três tipos de direitos:

a) Civis (direitos necessários à liberdade individual - justiça); b) Políticos (direito de participar no exercício do poder político); c) Sociais (direito a um mínimo de bem-estar económico e direito de participar ativamente na sociedade e reger-se pelos padrões sociais - sistema educacional e os serviços sociais).

Só poderemos participar e ser voz ativa, decidir sobre a nossa vontade, se formos tratados como cidadãos de direitos e nos for dada a possibilidade de aplicar e vivenciar o cumprimento desses direitos de uma forma plena. É fundamental fazermos uma referência à questão dos direitos, e dedicar algum tempo de reflexão, uma vez que se torna imperativo que todos os cidadãos, independentemente da sua condição, possam usufruir de forma igual dos serviços disponíveis, isto é, por em prática o princípio da equidade e da justiça social.

5.1. Autonomia e participação

A autonomia e a participação assumem um pilar base em qualquer fase da vida. Para o ser humano poder tomar as decisões de forma direta e consciente, materializa a sua essência enquanto pessoa de direitos e com especificidades. Podemos considerar que a autonomia está totalmente relacionada com a “capacidade funcional que permite controlar, lidar e tomar decisões pessoais sobre como se deve viver diariamente, de acordo com suas próprias regras e preferências” (WHO, 2005). Na mesma linha, a autonomia pode ser entendida como tal, se considerarmos o nível de integração em que

uma pessoa se encontra na sociedade, tendo por base as suas aspirações pessoais, traduzidos nos seus desejos, valores, objetivos, sentimentos e necessidades (WHO, 2005).

Pensar nos indivíduos enquanto potenciais agentes de mudança e mais especificamente da sua própria mudança, representou uma evolução significativa na consciência das pessoas.

O conceito de *empowerment* é consequência dessa evolução, uma vez que permitiu aos técnicos uma nova abordagem que concebe um novo olhar para intervenção social e a perspetiva de que existem decisões diversificadas, cada caso é um caso e deve ser analisado como tal. *Empowerment, ou empoderamento* pode ser definido como “Um processo de reconhecimento, criação e utilização de recursos e de instrumentos pelos indivíduos, grupos e comunidades, em si mesmos e no meio envolvente, que se traduz num acréscimo de poder – psicológico, sociocultural, político e económico – que permite a estes sujeitos aumentar a eficácia do exercício da sua cidadania” (Pinto, 2001:247), ou seja, é um trabalho contínuo de valorização pessoal e individual da pessoa para a pessoa³⁵.

Segundo Almeida (2007), o empoderamento tem como princípio central, na promoção da saúde, dar aos próprios interessados voz ativa para poderem definir as finalidades a priorizar e nesse sentido poder simultaneamente desenvolver competências e condições para que seja possível analisar de forma crítica as situações (p:21).

Podemos então referir que os conceitos de Autonomia e Participação estão interligados e, só poderão ser cumpridos na sua plenitude, se tivermos presente o conceito de Cidadania, isto é, se considerarmos os direitos sociais dos cidadãos.

Debruçando-nos no caso específico do SAD, a intervenção do serviço social só fará sentido, se o cliente tiver possibilidade de ter voz ativa na decisão de querer ou não ajuda, numa primeira fase e, posteriormente, que tipo de ajuda pretende.

³⁵ Neste sentido podemos referir que o *empowerment tem como objetivos:*

a) Permitir que grupos ou pessoas intensifiquem o conhecimento dos seus direitos e a participação; b) Fiscalizar os poderes estatais e locais; c) - Permitir a participação dos cidadãos na vida social, económica, política e cultural; d) Possibilitar uma distribuição equitativa dos recursos.

6. Respostas para o envelhecimento: o serviço de apoio domiciliário

Considerando o Despacho Normativo nº 62/99 de 12 de Novembro de 1999 - DR 265/99 – Série I-B, emitido pelo Ministério do Trabalho e da Solidariedade e a Portaria nº 38/2013 de 30 de janeiro que regulam e esclarecem quais os objetivos e princípios da resposta SAD, pode salientar-se que, na génese desta resposta social, surgem algumas preocupações que se consideram pertinentes explorar neste trabalho.

É referido na última Portaria³⁶ que “ as diferentes alterações que se têm verificado na Sociedade atual, sobretudo ao nível da organização familiar e da solidariedade intergeracional e social, conduzem um grande número de pessoas, em situação de dependência, a procurar no serviço de apoio domiciliário resposta para a suas necessidades básicas ou instrumentais de vida diária. O Despacho Normativo nº 62/99, de 12 de Novembro, que definiu as normas reguladoras das condições de implementação, localização, instalação e funcionamento do serviço de apoio domiciliário, não se mostra adaptado ao contexto atual, atendendo a que importa garantir aos cidadãos o acesso a serviços de qualidade cada vez mais adequados à satisfação das suas necessidades e expetativas, no respeito pelos direitos individuais.”

O Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) surge no âmbito das políticas sociais em Portugal, na década de setenta, no sentido de responder a uma franja da população cada vez mais significativa e que começa a não ter condições para responder à satisfação das suas necessidades sem ajuda de outrem. Trata-se de um serviço profissionalizado e que permite a permanência do individuo no seu meio habitual de vida, potenciando assim uma maior satisfação e motivação por parte do mesmo.

Representa uma resposta fundamental para quem necessita de apoio total ou parcial na realização das suas atividades básicas ou instrumentais de vida diária e, simultaneamente permite aos idosos permanecerem até mais tarde no seu domicílio, recorrendo à institucionalização apenas como último recurso.

³⁶ A portaria n.º 38/2013, de 30 de Janeiro, estabelece as condições de instalação e funcionamento do SAD e revoga o Despacho Normativo nº 62/99, de 12 de Novembro, que definiu as normas reguladoras das condições de implementação, localização, instalação e funcionamento do serviço de apoio domiciliário.

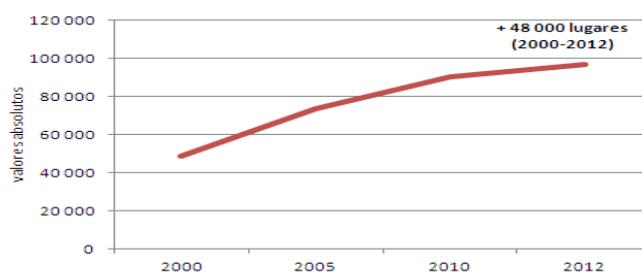
A realização das tarefas básicas e instrumentais de vida diária são fundamentais para um envelhecimento ativo com qualidade, no entanto, torna-se fundamental manter a tónica na capacitação e nos direitos, ou seja, é fundamental trabalhar o idoso numa perspetiva bio-psico-social. Ver a pessoa como um todo e não só focarmo-nos na questão da dependência ou na prestação de cuidados básicos³⁷.

Este tipo de serviços é efetuado no domicílio e procura “promover a autonomia, evitar/retardar a dependência; apoiar nas atividades de vida diária; promover estilos de vida saudáveis; prestar cuidados de saúde; melhorar as condições de habitabilidade; evitar o desenraizamento/manter laços; combater o isolamento e a solidão; fomentar a solidariedade;” (Ferreira, 2004:19). De acordo com o mesmo autor (op.cit) o SAD visa igualmente a prevenção e vigilância, possibilitando a manutenção de uma vida autónoma num ambiente próprio e familiar.

O SAD poderá representar um complemento ou mesmo uma substituição do apoio familiar no que concerne ao alívio da família na execução das tarefas mais desgastantes que perturbam a sua rotina.

Neste contexto, torna-se pertinente focar os números evidenciados na carta social 2012, relativamente ao SAD:

Figura 1.1 - Evolução da capacidade da resposta social SAD 2000-2012



Fonte: GEP-MSESS, Carta Social 2012

³⁷ Salientamos a importância da prestação desses cuidados, mas sublinhamos que a intervenção no domicílio vai muito para além disso. Em muitos casos, as equipas domiciliárias ocupam todos os espaços da vida do cliente, isto é, são a família, os vizinhos, os profissionais. É neste campo que reside a intervenção principal dos técnicos, é realmente estarmos disponíveis e sensíveis a todas as necessidades e eventualidades que vão surgindo a quem dedica diariamente a sua vida a trabalhar com idosos.

| Serviços de Apoio Domiciliário | | % |
|-----------------------------------|--------|-------|
| Portugal | 2 566 | 62% |
| Lisboa | 310 | 12,2% |
| Capacidade da Resposta Social SAD | | % |
| Portugal | 96 785 | 98% |
| Lisboa | 15 628 | 20,2% |

Quadro 1.1 - N° e capacidade dos serviços de apoio domiciliário

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados da carta social 2012

Relativamente à tabela apresentada, podemos referir que os SAD existentes em Portugal são 2566. Segundo a carta social, nestes últimos anos verificou-se um aumento significativo que representa 42 %, considerando o período entre 2000 e 2012 e traduz-se em mais de 2100 novas respostas. No que se refere ao SAD, este representa a resposta social da 3ª idade com maior crescimento, apresentando uma percentagem de aproximadamente 62 %, o que nos leva a considerar que cada vez mais se manifesta a importância e a expressão que o SAD desempenha na prestação de cuidados à população idosa, uma vez que permite a manutenção do mesmo no seu espaço habitacional e no seu meio habitual de vida.

De uma forma geral, as respostas sociais ligadas ao apoio da população idosa encontram-se por todo o país, no entanto, verifica-se uma maior concentração de valências nos concelhos com um maior índice de envelhecimento, assim como nas áreas metropolitanas de Lisboa e do Porto. Por esse motivo, as questões relacionadas com os direitos e com o respeito pela vontade começam a ter alguma visibilidade nas reflexões e no dia-a-dia dos profissionais que trabalham nesta área.

As questões iniciais centravam-se nas preocupações relacionadas com a regulamentação dos serviços, as instalações, as condições de admissão e objetivos, a equipa, a formação e outras questões mais direcionadas com a forma de organizar e implementar um SAD. Não obstante serem aspetos importantes, assiste-se na atualidade a um salto qualitativo nesta matéria. A execução das tarefas, ou o cumprimento das mesmas já não é suficiente. Não basta termos os requisitos formais para o funcionamento

das respostas, é fundamental conhecer os mecanismos e os reais recursos da Instituição, para que seja possível adequá-los à população alvo.

Torna-se emergente uma mudança de atitude e de mentalidades. Quem está numa situação de fragilidade, não tem que necessariamente estar numa posição de desvantagem social.

A consciência social pode ser inibidora no sentido em que não se consegue, em alguns casos, separar o senso comum da realidade e o que consideramos certo, nem sempre corresponde efetivamente ao que está certo.

Passamos muito tempo “a achar”, principalmente quando se trata da vida de outrem, mas o trabalho do SAD deve debruçar-se em conhecer e perceber a base e a essência deste tipo de resposta social, “apesar das profundas alterações que afetam a estrutura e a organização familiar, quer ao nível das relações de poder, da distribuição de papéis e das funções que desempenham, quer ao nível dos valores que condicionam as formas de organização e de interação, a família continua a ter um papel preponderante nas redes de solidariedade e na valorização das trocas expressivas e instrumentais entre os seus diferentes elementos” (Pimentel, 2005:14).

A essência deste tipo de serviço prende-se efetivamente como o conhecimento e interação com a família. Conhecer a sua história de vida, o seu percurso pessoal e observar todas as interações sociais a que está sujeito e como as vai gerindo no seu dia-a-dia.

Cada pessoa é um indivíduo com especificidades, e só conhecendo o seu todo é possível realizar um bom diagnóstico e adequar a nossa intervenção de acordo as necessidades e expectativas de cada cliente.

Síntese

Em termos demográficos e sociais, as questões do envelhecimento têm sido alvo de constantes mudanças, objeto de estudos e de muitas considerações relativamente ao impacto social e às exigências que este fenómeno vai trazer para as sociedades em geral.

É do conhecimento geral que o desenvolvimento a nível da saúde, do saneamento básico, da habitação, da alimentação, da cultura e do emprego têm potenciado o aumento

da esperança média de vida e têm permitido à generalidade da população viver com mais dignidade e durante mais tempo. Apesar desta mais-valia, este fenómeno tem-se revelado um peso social, uma vez que a natalidade está em crise e a família vai assumindo outras dimensões e outro lugar na vida das pessoas.

Hoje discutem-se os valores da família, e se efetivamente a família está ou não em crise, mas independentemente dessa questão, o importante é perceber que possivelmente as prioridades ou melhor, as perspetivas de vida³⁸, são diferentes.

Por outro lado, a sociedade contemporânea, tida como sociedade de consumo, rege-se por valores materiais, o que significa que tem como principal objetivo a rentabilização da produção, assente nos mitos do crescimento económico e do produtivismo, do qual resulta uma visão redutora do homem e da sociedade e, por esse motivo, privilegia os indivíduos em idade ativa, uma vez que se consideram ainda úteis à sociedade.

Toda esta pressão vivida e conhecida a nível social exerce efeitos negativos sobre os cidadãos, criando situações “stressantes”, geradoras de doenças e que de algum modo poderão diminuir a capacidade produtiva da pessoa em situação de fragilidade.

O idoso sem autonomia é rapidamente excluído do mercado de trabalho, e das funções de aquisição de produção, manutenção e transmissão de conhecimentos. Pensar no idoso como um ser de sabedoria, de conhecimento e de respeito está longe de ser a realidade atual.

Sendo assim, não será difícil prever que, nestas circunstâncias, o idoso apresenta uma predisposição para o isolamento e, ao isolar-se, tende a ficar com a sensação de que foi excluído pela sociedade e de que já não tem nenhum papel a desempenhar, sente-se completamente desprovido de sentido e gradualmente a fragilidade e a dependência vão tomar conta do seu dia-a-dia.

De qualquer forma, o grande problema que se impõe às sociedades modernas é não saber o que fazer com estes indivíduos de idade avançada. Neste cenário, o que nos é

³⁸ Hoje casa-se mais tarde ou não se casa. Vive-se até muito mais tarde em casa dos pais e depende-se financeiramente destes até muito mais tarde. A vida profissional e a carreira são levadas muitas vezes ao extremo e é considerada como primeira prioridade. Tem-se filhos cada vez mais tarde e conseqüentemente tem-se menos filhos. Os divórcios são também uma realidade das sociedades modernas, o que se traduz no aumento do número de famílias mono-parentais. O número de casais idosos aumenta e aumenta também o número de pessoas com idade avançada, a viverem isoladas.

permitido observar é que, tanto a velhice como o envelhecimento da população têm sido equacionados nos últimos anos, como uma patologia³⁹.

É urgente pensar na velhice ou no envelhecimento de uma forma mais consistente e mais precoce, ou melhor, pensar em como prepará-la ao longo da nossa vida, para mais tarde a vivermos com mais consciência, mais liberdade e mais qualidade.

É cada vez mais pertinente pensar no envelhecimento e vê-lo de uma forma transdisciplinar e multidimensional. Pensar que os seres humanos não são todos iguais, pensar que as necessidades são diferentes, pensar que para semear e colher temos que trabalhar. Não chega ambicionar algo, é necessário contribuir para todo o processo de uma forma participativa e eficaz. Não basta idealizar um envelhecimento ativo, é fundamental estar sensível e consciente das problemáticas, dificuldades, limitações incontornáveis da sociedade e ao facto de ser importante que os indivíduos comecem a preparar a sua velhice a nível global: social, cultural, físico, relacional e económico.

A sociedade em geral acaba também por ajudar a inculcar nos cidadãos esse sentimento de inutilidade. As pessoas vão perdendo os seus contatos e vão ficando mais distantes enquanto seres participativos e interventivos. Existem casos que ainda são exceção, uma vez que os idosos ainda se vão sentido úteis porque ajudam a cuidar dos netos, desenvolvem atividades de voluntariado ou ainda aproveitam para desenvolver projetos que estavam em segundo plano.

No entanto, quando a dependência se vai aproximando, as situações complicam-se. Neste contexto é importante (re) pensar todas as fases do envelhecimento e trabalhá-las, no sentido de se poder viver da forma mais positiva e mais intensa, em cada momento.

³⁹ A problemática do envelhecimento da população tem permitido a consciencialização e sensibilização para as questões que lhe estão inerentes, e para gradualmente repensarmos os valores e as formas de atuar com esta franja da população, cada vez a ocupar uma percentagem maior nas nossas sociedades. No caso português, podemos referir que apesar de todos os avanços sociais, económicos e culturais, a população idosa ainda apresenta muitas carências, nomeadamente a nível económico e social. Económico, se tivermos em consideração a média das pensões dos nossos idosos e social, se considerarmos todos os constrangimentos verificados no dia-a-dia, relativamente aos acessos à saúde, às respostas sociais, à informação e ao próprio tratamento/ encaminhamento das situações.

CAPÍTULO 2 - Serviço Social, Envelhecimento e Pessoas

Idosas

“Para tal o desenvolvimento profissional tem de preconizar, hoje mais do que nunca, um pensamento social crítico e coerente visando a criação e/ ou recriação de métodos de intervenção adequados aos contextos sociais, económicos, culturais e políticos onde se inscreve, bem como o desenvolvimento de práticas reflexivas que cruzem orientações analíticas e saberes profissionais.”

(Santos, Albuquerque e Almeida 2013:7)

1. Gerontologia e Serviço Social

Das culturas que valorizam e respeitam os idosos pela sua sabedoria, às culturas e ritmos de vida ocidentais que reservam aos idosos o estatuto de improdutivos e de inúteis, todas enfrentam a necessidade de cuidar dos seus idosos.

Na opinião da autora Berta Granja (2009): “a problemática dos idosos e do envelhecimento é definida, entre outros, por contornos políticos, económicos, culturais, psicossociais, médicos e humanos. É evidente, por outro lado, que o apoio aos idosos passa, incontornavelmente, pela sinergia entre a disponibilização de cuidados informais e os cuidados formais. Neste sentido as estratégias de intervenção terão de ser obrigatoriamente de carácter interdisciplinar, onde têm lugar os assistentes sociais e os gerontólogos, assim como os psicólogos, sociólogos e animadores sociais”(p:7).

A gerontologia surge como uma disciplina académica nos anos 90, no entanto como campo científico multidisciplinar surge bastante mais cedo. Berta Granja (2009), apresenta-nos a Gerontologia como uma disciplina que possui um tema central distinto, que corresponde ao estudo do envelhecimento humano na perspetiva do ciclo de vida. Será possivelmente esta especificidade que diferencia ou complementa a gerontologia e o serviço social, uma vez que “o exercício profissional dos assistentes sociais dirige-se para indivíduos, grupos e comunidades afetados por processos de vulnerabilidade social

gerados por problemas e carências múltiplas que resultam dos problemas sociais” (Granja, 2009:2).

O fenómeno do envelhecimento, em si mesmo, tem criado vários dilemas e incerteza na forma como corresponder às exigências inerentes a todo este processo, que envolvem fatores sociais, políticos e económicos. Provavelmente esta nova realidade social, para a qual ainda não estamos preparados para apoiar e acompanhar, colocou em aberto a possibilidade de surgirem novas áreas de investigação e intervenção, com o intuito de cobrir as necessidades que a sociedade nos coloca, e para a qual exige respostas. O Serviço Social, representado pela classe dos Assistentes Sociais, tem tido a preocupação de refletir e analisar a questão do envelhecimento como potenciador de novas oportunidades, quer ao nível da elaboração e criação de políticas sociais inovadoras e que vão ao encontro das reais necessidades das pessoas, quer ao nível da criação de novas profissões e oportunidades de trabalho. Neste sentido, “ o fenómeno demográfico do envelhecimento da população gera problemas de intervenção social a ele ligados como: responder aos problemas e desafios necessários para combater o isolamento social; fortalecer as redes relacionais primárias e secundárias; garantir a qualidade de vida dos idosos, afetada por problemas de fragilidade física e ou mental, a procura de manutenção da autonomia possível de vida sem perda de identidade pessoal e social; criar condições para estimular capacidades em declínio, bem como para desenvolver as existentes construídas pela experiência de vida.” (Granja, 2009:1)

Neste contexto, podemos apresentar 3 fenómenos sociodemográficos significativos, também referidos pela autora (op. cit) que surgem no campo dos idosos e do envelhecimento: o envelhecimento significativo (como já foi mencionado) da população; “a falência progressiva do sistema de cuidados informais baseado em laços de família, de amizade e de vizinhança”, e a “necessidade de desenvolver um sistema de prestação de cuidados formais aos idosos, baseados no conhecimento técnico e científico e executado por profissionais (cuidadores formais) que “substituam” ou complementem a ação dos cuidadores informais” (p:5).

Por outro lado, importa referir que o fenómeno demográfico do envelhecimento da população gera outros problemas nomeadamente no campo da intervenção social⁴⁰. Neste sentido, os Assistentes Sociais estão sob tensões identitárias diversas, uma vez que assistimos a mudanças constantes e muito diversificadas dos processos de formação; a uma “(des) regulação” e instabilidade dos sistemas sociais com que os profissionais interagem; a uma mudança acelerada dos problemas e das tecnologias profissionais e uma incerteza cada vez mais significativa nas trajetórias dos profissionais e da população com quem trabalham.

Desta forma, “ um novo modo de olhar, pensar e agir sobre o mundo, determinado por um conjunto de mutações complexas e relativamente imprevisíveis, de cariz social, económico, político e axiológico, posicionam o Serviço Social contemporâneo perante um conjunto de questões e de desafios associados, quer aos processos de trabalho e respetivas finalidades, quer às competências necessárias para a sua efetivação.” (Santos, Albuquerque e Almeida, 2013:7)

A realidade tem sofrido alterações e tem provocado alguma agitação de mentalidades. As adaptações e/ readaptações do que já se faz, revelam uma constante preocupação e reflexão sobre os procedimentos e a adequação dos mesmos às várias realidades.

2. Serviço Social: teorias e práticas

Relativamente ao Serviço Social, podemos dizer que “é uma disciplina científica no âmbito das ciências sociais, que tem como objetivo estudar e agir com vista à diminuição das condições de desigualdade, promovendo a justiça social e a cidadania” (Ribeirinho, 2013:178). O Serviço Social investiga e intervém ao nível das relações

⁴⁰ Salienta-se a necessidade de responder aos problemas e desafios para combater o isolamento social; fortalecer as redes relacionais e garantir a qualidade de vida dos idosos, tendo como objetivo “a manutenção da autonomia possível de vida sem perda de identidade pessoal e social” (Granja, 2009:6) e criar condições para estimular capacidades em declínio e desenvolver as existentes. Acrescenta ainda que o exercício profissional dos assistentes sociais está direcionado para indivíduos, grupos e comunidades que são afetados por processos de vulnerabilidade social gerados por problemas e carências múltiplas resultantes de problemas sociais.

sociais que configuram a estrutura e as dinâmicas de comunidades locais e de formações sociais mais vastas, e que ainda condicionam as condições materiais, culturais e relacionais da vida de grupos, de famílias e de cidadãos.

Neste sentido, “ o Assistente Social é tido como um profissional especializado na área das ciências sociais e humanas com capacidade de intervenção, planeamento e investigação e que atua em três níveis distintos: indivíduos, grupos e comunidade. Recorre a procedimentos especializados, como o diagnóstico ou a entrevista, e age com o propósito de identificar e resolver os problemas do indivíduo, grupo ou comunidade, adaptando-o e tornando-o útil à sociedade” (Amaro, 2012:113).

As origens do Serviço Social têm por base princípios humanitários e democráticos. As principais preocupações têm-se centrado, desde sempre, na satisfação das necessidades humanas e tem como principal objetivo provocar mudanças sociais e trabalhar para potenciar o bem-estar e a realização pessoal dos indivíduos, tendo como pano de fundo a justiça social. A *praxis e o bem-fazer* têm sido desde sempre preocupações norteadoras do Serviço Social.

Em relação ao conhecimento do S.S. em Portugal, Martins (2002) argumenta que a profissão sofreu alguns períodos conturbados, nomeadamente pelas conjunturas sociais e políticas e também pelas mentalidades um pouco deturpadas, uma vez que o Serviço Social foi durante muitos anos confundido com o Assistencialismo. A formação, a evolução e a afirmação do ensino da Profissão, Licenciatura e mais tarde com a possibilidade de conseguir frequentar Mestrado e Doutoramento, têm contribuído para uma melhor especialização e profissionalização dos Assistentes Sociais⁴¹.

Ao nível dos AS que trabalham com a população idosa, as exigências, a disponibilidade e até a flexibilização dos serviços, representa uma questão fulcral em todo o processo de intervenção, “pensar o Serviço Social hoje é sobretudo pensar as condições e os pressupostos inerentes à sua readequação e pertinência na sociedade contemporânea. O compromisso com a mudança, no sentido do desenvolvimento e da justiça social, e a abertura à inovação constituem-se, hoje mais do que nunca, como as pedras de toque de um Serviço Social capaz de se afirmar como elemento estratégico na

⁴¹ Já não passa só por ajudar os pobres ou os desprotegidos. A profissão atingiu um rigor e uma exigência que os Profissionais têm que conseguir acompanhar, uma vez que as sociedades, as famílias e as necessidades são diferentes e mais exigentes.

construção de sociedades alternativas, socioeconomicamente justas e equilibradas” (Santos, Albuquerque e Almeida, 2013:169).

A missão e os valores que norteiam a intervenção social são naturalmente, muito vinculados pela própria filosofia institucional onde o AS está inserido.

O humanismo faz parte da identidade do Serviço social. Por isso “os princípios da autonomia e da responsabilidade individual, do consentimento informado, da integridade, da proteção da sua vida privada, devem ser alvo de especial atenção, sobretudo nos casos das pessoas idosas em situação de maior dependência e /ou vulnerabilidade” (Ribeirinho, 2013:179).

De qualquer forma deverá ser da responsabilidade de cada profissional contribuir para a flexibilização dos serviços e para o trabalho em parceria, de forma a rentabilizar os recursos disponíveis na comunidade⁴².

Como trabalhamos com pessoas, o envolvimento é inevitável uma vez que também enquanto seres humanos, percebemos as limitações sociais e humanas que cada situação implica. Neste contexto, o principal objetivo da intervenção do Serviço Social na área da gerontologia, deverá ser “conhecer e transformar a realidade das pessoas idosas, contribuindo, em conjunto com outras profissões, para o bem-estar deste grupo populacional através de um sistema global de ações” (Ribeirinho, 2013:182).

A autora Ribeirinho (2013) acrescenta e completa este raciocínio: “ (...), o assistente social deteta, diagnostica e analisa as necessidades sociais das pessoas idosas, procurando não centrar-se apenas nas carências reais e/ou potenciais da pessoa idosa ou do seu meio numa visão tradicional da intervenção baseada num diagnóstico de dificuldades, problemas, necessidades e carências da pessoa e da sua situação. Situa-se também na capacidade de enfrentar/dar resposta a essa necessidade, e só depois propor soluções a partir dos recursos sociais existentes. Tal baseia-se no pressuposto de que a intervenção se centra na pessoa idosa, motivando-a à participação, para que seja protagonista nas intervenções sociais que lhe dizem respeito e não como um mero espectador ou recetor de serviços”.

⁴² Importa referir que o código deontológico e a ética profissional, que devem reger a intervenção do AS, representam uma ferramenta imprescindível em qualquer intervenção. Os dilemas surgem de uma forma inevitável e nem sempre se consegue separar razão e emoção.

O Serviço Social tem que estar preparado para os novos desafios que a sociedade vai lançando. Pois “a abordagem às identidades profissionais dos Assistentes Sociais afigura-se como uma tarefa relevante para a discussão dos fundamentos da profissão no contexto atual. Não sendo possível assumir a identidade profissional do Assistente Social como algo unívoco, unidirecional, com delimitações precisas e estático, entende-se que a(s) identidade(s) será(ão) o conjunto e traços comuns que agregam, fecham, produzem sentimentos de pertença e autorizam a que se distinga entre os elementos que fazem parte desse conjunto e os que lhe são exteriores” (Amaro,2012:96).

Os recursos são cada vez mais escassos e as necessidades cada vez maiores. Se, por um lado, evoluímos imenso na aplicação e definição dos conceitos e na forma como atuamos e como percebemos a realidade e os recursos disponíveis, por outro, encontramos-nos num impasse relativamente à possibilidade de responder a todas as solicitações, uma vez que nem o Estado, nem as Instituições têm capacidade de resposta.

Nesta conjuntura, “os assistentes sociais sentem a necessidade de afirmar o seu profissionalismo, desenvolvendo nesse caminho formas de agir mais rigorosas e sistematizadas” (Amaro, 2012:97).

Temos que ter cada vez mais a capacidade de enfrentar a realidade com clareza e não ter medo de assumir a verdade. Será um processo mais eficaz, do que deixar de fazer um encaminhamento de uma situação de forma célere e pouco clara, e deixarmos que as pessoas corram de serviço em serviço à procura de uma resposta ou de uma “luz”.

Torna-se fundamental uma mudança de mentalidades, “ considera-se que um dos principais desafios para o Serviço Social na transição civilizacional em que se encontra é, justamente, o de se contribuir como uma alternativa, em termos de visão teórica e prática interventiva, pautada por princípios éticos e por um olhar responsável sobre o mundo que cruze os níveis macro, meso e micro na ação e na reflexão e não esqueça a singularidade individual” (Amaro, 2012:94).

Assim é importante e fundamental, apesar de toda a diversidade, a uniformização de procedimentos e de modos de atuação, que permita aos cidadãos o acesso aos serviços e respostas existentes de uma forma equitativa.

3. Refletir a ação para a construção de uma prática reflexiva

Pensar e agir são duas dimensões diferentes, mas que se complementam. Ambas exigem reflexão e uma análise crítica, que nos transporta para uma outra dimensão de reflexão e que corresponde ao pensar no agir. O significado de refletir é a forma de fazer corresponder o estudo e o diagnóstico.

Segundo Payne (2002: 124) é uma forma de construir teoria a partir da prática ou melhor, refletir tendo por base as evidências que a prática nos transmite. No mesmo capítulo, o autor faz referência aos autores Boud e Knights (1996), que consideram que o processo de reflexão, está dividido em 3 fases: a) regressar a uma experiência; b) atender às sensações ligadas com a experiência; c) reavaliar a experiência pelo reconhecimento das implicações e consequências.

Estas fases incluem a ideia de reflexão na ação, isto é, enquanto os acontecimentos estão a decorrer e após a reflexão.

Na opinião destes autores, a reflexão deve ser baseada nas experiências pessoais. A experiência ajuda-nos a identificar quais os aspetos importantes em cada situação. O pensamento crítico leva à ação crítica, que forma a prática crítica⁴³. A prática crítica é então analisada como um círculo onde cada pensamento está interligado com a ação.

Segundo a Autora, Yolanda Guerra (2007) o que significa uma profissão social orientar-se por um projeto profissional crítico? “Em princípio podemos dizer que significa uma possibilidade (o que não quer dizer efetividade) de os profissionais tomarem consciência dos fundamentos (objetivos e subjetivos) sobre os quais a prática profissional se desenvolve, porque os projetos profissionais organizam-se em torno de um conjunto de conhecimentos teóricos e de saberes interventivos, de valores, princípios e diretrizes éticas e políticas, de orientações sobre o perfil de profissional que se deseja formar” (p:4).

⁴³ A prática crítica é um círculo no qual o pensamento está interligado com a ação. Brechin (2000) menciona 3 componentes para o sucesso de qualquer intervenção: ação crítica, reflexão crítica e análise crítica e acrescenta que apesar de diferentes, são componentes inseparáveis da prática crítica, uma vez que o pensamento crítico vai usar a experiência da ação e os resultados para formar mais pensamento.

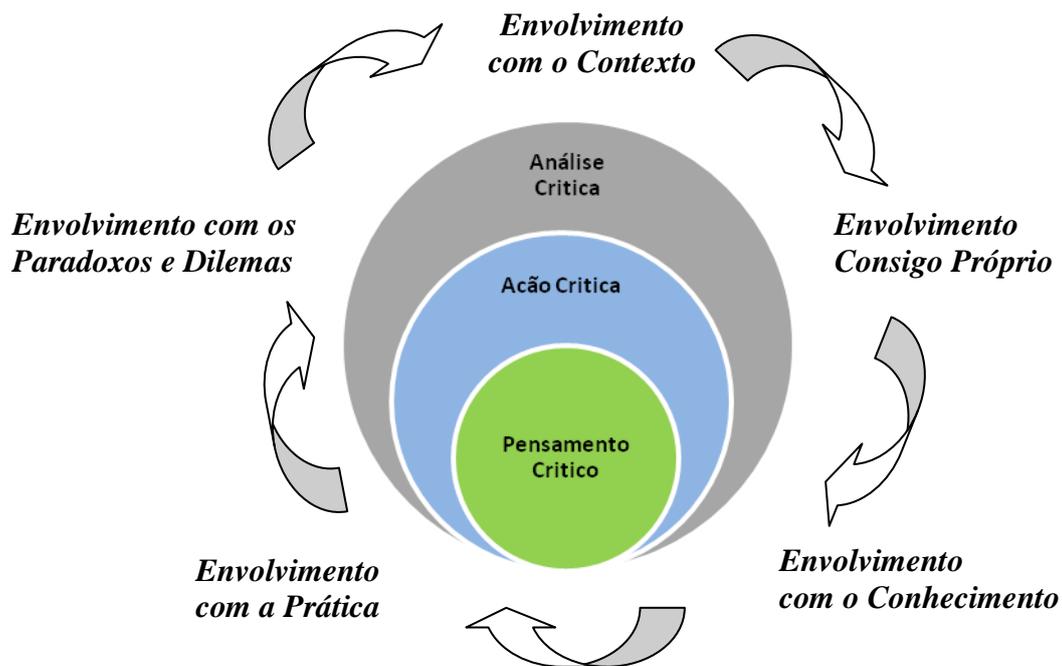


Figura 2.1 – Dimensões para uma Prática Crítica

Fonte: Elaborado pela autora

É ainda de salientar, segundo a mesma autora (op. cit), a importância das diretrizes que permitem orientar as bases normativas, os valores, as referências metodológicas para a intervenção e a postura do profissional quer internamente, quer em relação à sociedade em geral. Acrescenta também a ideia que é fundamental a construção de perfis profissionais, ou seja, “o profissional que conhece as suas competências e imprime qualidade técnica às suas ações com uma direção crítica clara e consciente, visando a defesa permanente dos direitos sociais e humanos” (p:4).

Neste contexto é importante falarmos nas dimensões principais para o desenvolvimento de um prática crítica e/ou reflexiva.

Adams (2002:84) reflete sobre o tema e identifica alguns aspetos a ter em conta para o desenvolvimento de uma prática crítica eficaz. Para tal refere a necessidade de envolvimento com o contexto.

O profissional torna-se um pesquisador crítico, isto é, começa a relacionar as situações particulares e as estruturas existentes. Tenta perceber como o poder opera

relativamente às ideologias que preconiza. Para tal é necessário valorizar o saber da prática e o saber acadêmico, perceber quais as suas competências e vocações e qual o papel de ser crítico.

O envolvimento consigo próprio, isto é, o profissional como parte integrante do processo de intervenção, deve conhecer-se para poder ajudar os outros e se envolver de uma forma profissional, ou seja, conseguindo criar empatia e neutralidade. O envolvimento com o conhecimento, no sentido em que é importante a atualização de conhecimentos (formação ao longo da vida), consubstancia que as teorias não são prescrições para a prática, mas permitem compreender as ações.

Nesse sentido é importante desenvolver e utilizar a reflexão, manter a autocrítica e uma análise crítica das situações. O envolvimento com a prática, ou seja, utilizar o entendimento empático para compreender o cliente, traduz-se em trabalhar com uma finalidade e promover a mudança. O envolvimento com os paradoxos e dilemas, uma vez que na prática profissional nos deparamos com incertezas, reforça que a apreciação não é suficiente, é necessário desenvolver estratégias para lidar com essas situações.

Devemos trabalhar também no sentido de ter a capacidade de mostrar que não existe “a solução perfeita”, podendo existir vários caminhos ou várias formas de chegar ao objetivo. Por esse motivo, torna-se crucial o envolvimento com a formação contínua e desenvolver abordagens criativas para melhor lidar com as incertezas, isto é, construir estratégias que procurem a homogeneidade relativamente aos valores e posturas e nos permitam desenvolver projetos que nos indiquem o que fazer, quando e como, de forma a desenvolver uma intervenção mais crítica e mais qualificada.

4. Princípios e valores: a ética em ação

Qualquer profissão que trabalhe com seres humanos tem de ter atenção às questões éticas e deontológicas das situações. Se pensarmos no termo ética como o estudo das normas de comportamento, estaremos a falar num sentido muito amplo, mas a

ética é muito mais que isso⁴⁴, considerando que “ nos últimos anos tem-se verificado que a ética profissional se tem centrado na articulação de princípios morais de ação e a sua utilização na tomada de decisões e na justificação de ações com argumentos racionais por dedução, partindo de princípios gerais e regras derivadas aplicando-as a casos particulares” (Banks e Nohr, 2008:12).

Neste sentido importa enquadrar a ética, enquanto parte integrante da vida humana. Todas as nossas atividades ou ações têm sempre subjacente uma carga moral, ou seja, todas as nossas atitudes são sempre avaliadas e definidas segundo a nossa realidade: certo/errado; bem/ mal; permitido/proibido. Por esse motivo apenas o ser humano tem possibilidade de escolher, agir e refletir sobre a sua ação, ou seja fazer ética⁴⁵. Contudo este conceito não é linear, nem fácil de definir, uma vez que existem diferentes definições ou correntes de pensamento que tentam situar-nos quando estamos a falar em ética e principalmente na capacidade crítica dessa mesma ética⁴⁶.

Podemos então considerar a ética, como a ciência do comportamento moral dos homens em sociedade por um lado e, como o conjunto de normas, de comportamentos e formas de vida, que vão permitir realizar o valor do bem, por outro⁴⁷.

Na opinião de Fialho e Pontes (2004) os pressupostos da ética, remetem-nos para uma tentativa de encontrar o lugar do homem, bem como a reflexão sobre os seus atos, comportamentos, crenças e suas intenções⁴⁸ (p:185).

⁴⁴ Na opinião de Banks e Nohr, (2008:12), a preocupação não se centra apenas na aplicação de princípios éticos gerais ou na utilização de argumentos para tomarmos decisões ou justificarmos as ações profissionais. A preocupação estende-se também ao nível das emoções, no sentido de saber de que modo os profissionais consideram os detalhes sobre situações complexas, e qual o papel desempenhado por qualidades morais tais como o cuidado, a compaixão e a atenção.

⁴⁵ Quando falamos em ética, pensamos num comportamento ou forma de agir, que pressupõe sempre um modo correto e aceite socialmente, isto significa que se traduz na forma demonstrativa do que se deve fazer.

⁴⁶ Segundo Sanchez-Serrano (2004:127), a palavra ética provém do grego *ethos*, que significa lugar onde se vive, casa, e que posteriormente adquiriu um novo significado, passou a ser entendida como carácter, modo de ser.

⁴⁷ Alguns autores consideram a ética o conjunto de conhecimentos que aplicados ao agir humano de forma consciente e deliberada, promove o processo de autoeducação visando a máxima realização do homem.

⁴⁸ Todos nós agimos em conformidade com as nossas expectativas, isto é, com o que pretendemos atingir, com os nossos objetivos.

Neste contexto, a finalidade da Ética será orientar a prática. São as nossas práticas do dia-a-dia que nos fazem ponderar o nosso comportamento e as nossas ações, o que pressupõe sempre uma ação de reflexão⁴⁹.

Nesta perspectiva, a abordagem ética, costuma centrar-se na pergunta “Que devo fazer?”, querendo com isto sublinhar que apenas ao ser humano é dada a oportunidade de escolher, agir e refletir sobre a ação, ou seja, que a ação humana se distingue da ocorrência necessária de determinado efeito quando se coloca a causa.

A possibilidade de querer é a característica fundamental inerente a toda a ação humana, e por isso representa um elemento vital na produção da realidade social. Segundo Fialho e Pontes (2004) os fundamentos da ética são sociais e históricos, isto é, só o homem pode agir eticamente, pois só ele é capaz de agir com consciência e liberdade (p:185).

Deste modo, para saber quais são os fundamentos da ética, é necessário entender os fundamentos do homem, isto é, perceber o que faz dele um ser único e específico. Estas capacidades, são criadas pelo homem ao longo da sua vida, e por esse motivo se diz que o homem é criador de si mesmo e que a história é esse processo de autocriação.

A ética permite-nos criar ou julgar as nossas ações. Desta forma, coloca-nos o desafio de responsabilização do próprio sujeito, não tendo uma resposta ideal estipulada. Existem princípios fundamentais e, a partir desse pressuposto, cada um toma as suas decisões e escolhe o seu caminho.

Por outro lado, a deontologia leva-nos para o “obrigatório”, o “dever”, o que é adequado, isto é, o código regulador dos direitos e deveres de uma profissão.

Este conceito pode significar, segundo os autores Sarah Banks e Kirsten Nohr: (2008:11) Normas e padrões particulares e/ou Sistema de normas e padrões.

A ética é o estudo das normas e padrões de comportamento das pessoas relativamente ao que está bem ou mal, certo ou errado.

⁴⁹ A pergunta de qualquer ação humana, ao nível da avaliação e constante questionar sobre a forma como atuamos, é a pergunta que, intuitivamente, todos os seres humanos colocam a respeito de si mesmos ou de outros como sujeitos.

Segundo os mesmos autores (op. cit.) existem três subgrupos, que nos podem ajudar a classificar melhor os significados da ética⁵⁰. Podemos então considerar que a ética pode ser definida como o estudo dos juízos de apreciação, no que se refere à conduta humana que, como tal, é sempre susceptível de avaliação.

Assim, na ética profissional, Sarah Banks apresenta teorias ou abordagens que permitem repensar a ação e atuação considerando os princípios base em qualquer intervenção⁵¹.

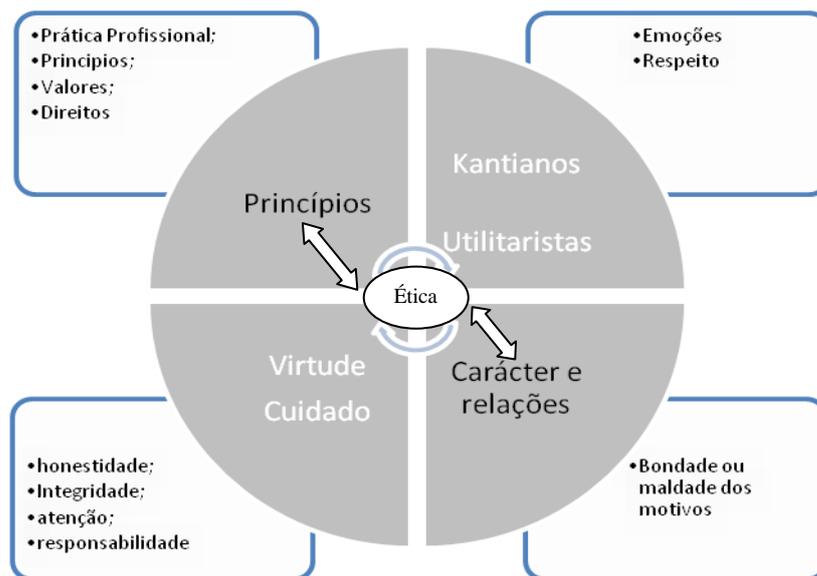


Figura 2.2 – Teorias da Ética

Fonte: Elaborado pela autora

⁵⁰ Sendo assim, a ética pode dividir-se em:

Meta-ética – que corresponde ao estudo e análise dos significados dos conceitos morais (bem ou certo);

Ética normativa – que tem como objetivo responder às questões morais, considerando o que é certo ou errado e analisar de acordo com a situação;

Ética descritiva – que corresponde efetivamente às opiniões morais e crenças das pessoas.

⁵¹ Nesta perspetiva a ética pode ser dividida em:

1. Ética baseada nos princípios:

a) Princípios “Kantianos”, que têm por base o respeito pelas pessoas, a autodeterminação dos clientes e o respeito pela confidencialidade; b) Princípios utilitaristas, que se centram na promoção e na justa distribuição do bem-estar/bens;

2. Ética baseada no carácter e nas relações:

a) Ética da virtude, que tem como princípios reguladores a honestidade, a compaixão e a integridade e trabalha fundamentalmente o desenvolvimento do carácter, das virtudes e da excelência; b) Ética do cuidado, centrando-se na importância das relações particulares, que envolvem cuidado, atenção e responsabilidade.

Relativamente às teorias da ética apresentadas e tendo por base o contexto profissional, podemos ainda acrescentar que, dentro do conceito de ética baseado nos princípios, a ética “Kantiana”, preocupa-se fundamentalmente com princípios como o respeito pelas pessoas, isto é, “ a pessoa individual é intrinsecamente merecedora de respeito unicamente porque é uma pessoa, independente de gostarmos ou não dela, de nos ser útil ou ainda de ter tido para conosco um comportamento inadequado” Banks e Nohr, (2008:16). Esta filosofia de Kant, transporta-nos para questões como a importância de tratar os outros seres humanos como alguém que também tem objetivos, escolhas e desejos e não como meros meios para chegar aos nossos fins. Dentro da mesma linha de pensamento, destacamos também a importância do princípio do respeito pela autonomia, considerada, neste contexto sob o ponto de vista de liberdade de escolha⁵².

Por seu lado, a ética utilitarista, dá-nos outra perspectiva. Esta corrente de pensamento mostra-nos que o valor moral de uma ação é medido pelas consequências da mesma, ou seja, uma ação é considerada correta se produzir maior equilíbrio do bem sobre o mal. “Isto significa que a ação correta é aquela que produz o melhor bem ao maior número de pessoas” (Banks e Nohr, 2008:16). A ética com base na relação leva-nos para um outro patamar, ou seja, a ética da virtude considera que uma ação está correta se for desempenhada por alguém virtuoso. A virtude tem um peso significativo, basta apenas definir quais são as características que vão ser consideradas. Finalmente na ética dos cuidados, o que é mais importante é a responsabilidade em relação ao dever. Dão mais ênfase às relações do que aos princípios.

É importante salientar que “nas profissões do trabalho social trabalhamos com muitos clientes ou utentes dos serviços sendo, por isso, importante que os tratemos corretamente, sem favoritismo ou preferências pessoais. Por outro lado, trabalhamos frequentemente com pessoas muito vulneráveis que apresentam problemas específicos e que estabelecem uma relação de confiança com os profissionais. Torna-se, por isso, importante ter em consideração as circunstâncias únicas da vida de cada um, expressar preocupação e até compaixão, bem como estabelecer empatia por forma a honrar a

⁵² Todos os nossos comportamentos ou ações são realizados de acordo com a vontade do próprio e ao mesmo tempo avaliados. Por esse motivo, todas as ações desenvolvidas devem, segundo esta perspectiva, desenvolver-se de acordo com o dever, ou seja, como a preocupação moral do que está certo.

confiança depositada em nós pelas pessoas com quem trabalhamos” (Banks e Nohr, 2008:13).

Este facto deveria implicar uma maior preocupação no exercício de qualquer ação seja ela profissional ou social, no entanto, essa preocupação nem sempre norteia a ação humana, é inevitável não focar novamente os valores, a moral e as condutas de vida pelas quais os seres humanos, enquanto seres sociais se regem e interagem, ou seja, quais os seus direitos⁵³.

⁵³ A importância da abordagem jurídica nesta matéria, prende-se essencialmente com o facto das pessoas idosas serem sujeitos de direitos e decisores ativos na expressão da sua vontade, no entanto, é do conhecimento geral que não existe na categoria do Direito, nada específico para as pessoas idosas, apenas os direitos das pessoas em geral decorrentes da sua qualidade de ser humano.

A Declaração Universal dos Direitos do Homem, no Artigo 1º refere que: *todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade.*

Na Constituição da República Portuguesa, também se mencionam artigos relacionados com os direitos dos cidadãos em geral, e dos idosos em particular, a salientar: artigo 13º - Princípio da igualdade:

1. *Todos os cidadãos têm a mesma dignidade social e são iguais perante a lei.*

2. *Ninguém pode ser privilegiado, beneficiado, prejudicado, privado de qualquer direito ou isento de qualquer dever em razão de ascendência, sexo, raça, língua, território de origem, religião, convicções políticas ou ideológicas, instrução, situação económica, condição social ou orientação sexual.;*

Artigo 72º - Terceira idade

1. *As pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem e superem o isolamento ou a marginalização social.*

2. *A política de terceira idade engloba medidas de carácter económico, social e culturais tendentes a proporcionar às pessoas idosas oportunidades de realização pessoal, através de uma participação ativa na vida da comunidade.*

Na mesma linha de pensamento, os Princípios das Nações Unidas para as Pessoas Idosas, na Resolução 46/91, aprovado na Assembleia Geral das Nações Unidas em 16/12/1991, estabelece como direitos para os idosos: **Independência:** a) Permitir ter *acesso* à alimentação, à água, à habitação, ao vestuário, à saúde; b) Poder ter a oportunidade de trabalhar ou ter acesso a outras formas de ter rendimentos; c) Poder escolher quando se deve afastar do mercado de trabalho; poder ter acesso à educação e a programas de qualificação e requalificação profissional (como existe nas camadas mais jovens); d) Poder viver em sua casa enquanto tiver vontade; **Participação:** De forma a estar integrado na sociedade e a participar ativamente na formulação e implementação de políticas que possam contribuir para o bem-estar dos mais velhos; poder prestar serviços à comunidade, trabalhando como voluntário, de acordo com seus interesses, capacidades e desejos; **Assistência:** a) Ter assistência e proteção da família e da comunidade, tendo em consideração os seus valores culturais; b) ter acesso à assistência médica para manter ou adquirir o bem-estar físico, mental e emocional, prevenindo o aparecimento de doenças; c) poder ter possibilidade de aceder a meios apropriados de atenção institucional que lhe proporcionem proteção, reabilitação, estimulação mental e desenvolvimento social; d) ter acesso a serviços sociais e jurídicos que lhe assegurem melhores níveis de autonomia, proteção e assistência, e também poder, enquanto residente numa instituição, ter os cuidados necessários, o respeito pela sua dignidade, crença e intimidade. Deve ainda ter o direito de tomar decisões quanto à assistência prestada pela instituição e à qualidade da sua vida; **Auto-Realização:** Aproveitar as oportunidades para o total desenvolvimento das suas potencialidades e ter acesso aos recursos educacionais, culturais, espirituais e de lazer disponíveis na sociedade e **Dignidade:** Ter o direito de poder viver em segurança e com dignidade, sem ser objeto de exploração e maus-tratos físicos e/ou mentais. Ser tratado com justiça, independentemente da idade, sexo, raça, etnia, deficiências, condições económicas ou outros fatores.

5. Deontologia profissional

Muitos autores definem a ética profissional, como um conjunto de normas de conduta que devem ser postas em prática no exercício de qualquer profissão: é um instrumento regulador do exercício profissional.

Logicamente que a ética, uma vez que está inerente à vida humana, e como tal se evidencia muito particularmente na vida profissional, remete-nos para duas dimensões: a responsabilidade individual e a responsabilidade social.

Como Serafim (2004) argumenta, a compreensão que o profissional tem que ter para com o cidadão/cliente, exige uma intervenção que tenha por base o respeito, a tolerância e a aceitação de uma cultura do interconhecimento, na perspectiva de que o exercício profissional deve assentar numa base comum e firme (...), que permita o diagnóstico, a avaliação e o planeamento de situações problema e possibilite um trabalho continuado e de qualidade com indivíduos, grupos, organizações, instituições, ao nível da conceção, avaliação e desenvolvimento de medidas de política social, em coerência com os princípios exigidos pela profissão de Assistente Social (p:27).

Um dilema ético surge quando o profissional se depara com situações de conflito entre os seus valores e deveres profissionais, tendo que definir o que fazer, como agir, decidindo qual dos valores/deveres tem precedência ou assume primazia⁵⁴.

Tendo em conta que os Assistentes Sociais orientam a sua intervenção para a satisfação das necessidades humanas e para a garantia dos direitos humanos, podemos dizer que, trabalham para o bem-estar e realização do ser humano e, nessa perspectiva, tem que existir uma consciência ética muito presente na intervenção. O Código Deontológico de Serviço Social (1993) é um bom exemplo disso, dado que contempla e reconhece valores como o respeito pela vida, a dignidade do ser humano, a autodeterminação, a participação ativa, a não discriminação, a justiça e a responsabilidade social, como essenciais para uma prática profissional de qualidade.

⁵⁴ Não existe nenhuma fórmula que permita, facilmente, solucionar esta situação, no entanto, a existência de códigos deontológicos poderá ajudar a encontrar a forma mais adequada de agir.

Não podemos negar que a intervenção social deve estar em sintonia com os valores éticos e com algumas características essenciais para o exercício profissional: responsabilidade, lealdade, iniciativa, honestidade, sigilo, competência, prudência, coragem, perseverança, compreensão, humildade, imparcialidade e otimismo. Neste contexto é pertinente falar em Deontologia⁵⁵, uma vez que a mesma toma como objeto do seu *discurso* sobre o "a-fazer" aquilo que, por dever, se nos impõe como tarefa indeclinável, quer enquanto projeto, quer enquanto realização concreta⁵⁶.

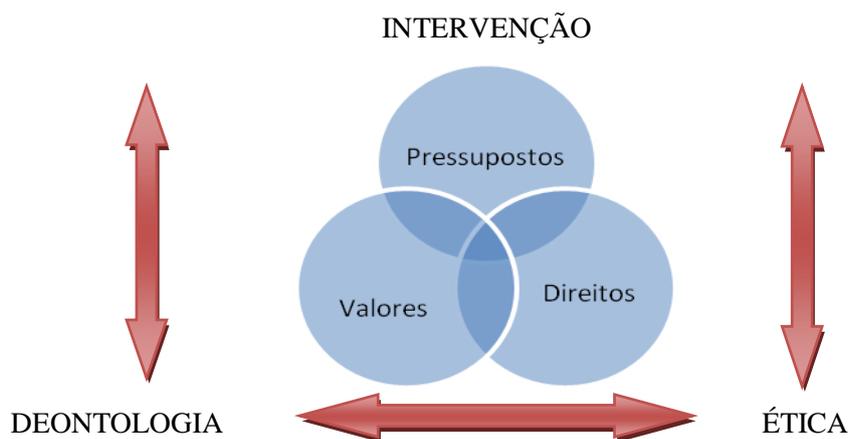


Figura 2.3 – Intervenção Social

Fonte: Elaborado pela autora

⁵⁵ Usada pela primeira vez por Jeremias Bentham no título de um tratado de moral, publicado postumamente em 1834: *Deontology or the science of morality*. Do ponto de vista etimológico, diremos que se compõe de duas palavras gregas: *déon*, *deontos* que significa "o que se deve fazer", ou seja, aquilo a que, por dever, somos obrigados a realizar; e *logos*, isto é, discurso ou tratado, ou seja, a deontologia não é mais do que o *discurso ou tratado acerca daquilo que se deve fazer*.

⁵⁶ Na perspectiva atual, entende-se a Deontologia como:

a) Código de direitos e deveres num âmbito concreto de ação;

A deontologia implica, um conhecimento detalhado de todas as ações inerentes à prática profissional, no que se refere às competências que ela exige e à rede de relações que lhe está associada.

b) Reflexão crítica sobre esse código;

O trabalho de sistematização de normas de natureza legal, leva-nos a uma exigência de reflexão sobre o sentido das mesmas, ou seja, a deontologia não pode limitar-se à apresentação de comportamentos estereotipados e sua repetição mecânica, mas exige uma análise crítica das suas eventuais potencialidades para gerar situações de promoção do bem da pessoa não só em campos específicos (ao nível biológico, psicológico, social, afetivo, cultural, moral, etc.), mas na sua globalidade, como sistema holístico.

c) Reflexão dinâmica sobre esse código;

Qualquer desajuste que o trabalho de reflexão venha a revelar implicará, da parte do indivíduo, uma atitude criativa de transformação da realidade, que passa pelo aperfeiçoamento de comportamentos e estruturas base.

d) Procedimento ético concreto num âmbito delimitado.

A atuação concreta do indivíduo em cada situação da sua vida profissional, exige uma capacidade de discernimento, no sentido de saber fazer as suas opções e de justificar os seus comportamentos de modo consistente e coerente, não em função do seu bem próprio, mas em última instância da comunidade envolvente.

A intervenção reside na capacidade de gerir todos os recursos disponíveis, tendo sempre como base os pressupostos e finalidades da intervenção, nomeadamente responder às questões: Para quem? Porquê? Com que objetivo? Ter presente que todos os indivíduos têm direitos, liberdades e garantias e que ao mesmo tempo têm crenças, valores e desejos. Assim é importante adequar a nossa intervenção de acordo com as necessidades e expectativas de cada cliente e ter sempre presente a ética e deontologia profissional, em cada atitude, comportamento e decisão.

6. Serviço Social e intervenção com idosos

Debruçando-nos sobre este ponto, podemos começar por referir que, “pensar o Serviço Social hoje não se compadece com as exigências processuais e os pressupostos teóricos de uma intervenção centrada no aqui e agora, imediatista e reprodutora do *status quo* tanto dos público-alvo, como das organizações e dos parceiros” (Santos, Albuquerque e Almeida 2013:176).

Segundo Mouro (2013) a intervenção com idosos materializa-se em ações cuidadoras e protetoras e, ao nível do envelhecimento, a intervenção baseia-se numa diferenciação dos cuidados e das respostas sociais alargando o seu âmbito para o exercício da pedagogia social e da educação para a saúde (p:29).

No que se refere à organização das respostas sociais, que vão nortear as políticas de intervenção ao nível do envelhecimento, podemos apresentá-las como oriundas do poder político ou por organismos não-governamentais que são criados por atividades ou dinâmicas que podem estar associados a: “processos associativos de idosos com a finalidade de providenciar as respostas em conformidade com os seus interesses (centros de atividades, centros de noite, centros residenciais); respostas criadas na comunidade por via do poder local, tal como centros comunitários, a partir dos quais se cria a possibilidade de serem desenvolvidas atividades de interesse coletivo e interesses individuais que promovam as relações de vizinhança e laços sociais da comunidade; dinâmicas de ativação de organismos sociais já existentes na comunidade, capazes de promoverem projetos de intervenção social sob a sua responsabilidade ou em parceria

com outras entidades locais, que tenham como missão, não só a promoção de uma vida ativa, como também a constituição de redes de entre ajuda comunitária” (Mouro, 2013:30). A autora (op. cit.) avança ainda com a ideia de que as respostas sociais podem ser divididas em 3 patamares: respostas humanitárias, onde se podem integrar as visitas domiciliárias efetuadas por voluntários ou entidades; respostas convencionadas, onde podemos incluir a institucionalização temporária ou permanente em lares, cuidados continuados ou paliativos e serviços de apoio domiciliário e respostas direcionadas, onde se incluem todos os serviços que possam permitir ou potenciar o adiamento da institucionalização e promover o envelhecimento ativo.

De qualquer forma em termos da intervenção propriamente dita do Serviço Social com idosos podemos acrescentar, considerando todas as especificidades já apresentadas do que representa trabalhar com esta população e quais as exigências inerentes à intervenção, que é inevitável não dedicar alguma atenção ao lado profissional do Assistente Social e ao seu código de ética.

Apesar de termos presente a forma como deveríamos conduzir um processo, o mesmo nem sempre pode ser desenvolvido de acordo com aquilo que se considera “a situação ideal”, uma vez que devemos estar conscientes que “a ação do Serviço Social é influenciada pelas orientações da política consubstanciada na ação estratégica das organizações. (...)O coordenador tem uma relativa autonomia na organização da resposta e na intervenção direta com os sujeitos e familiares” (Carvalho, 2012:357).

No entanto, e como já foi referido, a autonomia é sempre relativa, uma vez que direta ou indiretamente estamos condicionados às Respostas Sociais já existentes e que em si mesmas, apresentam normas e regras já definidas.

Neste contexto é importante salientar que, em termos da intervenção propriamente dita dos Assistentes Sociais, existem alguns constrangimentos importantes que são pertinentes analisarmos, uma vez que se materializam em muitos casos como dilemas éticos:

- O facto de diversas vezes os profissionais serem “apanhados” no meio de conflitos de interesse;
- O facto das funções dos profissionais serem de ajuda e de controlo;

- Os conflitos entre o dever de proteger os interesses das pessoas com quem trabalham e as exigências da sociedade em termos de eficiência e utilidade;

- O facto dos recursos nas sociedades serem limitados e insuficientes.

Neste sentido, e para que o Serviço Social possa de alguma forma colmatar algumas lacunas necessariamente ultrapassáveis, podemos apresentar o quadro seguinte que contempla um resumo sobre os princípios base a considerar na intervenção.

Quadro nº 2.1 - Princípios e Valores a respeitar em qualquer Intervenção

| | |
|---|---|
| <p><u>Direitos Humanos e Dignidade Humana:</u></p> | <ul style="list-style-type: none"> - Respeito pelo direito à autodeterminação; - Promoção do direito à participação; - Tratar cada pessoa como um todo; - Identificar e desenvolver as forças de cada pessoa |
| <p><u>Justiça Social:</u></p> | <ul style="list-style-type: none"> - Lutar contra a discriminação negativa; - Reconhecer e respeitar a diversidade; - Distribuir os recursos de forma equitativa; - Lutar contra as práticas e políticas injustas; - Trabalhar em solidariedade. |
| <p><u>Conduta Profissional:</u></p> | <ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver e manter as competências; - Não usar as suas habilidades com propósitos inumanos; - Agir com integridade; - Agir com empatia e cuidado para com os clientes; - Não subordinar as necessidades e interesses dos clientes aos seus próprios interesses e necessidades; - Dever de tomar as precauções necessárias para evoluírem profissionalmente; - Manter a confidencialidade das informações recolhidas; - Responsabilidade pelas suas ações; - Colaborar com as instituições de formação; - Desenvolver debates éticos e assumir a responsabilidade de tomar decisões éticas; - Preparação para explicar as decisões; - Criar condições para debater assuntos éticos. |
| <p><u>“Código” de Ética Nacional:</u></p> | <ul style="list-style-type: none"> - Cada Ser Humano tem um valor único em si mesmo o que justifica o respeito moral por essa Pessoa; - Cada indivíduo tem direito à sua autodeterminação, até ao limite em que isso não despreze os iguais direitos dos outros e tem a obrigação de contribuir para o bem-estar da sociedade; - Cada sociedade, seja qual for a sua estrutura, deverá proporcionar o máximo de condições favoráveis de vida aos seus membros; - Os Assistentes Sociais têm um compromisso com os princípios de Justiça Social; - Os Assistentes Sociais devem colocar os seus objetivos, conhecimentos e experiência ao serviço dos indivíduos, dos grupos, das comunidades e da sociedade, apoiando-os no seu desenvolvimento e na resolução dos seus conflitos individuais ou coletivos e nas consequências que daí |

| | |
|--|---|
| | <p>advêm;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Espera-se que os Assistentes Sociais providenciem o melhor apoio possível a toda e qualquer pessoa que procure a sua ajuda e conselho, sem discriminação com base na deficiência, cor, raça, classe social, religião, língua, convicção política ou opção sexual; - Os Assistentes Sociais respeitam os Direitos Humanos básicos, de indivíduos e grupos, consignados na Declaração Universal dos Direitos Humanos das Nações Unidas e em outras convenções internacionais derivadas daquela Declaração; - Os Assistentes Sociais salvaguardam os princípios de privacidade, confidencialidade e uso responsável da informação no seu trabalho profissional. Deverão ainda respeitar a confidencialidade mesmo quando a legislação do seu país é contrária a esta exigência; - Espera-se dos Assistentes Sociais um trabalho de estreita colaboração com os seus clientes, na defesa do seu próprio interesse e do interesse dos outros que com ele estejam envolvidos. Os clientes são encorajados a participar e devem ser informados dos riscos e benefícios prováveis no decurso do processo; - Os Assistentes Sociais, geralmente, esperam que os clientes assumam, em colaboração com eles, a responsabilidade de decidir a orientação a dar aos problemas que afetam as suas vidas. A pressão que venha a ser necessário exercer para resolver os problemas de uma parte à custa dos interesses das outras envolvidas, só deveria acontecer depois de uma aprofundada avaliação das reclamações das partes em conflito. Os Assistentes Sociais devem evitar o recurso à coação jurídica; - O Serviço Social é incompatível com o apoio direto ou indireto a grupos de indivíduos, forças políticas ou sistemas de poder que dominem os Seres Humanos, pelo uso da força, tais como: a tortura ou meios violentos; - Os Assistentes Sociais tomam decisões eticamente justificadas apoiando-se na “Declaração Internacional dos Princípios Éticos” e nas “Normas Éticas Internacionais para os Assistentes Sociais”, adaptadas pela sua Associação Profissional Nacional. |
|--|---|

Fonte: Elaborado pela autora, baseado no Código Deontológico de Serviço Social (1993) e na Declaração Internacional dos Princípios Éticos

Será objetivo do Serviço Social e dos profissionais, rentabilizar recursos e trabalhar no sentido de corresponder às necessidades de cada situação, elaborar um diagnóstico, criar relações de confiança e ser flexível na tomada de decisão.

Na mesma linha de pensamento podemos acrescentar que “o Serviço Social tem como objeto da ação a cidadania, e como objetivo intervir na realidade social, melhorando as condições de vida dos indivíduos e grupos, capacitando-os para a mudança social, de modo a aumentar a seu bem-estar social, tendo como base uma ética inscrita nos valores e nos direitos humanos, respeitando as diferenças, exercitando

práticas sociais não opressivas e emancipadoras, potenciadoras da participação social” (Carvalho, 2012:24).

A intervenção do Serviço Social concretiza-se na relação de mediação entre as necessidades e os recursos. É neste sentido que temos de caminhar, tentar responder às exigências e aos desafios que a sociedade nos coloca, intervindo de uma forma eficaz, coerente e fundamentalmente tendo em conta a ética e deontologia profissional e os direitos dos cidadãos.

Síntese

As questões relacionadas com as pessoas idosas e com o envelhecimento têm suscitado na sociedade em geral, e nos técnicos em particular maior preocupação em refletir e perceber este fenómeno.

A gerontologia, veio potenciar um olhar mais atento e mais próximo, de forma a permitir uma análise/ reflexão mais profissional e mais rigorosa, para se conseguir perceber e tentar colmatar as implicações e consequências deste fenómeno.

O que nos interessa especificamente salientar neste trabalho, é a capacidade e a importância que as aprendizagens de vida detêm, podendo influenciar as nossas ações em todas as dimensões e, em última instância, demarcar o que está certo, do que está menos certo ou mesmo errado.

Na prática, é importante termos presente as leis, as normas e os valores que regem a sociedade em geral e as situações mais específicas, em particular. No entanto, mais fundamental ainda, é reconhecer o indivíduo como sujeito de direitos e de vontades. A ética e os princípios orientadores da intervenção devem estar muito bem definidos e sempre presentes em qualquer intervenção.

Inevitavelmente, as várias transformações sociais têm colocado desafios aos profissionais, nomeadamente aos Assistentes Sociais. A formação e a aprendizagem são pilares fundamentais para uma intervenção mais eficaz e mais centrada nas necessidades do cliente. Devemos estar informados e conhecer os recursos e as possíveis respostas/caminhos para cada situação.

Relativamente aos princípios e valores que norteiam a intervenção de um AS e mais concretamente os que norteiam a Instituição e a Valência SAD que estamos a analisar, pode-se referir, numa primeira instância, que se trata de uma Misericórdia.

Nesse sentido, é fundamental ter presente a filosofia inerente à implementação/constituição das Misericórdias e os valores que lhes estão subjacentes (já referidos neste capítulo).

Por outro lado, em termos dos principais valores, também anteriormente referidos neste capítulo, salienta-se o respeito pela dignidade humana, a responsabilidade profissional, a ética, a sustentabilidade e a qualidade.

Estes valores resumem os objetivos e a missão que a Instituição e a valência SAD tentam desenvolver dia-a-dia: **“Ser Misericórdia é bem servir”**. Este será um assunto de que falaremos de seguida.

CAPÍTULO 3 - Prática do Serviço Social no SAD da SCMAmadora

“As instituições constituem o primeiro nível de análise institucional. De acordo com a conceção ampla que aqui se adota, as instituições são o conjunto de regras, normas, valores, convenções e hábitos que enquadram a vida individual e coletiva”.

(Almeida, 2011:58)

1. A SCM Amadora

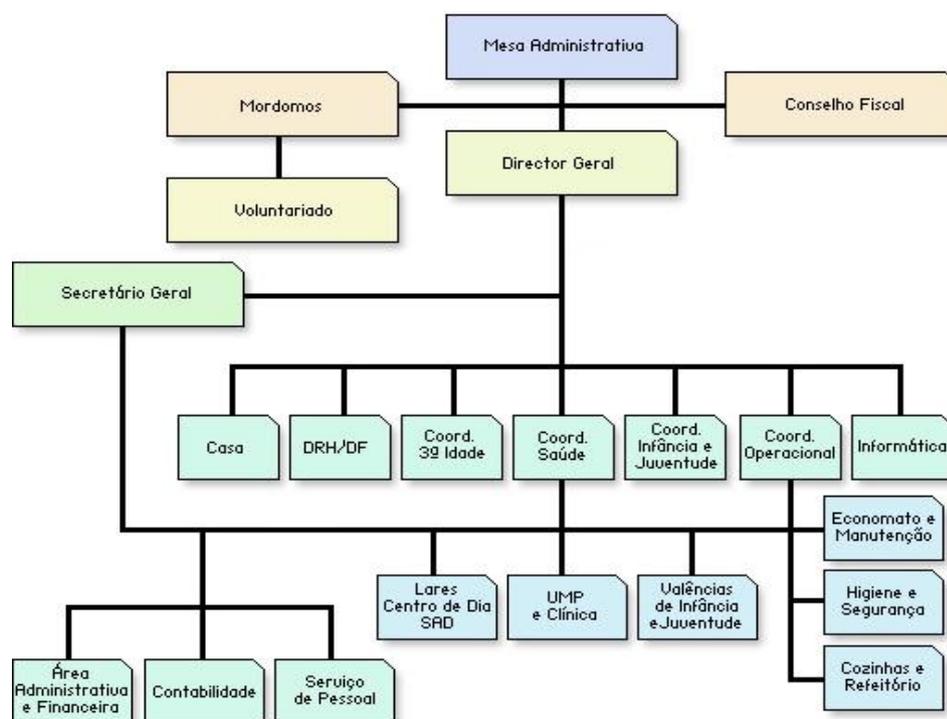


Figura 3.1 – Organograma da SCMA

Fonte: www.misericordia-amadora.pt

Os corpos gerentes da Irmandade da Santa Casa da Misericórdia da Amadora são a Assembleia-geral, a Mesa Administrativa e o Definitório (Conselho Fiscal), que são eleitos por períodos de três anos civis.

A Mesa Administrativa é composta por 9 elementos (voluntários), os Mesários (representando cada pelouro ou área de intervenção) e o Provedor. A Mesa Administrativa é responsável pela gestão, orientação e decisão e pode ser coadjuvada por Mordomos (voluntários), que não são mais do que pessoas por ela escolhidas, dos irmãos que revelarem melhor conhecimento técnico dos diversos sectores da Irmandade e que pelos respetivos problemas manifestem maior interesse.

O Diretor Geral reporta diretamente à Mesa Administrativa, e é o órgão que tem a missão de coordenar e dirigir toda a instituição. Dentro de cada valência existe um coordenador de área, que congrega as várias valências e respetivas equipas.

De salientar, o cargo de Secretário-geral, que tem como responsabilidade os serviços administrativos.

A Santa Casa é uma Instituição Particular de Solidariedade Social e foi fundada em 1986 por um grupo de cristãos com o objetivo de satisfazer as carências sociais existentes, segundo os princípios da Doutrina Social da Igreja⁵⁷.

Começava a ser visível a necessidade de uma intervenção social organizada que contribuísse para ajudar as pessoas mais carenciadas a superar as dificuldades do dia-a-dia. Multiplicaram-se os contactos e convites a um grupo alargado de cristãos que frequentava com regularidade a eucaristia dominical na Igreja Matriz da Amadora, que passou a reunir no Salão Paroquial. Após algumas reuniões chegou-se à conclusão que a melhor forma de organizar a intervenção era através da criação de uma Misericórdia.

Ao expor o assunto às autoridades eclesiais, consideraram não só "pastoralmente oportuno" como também, por Decreto Patriarcal de 5 de Fevereiro de

⁵⁷ O ritmo e a forma como se desenvolveu o crescimento do tecido urbano do concelho da Amadora, na segunda metade do século passado, foram deixando transparecer a existência de problemas sociais. O referido grupo de cristãos residentes no Concelho, por motivos académicos, realizou um estudo sociológico urbano na área da Amadora. O estudo ajudou não só a consolidar o conhecimento das carências com que se defrontavam as populações, mas também a motivar grande parte das pessoas que se lançaram nesta tarefa de intervenção social (com destaque para o Dr. Luís Madureira).

1987⁵⁸, concederam personalidade jurídica à Irmandade da Santa Casa da Misericórdia da Amadora, cuja atividade iniciou em 1986.

De acordo com os estatutos da instituição, podemos ainda acrescentar que “a Irmandade da Santa Casa da Misericórdia da Amadora, também mais abreviadamente denominada Santa Casa da Misericórdia da Amadora ou simplesmente Misericórdia da Amadora, é uma associação de fiéis, constituída na ordem jurídica canónica, com o objetivo de satisfazer carências sociais e praticar atos de culto católico, de harmonia com o seu espírito tradicional, informado pelos princípios da doutrina e moral cristãs”.

No campo social exerce a sua intervenção no Concelho da Amadora, nas áreas da Educação, Terceira Idade, Saúde e Ação Social.

Em 1987 iniciou a sua atividade direta com clientes, com a criação do primeiro Centro de Dia e SAD na Quinta das Torres⁵⁹.

A primeira década do séc. XXI é também marcada pela criação de novos projetos, tais como a ampliação da Escola Luís Madureira para o segundo e terceiro ciclo do Ensino Básico, a Requalificação dos Serviços Administrativos, a Igreja de Nossa Senhora das Misericórdias, o Centro de Dia e SAD do Casal da Mira, a Clínica Médica de Alfragide e o Centro de Dia e SAD Rainha Santa Isabel e a Unidade de Cuidados Continuados. Também nesta década tiveram origem os ATL's e Creches geridas em espaço Camarário.

Atualmente a instituição encontra-se na maioria dos agrupamentos de Escolas do Concelho.

A valência mais recente iniciou a sua atividade em julho de 2013 e trata-se de uma Unidade de Apoio ao Cuidador, que tem como principal objetivo, permitir aos cuidadores informais ter uma resposta onde possam colocar por um período de 1 semana a 3 meses os seus familiares.

⁵⁸ O mesmo Decreto aprovou também o compromisso (Estatutos) da Irmandade da Santa Casa da Misericórdia da Amadora, registado na Direcção-Geral da Segurança Social, sob o nº 21/87, de 16 de Setembro de 1987, publicado no Diário da República, III Série, de 20 de Agosto de 1998.

⁵⁹ Também, na década de oitenta, iniciou a sua atividade na área da educação com a criação de um ATL no Bairro da Cova da Moura.

A década de noventa foi uma década de grande expansão da atividade da Instituição. Foram construídos o Centro de São Francisco e Santa Clara, o Lares da Sagrada Família e Santo António, a Escola Luís Madureira e a Unidade de Cuidados Paliativos. Nesta mesma década, a Santa Casa da Misericórdia desenvolveu uma série de projetos na área da habitação a custos controlados, permitindo a construção de 262 fogos.

Em termos de projetos e parcerias, salientamos o projeto RSI (Rendimento Social de Inserção)⁶⁰, o Projeto CLDS⁶¹, o Projeto das Cantinas Sociais⁶², o Projeto de Teleassistência⁶³, o Projeto Amasénior⁶⁴ e o Projeto de voluntariado⁶⁵.

A SCMA, atualmente, desenvolve a sua ação diária para cerca de 5000 clientes, distribuídos por trinta e quatro valências espalhadas pelas várias freguesias do Concelho da Amadora.

Gostaríamos ainda de sublinhar que todo o programa social da Santa Casa da Misericórdia da Amadora assenta nos princípios das Obras de Misericórdia⁶⁶.

Para além de todo o trabalho que tem sido desenvolvido ao longo dos anos e, considerando simultaneamente que uma das preocupações recentemente sentidas, se centrou na possibilidade de adaptar a prática e organizá-la de acordo com o sistema de gestão da qualidade, considera-se pertinente focar todo este processo de trabalho e aprendizagem. Neste caso específico representou uma aposta da instituição e um grande investimento de tempo e de trabalho, por parte de todos os colaboradores. Neste contexto

⁶⁰ Acompanha famílias das freguesias da Mina e da Venteira e que trabalha com as mesmas, não só ao nível do rendimento social de inserção puro e simples, mas também ao nível da inserção no mercado de trabalho, das procuras de emprego, da motivação/ formação, entre outras atividades que vão desenvolvendo de acordo com as necessidades do agregado familiar.

⁶¹ Que já tinha sido desenvolvido no Bairro de Santa Filomena, está agora a desenvolver-se no Bairro 6 de Maio.

⁶² Ajuda diariamente cerca de 100 indivíduos /famílias carenciadas, com almoço e jantar.

⁶³ Intervém a nível concelhio, e é uma parceria com a Câmara Municipal da Amadora, que comparticipa na íntegra este projeto e que consiste na instalação de um aparelho de alta voz no telefone, que permite, em situação de emergência ou sempre que o cliente considere necessário, carregar no botão e, do outro lado (central a funcionar 24h), obter ajuda relativamente à necessidade do momento. A ideia principal subjacente é que os clientes se possam sentir mais seguros, pois sabem que, se precisarem, alguém do outro lado os vai ajudar.

⁶⁴ Projeto em parceria com a Câmara Municipal da Amadora e que consiste principalmente na distribuição de refeições ao domicílio (estando previsto a possibilidade de auxiliar noutras atividades como a higiene pessoal, por exemplo) aos fins-de-semana e Feriados, altura em que se diagnosticaram algumas lacunas, dado que muitas das respostas sociais das instituições do concelho apenas funcionam em dias úteis, deixando a descoberto o apoio nos demais dias.

⁶⁵ Teve início em 2012 com beneficiários de RSI e com voluntários do Banco de Voluntariado da Câmara Municipal da Amadora. Cerca de 15 voluntários acompanham situações de clientes de SAD, nas mais variadas atividades: acompanhamento ao exterior, acompanhamento a consultas ou exames, companhia, leituras, jardinagem e outras atividades que caso a caso possam surgir. O principal objetivo é dar mais alegria aos seus dias e poder colmatar algumas das suas necessidades.

⁶⁶ **Corporais:** Dar de comer a quem tem fome; Dar de beber a quem tem sede; Vestir os nus; Acolher os errantes; Visitar os doentes; Libertar os prisioneiros; Sepultar os mortos.

Espirituais: Dar bom conselho a quem pede; Ensinar os ignorantes; Corrigir os que erram; Consolar os que estão tristes; Perdoar as injúrias; Suportar com paciência as fraquezas do nosso próximo; Rogar a Deus pelos vivos e pelos defuntos.

salientamos a Missão⁶⁷, Visão⁶⁸, Valores⁶⁹ e Política da Qualidade⁷⁰ da Santa Casa que constam no Manual da Qualidade.

A Missão, a visão e os valores traduzem um conjunto de preocupações e de formas operacionalizar a nossa prática e forma de estar. A frase principal que resume e caracteriza a filosofia da Instituição é: “**Ser Misericórdia é Bem Servir**”.

É do conhecimento geral que a população em Portugal está envelhecida e que as pessoas têm necessidades diferentes. Neste contexto, a sociedade em geral tem que ser capaz de se organizar, para poder proporcionar às pessoas mais velhas o respeito, a dignidade e a individualidade que têm direito e que foram construindo ao longo da sua vida.

Assim, importa também referir que sua missão da área da 3ª idade é: "Servir a População Maior respondendo às suas necessidades e Promovendo a Dignidade Humana".

Neste sentido e de acordo com as preocupações da Santa Casa da Misericórdia da Amadora, o apoio aos idosos deve ser pensado em 3 fases: Centro de Dia e Apoio Domiciliário prestado pelas instituições e/ou com a ajuda de vizinhos, família, voluntários e a resposta Lar que deverá ser equacionada quando as outras respostas já estão esgotadas.

⁶⁷ Prestar, criar e desenvolver serviços na área social adequados às necessidades da comunidade da Amadora, promovendo a solidariedade, a qualidade de vida e a dignidade humana;

⁶⁸ Oferecer respostas sociais de referência e reconhecidas como tal na qualidade dos serviços prestados, apostando na criação, inovação e melhoria contínua das respostas desenvolvidas junto da comunidade;

⁶⁹ Os valores passam principalmente pelas Obras de Misericórdia; Respeito pela Dignidade Humana; Criatividade; Responsabilidade Profissional; Inovação; Ética; Sustentabilidade; Humanização e Qualidade.

⁷⁰ A Política da Qualidade, tem por base as seguintes preocupações:

- Pensar no Cliente como um ser afetivo e ativo, qualquer que seja a sua idade e grau de autonomia, que possui um projeto de vida e deve ser respeitado na sua individualidade;
- Proporcionar Respostas Sociais adequadas às necessidades e expectativas dos clientes, tendo como orientação estratégica uma gestão rigorosa dos recursos, a formação dos colaboradores e a consolidação das valências, assente num serviço de qualidade;
- Assegurar as Boas Práticas na área da higiene e segurança alimentar;
- Planear atividades socioculturais adaptadas aos interesses e necessidades do cliente e família, que estimulem a segurança afetiva e física;
- Promover o envolvimento dos seus Colaboradores, onde todos são pessoalmente responsáveis pela implementação desta Política e manter relações de parceria para a sustentabilidade da Instituição.

A preocupação de base deverá ser a elaboração/organização de respostas adequadas para proporcionar aquilo que todos ambicionamos: viver com qualidade e dignidade.

A Santa Casa, ao nível das respostas para a área da terceira idade, tem disponível para a comunidade: 2 Lares (Sagrada Família – 88 clientes e Santo António – 50 clientes); 2 Centros de Dia (Centro Rainha Santa Isabel – 60 clientes e Centro de Apoio à Terceira Idade do Casal da Mira – 40 clientes) e 2 Serviços de Apoio Domiciliário (SAD Norte – 30 clientes e Sul – 109 clientes), que acolhem clientes de todo o concelho.

2. Caracterização da resposta social SAD

As respostas sociais têm como objetivo a promoção de condições de autonomia e bem-estar, favorecendo a sua permanência no domicílio e no seio familiar e social, contribuindo para a sua inserção na comunidade.

O SAD, é um bom exemplo disso. Segundo o referencial da Segurança Social, consiste essencialmente na prestação de cuidados individualizados e personalizados, no domicílio, a pessoas em situação de dependência que, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar temporária ou permanentemente, a satisfação das necessidades básicas e/ ou atividades de vida diária.

Neste contexto, o SAD apresenta como objetivos:

Contribuir para a melhoria de vida dos indivíduos e suas famílias; Garantir a prestação de cuidados de ordem física e apoio psicossocial a indivíduos e famílias, de forma a contribuir para o seu bem-estar; Apoiar os indivíduos e suas famílias na satisfação das atividades de vida diária; Criar condições que permitam preservar e incentivar as relações inter -familiares; Colaborar e/ ou assegurar o acesso aos cuidados de saúde; Contribuir para retardar ou mesmo evitar a institucionalização; Prevenir situações de dependência, promovendo a autonomia.

No caso específico da Santa Casa da Misericórdia da Amadora, pode referir-se que apoia cerca de 140 clientes em SAD, divididos por dois serviços que abrangem todo o concelho da Amadora (SAD Norte e SAD Sul).

O SAD Norte que abrange as freguesias da Brandoa, Alfoanelos, Casal de São Brás com cerca de 30 clientes e o SAD Sul, que abrange as restantes freguesias do concelho (Venteira, Mina, Reboleira, Falagueira/Venda-Nova, Buraca, Damaia, Alfragide) com 109 clientes. Relativamente a estes clientes, 70 são apoiados em regime de 5 dias (de 2ª a 6ª feira) e 39 em regime de 7 dias (todos os dias da semana), das 8h às 20h.

Neste trabalho, focaremos a valência SAD Sul (abrange a parte sul do concelho), uma vez que é a valência onde a investigadora desempenha funções de Diretora Técnica, e sob a qual pretende desenvolver o seu trabalho de aperfeiçoamento e reflexão profissional.

2.1. O perfil dos clientes

O SAD Sul da SCMA apoia 109 pessoas, distribuídas pelo SAD 5 dias e SAD 7 dias, com as mais variadas situações e problemáticas.

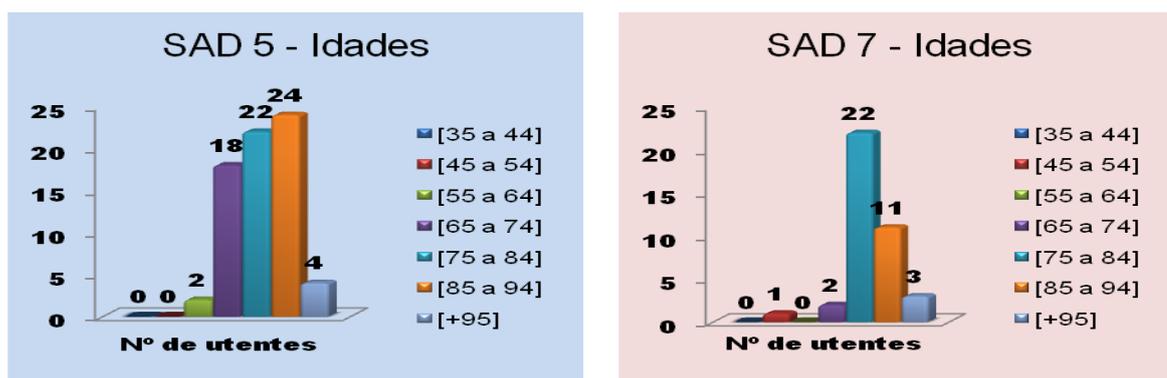
Como já foi evidenciado a valência SAD Sul está dividida em SAD 5 e 7 dias, que no primeiro caso corresponde ao apoio que é prestado a clientes de 2ª a 6ª feira; no segundo caso os clientes podem ter apoio todos os dias da semana, sem exceção. De referir que existem clientes que usufruem de SAD 5 dias, ou seja, de 2ª a 6ª, mas que ao fim de semana recebem o apoio das refeições. Importa sublinhar que a periodicidade diária ou semanal é escolhida pelo cliente, e distribuída consoante a disponibilidade da equipa.

Salientamos também que iremos apresentar os dados relativamente à caracterização dos clientes, respeitando a divisão pelos dois SAD, uma vez que se considera que os resultados possam ser mais conclusivos, uma vez que as realidades são diferentes, se considerarmos logo em primeira instância, que os utentes de SAD 7 dias estão numa situação de maior dependência.

Voltando à questão da caracterização, no que diz respeito ao universo dos clientes, podemos considerar que se trata de uma população bastante heterogénea e diversificada.

Apesar de em termos legais e conceituais, o idoso ser considerado um indivíduo com 65 ou mais anos, podemos verificar que, em termos de clientes com apoio efetivo, as idades dos beneficiários podem ter um intervalo mais abrangente, uma vez que as questões da dependência temporária ou permanente podem ocorrer em qualquer idade. Esse fator é visível no SAD da SCMA, uma vez que também apoia clientes com idade inferior a 65 anos. É importante estarmos sensíveis a estas questões. Apesar de ser necessário categorizar as situações, as exceções são também uma realidade cada vez mais frequente, e para a qual temos que estar preparados.

Gráfico n.º 3.1 – Idades dos clientes SAD 5 e 7



Como podemos observar no gráfico 3.1, as idades dos clientes apoiados estão compreendidas entre os 44 e os 98 anos. Sublinhamos que no SAD 5 dias, a percentagem com mais representatividade corresponde às faixas etárias dos 85 a 94 anos, traduzindo-se em 34,28% (24 clientes), e logo de seguida dos 75 a 84 anos, representado 31,42% (22 clientes), num total de 70 beneficiários. No SAD 7 dias podemos apresentar num universo de 39 clientes, que a maior percentagem corresponde ao intervalo dos 75 aos 84 anos, traduzindo-se em 56,41%.

Nem sempre a idade está associada à dependência ou necessidade de ajuda, e muitas vezes após análise e diagnóstico das situações se verifica pertinência e necessidade em apoiar estes casos.

Para além da idade, a necessidade ou a dependência representam o critério de maior peso na decisão de iniciar um SAD.

Nem sempre é fácil admitir que se precisa de ajuda ou que efetivamente já não se conseguem fazer todas as atividades da mesma forma. A idade vai naturalmente desencadeando de uma forma progressiva a diminuição de capacidades físicas, mentais e psicológicas. Como já foi mencionado trata-se de um processo inevitável e irreversível.

Gráfico n.º 3.2 – Género dos clientes SAD 5 e 7



No que se refere ao género, as mulheres, como podemos observar no gráfico n.º 3.2 são em maior número, correspondendo do total de indivíduos (70) a 47 em relação a 23 homens no SAD 5 dias, e a 28 em relação a 11 homens no SAD 7 dias (num total de 39), traduzindo-se numa percentagem de 67,14% e 71,79% respetivamente.

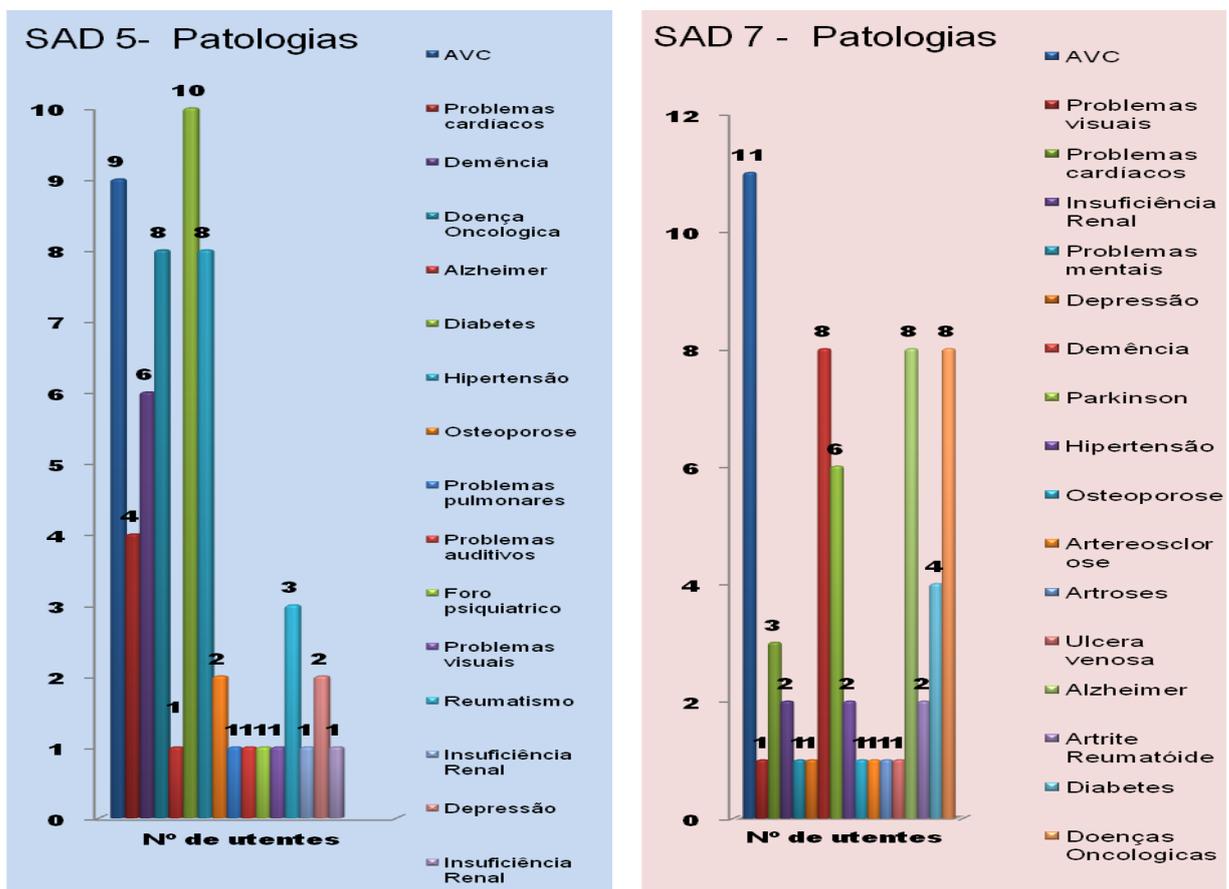
Na generalidade das situações, a percentagem de mulheres corresponde a um número mais significativo do que a dos homens. Provavelmente poderemos pensar nesta perspetiva, se considerarmos que a esperança média de vida é superior no sexo feminino.

Quanto às patologias identificadas, estas são muito diversificadas. Alertamos para o facto de, em muitos casos, ser diagnosticada mais do que uma patologia por cliente. Em termos de dados, estes nem sempre espelham as situações na realidade. Efetivamente, os diagnósticos médicos nem sempre são claros e precisos, uma vez que também dependem do conhecimento efetivo das situações. Sabemos que o acesso aos médicos de família representa um problema estrutural. Nem todos os clientes têm médico de família atribuído e, os que têm, nem sempre conseguem um acesso fácil quando necessitam dele. Este facto representa um constrangimento, uma vez que são necessárias consultas, para verificação e adaptação da medicação, receitas, declarações, entre outros. Estamos a falar de situações de necessidade efetiva e de dependência (em muitos casos) a vários níveis. A

saúde e o bem-estar não se podem dissociar da possibilidade de termos um acesso mais eficiente e eficaz aos nossos médicos e equipas que trabalham e acompanham os nossos doentes. Queremos acreditar que temos direito ao acompanhamento e fundamentalmente a um acompanhamento informado e esclarecido.

Voltando ao assunto das patologias apresentadas, para além das situações ditas normais provocadas pela idade avançada como: dificuldade de locomoção, dificuldade em executar tarefas em pé, ir às compras, carregar pesos, confeccionar as refeições, temos também uma percentagem significativa de clientes que sofrem AVC, que apresentam situações demenciais ou problemas oncológicos.

Gráfico n.º 3.3 – Patologias dos clientes SAD 5 e 7



Qualquer que seja a patologia, a necessidade de precisar da ajuda de outrem, é sempre uma realidade inevitável e com a qual nem sempre se lida de uma forma transparente e linear.

Relativamente aos estados demenciais, estes são difíceis de acompanhar e apoiar, principalmente quando não existe família, ou a mesma se demite de toda a responsabilidade. Podemos considerar que, apesar de termos o dever de respeitar a vontade do cliente, nem sempre este sentimento se coaduna com a realidade e a morosidade dos processos. Infelizmente a burocratização das situações e os *timings* ainda constituem entropias para uma intervenção adequada e eficaz.

Existem também algumas situações de isolamento (cerca de 60%), ou pelo facto de estarem dependentes ou porque, por escolha própria, preferem estar mais isolados. Nesta temática torna-se importante focar esta diferenciação de conceitos. O isolamento por si só não deve ser considerado uma problemática, se o estivermos a analisar de acordo com uma vontade expressa pelo próprio. O indivíduo não deixa de estar só, mas a forma como lida com a realidade é completamente diferente.

Após alguns anos de experiência e de contatos com muitas famílias, considera-se que, apenas se pode falar em problemática, se efetivamente esta constituir um sentimento de sofrimento ou perda por parte do cliente. Não podemos de forma alguma misturar modos de vida com problemas.

Neste sentido torna-se urgente pensar nas situações de uma forma ampla e abrangente ao mesmo tempo. O serviço social tem aqui um papel fundamental, no sentido de criar respostas à medida de cada situação e não pacotes de medidas.

Cabe também aos profissionais traçar estratégias que vão ao encontro das necessidades das pessoas de forma a tornar as suas vidas mais preenchida e com sentido.

A criação de relações e o desenvolvimento de laços entre os indivíduos representa, nesta fase, um pilar muito importante. Continua a ser necessário estabelecer objetivos e sentir que o nosso contributo é importante. Alear este sentimento à dependência, nem sempre é fácil, mas cabe aos profissionais e à sociedade em geral caminhar para esta realidade.

No que se refere mais diretamente ao suporte familiar, por vezes a solidão, ou a distância das famílias são também encarados como um entrave à total realização e / ou inserção do cliente em toda a sua plenitude.

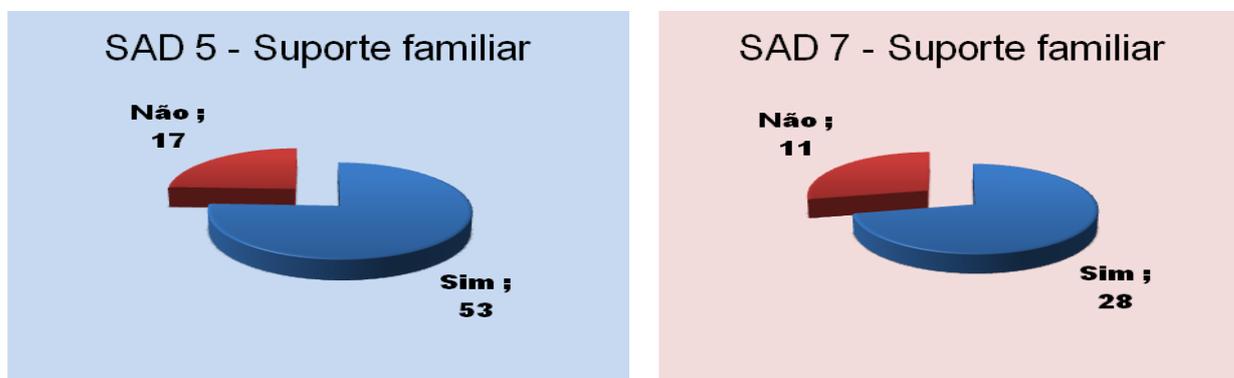
Como podemos observar há um número significativo de clientes sem família, ou sem ligação à mesma. Não obstante, é do conhecimento geral que o suporte familiar é

muito importante em qualquer fase da vida, por esse motivo é fundamental trabalharmos no sentido de perceber as relações familiares e trabalhar para um melhor entendimento entre todas as partes.

É fundamental implicar a família em todo o processo e nas decisões necessárias durante toda a prestação do serviço. As instituições devem fomentar os laços familiares e a sua implicação ao longo do tempo e de acordo com as situações, mantendo sempre como pano de fundo o respeito pelos direitos e pela sua vontade.

Sabemos, e como no caso deste SAD, que não é exceção, que as ligações familiares se estabelecem ao longo da vida e, em muitos casos, os filhos tendem a repetir os comportamentos dos pais. Na maioria das situações pais cuidadores, geram filhos cuidadores.

Gráfico n.º 3.4 – Suporte Familiar dos clientes SAD 5 e 7



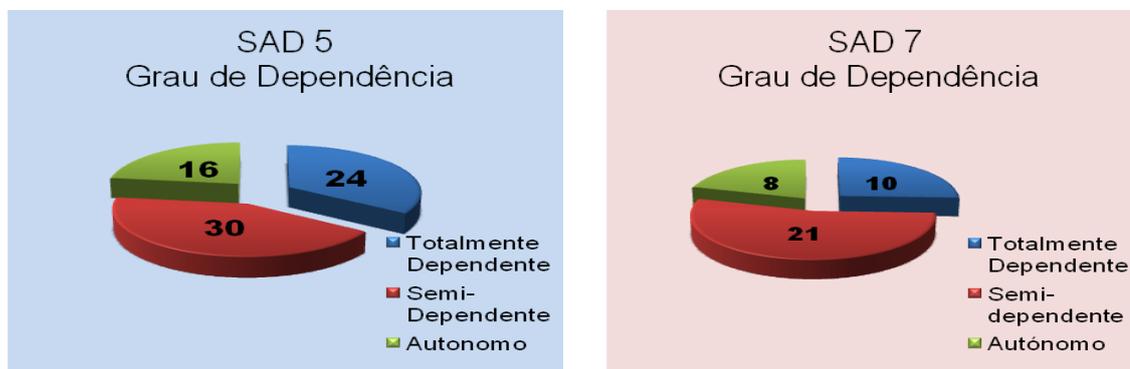
Contudo e considerando o universo dos nossos clientes também temos situações diferenciadas. Existem casais que têm mais do que um filho e que em termos de disponibilidade e acompanhamento, não se identificam todos da mesma forma. Nem sempre estão disponíveis ou estabelecem uma relação próxima com os seus progenitores.

As relações sociais e familiares apresentam muitas fórmulas e caminhos diferenciados, ou seja, não é possível estabelecer regras ou normas. Cada caso é um caso e todos os pormenores contam e interferem na forma como gerimos as relações com os outros.

Gostaríamos aqui de salientar que temos também famílias em que são os netos que assumem essa responsabilidade de cuidar e tratar, e que se identificam como “os

responsáveis” por apoiar a situação. As referências familiares e as relações/ laços criados são reflexo destas situações.

Gráfico n.º 3.5 – Grau de Dependência dos clientes SAD 5 e 7



No que diz respeito à dependência propriamente dita, sabemos que não existem regras, mas na realidade o que transparece, é que a velhice se vai construindo todos os dias e não acaba em nenhuma etapa específica.

Todas as características da personalidade se revelam também na velhice. Verificamos que as pessoas otimistas continuam a ter uma capacidade extraordinária de resolver todas as situações que vão aparecendo. Pessoas com grande apetência para estabelecer relações interpessoais continuam a ter atividades de socialização e a preocuparem-se com o seu dia-a-dia. Estabelecem objetivos, tentam concretizar projetos para se sentirem realizados, ou seja, estas são mais resilientes.

Pessoas mais negativas, ou com mais dificuldade em estabelecer relações, continuam, normalmente, a manter o mesmo registo.

Do grupo de clientes que acompanhamos e considerando todos os que já apoiamos, podemos referir que, normalmente, são pessoas mais difíceis, no sentido em que são normalmente mais fechadas, menos flexíveis, mais desconfiadas e que não mostram com facilidade os seus sentimentos.

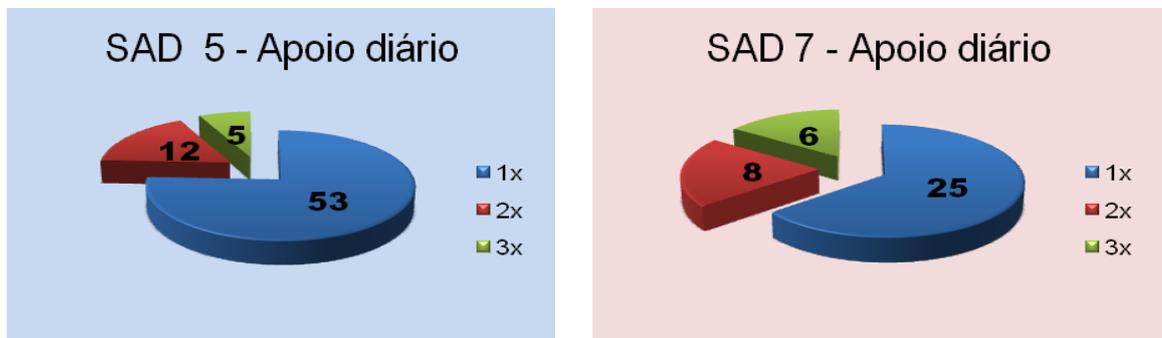
Em termos de grau de dependência ou de autonomia, podemos afirmar que o SAD tem um número significativo de clientes que se apresenta semi dependente ou totalmente dependente. Salientamos no SAD 5 as percentagens de 42,85% para clientes semi

dependentes e 34,28% totalmente dependente e no SAD 7 53,85% para clientes semi acamados e 25,64% totalmente dependentes.

Face à conjuntura e às necessidades, a família ou mesmo o próprio, acabam por recorrer ao SAD e requerer praticamente todos os serviços, uma vez que a necessidade existe e que em muitos casos a família ainda trabalha e não apresenta tanta disponibilidade como a necessária para cuidar.

Podemos ainda acrescentar que existe uma percentagem significativa de clientes (cerca de 15%) que vai permanecendo no SAD ao longo do tempo (anos) e que vai exigindo algumas mudanças na estrutura das equipas, uma vez que se torna imprescindível o alargamento do apoio, traduzido em várias visitas ao longo do dia.

Gráfico n.º 3.6 – Apoio Diário dos clientes SAD 5 e 7



Relativamente aos serviços, estes também estão ligados diretamente às necessidades de cada cliente e situação.

Em muitos casos não só vamos todos os dias, como mais do que uma vez por dia, dependendo do grau de dependência e da necessidade.

Em termos das tarefas propriamente ditas, consideramos:

- Higiene pessoal, Higiene habitacional, Distribuição de refeições, Tratamento de roupas, Aquisição de géneros, Acompanhamento ao exterior, Teleassistência, atividades de socialização, entre outras que caso a caso diagnosticamos e tentamos adequar o mais possível à situação e ao que é solicitado pelo próprio/ família.

Mais uma vez se sublinha a importância da manifestação da vontade do cliente, uma vez que o SAD também é desenvolvido no seu espaço, e faz todo o sentido que o próprio tenha espaço para expressar a sua opinião.

Tendo em conta esta realidade, passamos de seguida a lustrar o tipo de intervenção do Serviço Social no SAD.

3. O SAD e o Serviço Social

Não temos de ter medo das palavras, nem das sensações. Efetivamente trabalha-se com pessoas e como tal, as emoções e os dilemas, estão sempre presentes no nosso quotidiano.

Poderá questionar-se se as profissões sociais não são uma forma de missão que se traduz na representação social ou melhor na execução prática da profissão.

Sabemos que, em termos sociais, a Profissão de Assistente Social nos remete para uma presença ética e deontológica muito marcante. Os desafios são uma constante e uma tendência das novas sociedades.

Podemos pensar no cariz assistencialista que a profissão adquiriu ao longo de algumas décadas. Aliás, o Serviço Social, sempre apareceu associado à Igreja e por esse motivo a todas as representações ligadas à ajuda dos mais desfavorecidos, dos pobres, dos aleijados, dos desprotegidos, resumindo dos “coitadinhos”.

Há que ter consciência que temos de dar um pulo e perceber definitivamente que, o facto de se precisar de ajuda, não tem que nos “reduzir” a um patamar de desigualdade.

Neste sentido, “... é hoje necessária uma resposta proativa aos desafios sociais e económicos que as sociedades contemporâneas enfrentam; desafios esses que influenciam profundamente as situações problema, as finalidades, os métodos e os processos de trabalho do Serviço Social que, na verdade, foram pensados, definidos e consolidados em contextos muito distintos e atuais”(Santos, Albuquerque e Almeida, 2013:169).

Se pensarmos no serviço social, como uma ciência que podemos assumir como um processo sistemático, ordenado e metódico da mente humana para obter um saber, ou seja, para obter um conhecimento fiável, podemos analisar um ponto em comum em todos os investigadores que é a intenção de utilizar métodos e resultados científicos para ajudar em primeiro lugar o conhecimento e depois a resolução dos problemas (Viscarret 2012:31).

Neste sentido, é fundamental que o serviço social, enquanto ciência e principalmente enquanto profissão possa reunir os dados necessários para construir e obter conhecimento⁷¹ inovador. A “inovação social constitui-se, assim, simultaneamente, como uma necessidade e uma oportunidade para a efetivação e consolidação das reais finalidades do Serviço Social, atualmente associadas a processos de autodeterminação, de promoção de oportunidades, de desenvolvimento pessoal, social e económico, em suma de Justiça Social e de Cidadania” (Albuquerque, Almeida e Santos, 2013:172).

O Assistente Social, que intervém no SAD, tem que ter uma capacidade crítica e reflexiva relativamente ao como se faz e ao como se deve fazer.

É imperativo conhecermos os problemas reais e os recursos disponíveis. Que respostas temos, onde podemos recorrer, como podemos orientar, que informações podemos disponibilizar, e estabelecer uma relação profissional com o nosso cliente.

O diagnóstico da situação é tão importante como um bom encaminhamento da situação. O primeiro contato e a forma como conduzimos todo o processo, é a base de todo o desempenho profissional. É necessário disponibilidade e dedicação, numa primeira instância, e paralelamente experiência e conhecimento.

As pessoas têm direito a serem informadas e orientadas de uma forma eficaz, de modo a que possamos ir o mais possível ao encontro das suas necessidades.

3.1. Coordenação e supervisão de equipas de cuidadores

Cada vez mais assistimos a situações de necessidade a todos os níveis, não só financeiro, mas também social, emocional, familiar. Mas não podemos esquecer que é de pessoas que se trata. Não podemos de maneira nenhuma exigir aos outros o que é humanamente impossível, apenas porque estão vulneráveis e a necessitar de ajuda, de encaminhamento ou de orientação.

Temos que ser capazes de discernir e ponderar qual é efetivamente o papel do Serviço Social. Não estamos a falar de bondade ou de simpatia, estamos a falar de um

⁷¹ Segundo Viscarret (2012:31), a obtenção de conhecimento pressupõe 3 dimensões: 1. A inclinação e o impulso para o conhecimento; 2. O método científico; 3. Uma conduta científica.

serviço especializado capaz de potenciar e autonomizar as pessoas no que elas têm de melhor. Autonomizar no sentido de potenciar e capacitar os indivíduos para o que eles têm de melhor. Reforçar a participação, o esclarecimento e a iniciativa.

No entanto, assistimos diariamente a uma contradição de cariz económico-político, que ultrapassa qualquer intervenção que possa ser realizada, e que se traduz nos objetivos do SAD⁷².

Contudo, a Segurança Social apresenta uma tabela de comparticipações que obriga as instituições a trabalharem com “pacotes de serviços” independentemente daquilo que os clientes precisam ou procuram. Neste contexto, torna-se pertinente questionar a existência da elaboração dos PDI (Plano de desenvolvimento individual), ou seja, de perceber a importância da elaboração de um diagnóstico/ plano de intervenção à medida de cada cliente e de perceber quais as suas necessidades e expectativas.

Pode parecer um pouco confuso, mas para quem trabalha diariamente com estas situações, tendo por base todos os pressupostos da intervenção e do Serviço Social, questiona-se com frequência, onde se enquadra a participação, o direito de escolher, a possibilidade de manifestar a sua vontade e de ter voz ativa nas decisões. Os serviços só fazem sentido, se forem de acordo com as necessidades do público que as procura. Onde fica a qualidade dos serviços e a excelência?

Não podemos também esquecer a sustentabilidade das instituições e as diretrizes das direções.

Na verdade, parece que quanto mais se fala em qualidade, mais se despersonalizam os serviços. Para além destes dilemas, outros se colocam ao nível da intervenção direta com os casos concretos. Não conseguimos fazer milagres, nem resolver todas as situações.

Relativamente ao coordenador ou ao Diretor Técnico (depende da organização das Instituições), cabe-lhe a missão de orientar e supervisionar a equipa. Motivar, alertar, orientar, apoiar, acompanhar a equipa e as necessidades que vão surgindo.

⁷² A Segurança Social define como objetivos principais do SAD:

- “- Contribuir para a melhoria de vida dos indivíduos e suas famílias;
- Garantir a prestação de cuidados de ordem física e apoio psicossocial a indivíduos e famílias, de forma a contribuir para o seu bem-estar;
- Prevenir situações de dependência, promovendo a autonomia (...).”

De acordo com os autores García e Jimenez (2003), a função do assistente social consiste em coordenar, apoiar e supervisionar os ajudantes de ação direta (AAD) no seu trabalho com as pessoas idosas. A supervisão requer inevitavelmente um processo de reflexão e análise, em que o Assistente Social e os AAD, através da experiência e da formação contínua, traçam e desenvolvem propostas e intervenção com o objetivo de melhorar a qualidade do serviço prestado.

Neste sentido, o profissional (Diretor Técnico) deve estar disponível para atender os clientes/ famílias, fazer visitas domiciliárias, de forma a estabelecer uma relação próxima e mais direcionada para o cliente e para as suas reais necessidades.

Gerir uma equipa à “distância”, não é tarefa fácil, considerando que neste caso específico, temos 24 AAD no SAD, e que cada um apresenta especificidades e uma trajetória de vida muito própria. Esta questão da distância prende-se fundamentalmente com o facto de na valência SAD, a equipa não trabalhar no mesmo espaço. O “palco” são os domicílios de cada idoso e as especificidades encontradas em cada um. Como não conseguimos estar sempre fisicamente presentes, a confiança e a autonomia devem coexistir de mãos dadas de forma a trabalharmos para um objetivo comum: - Bem servir.

Aliar todas as condicionantes pessoais, às profissionais e às exigências que vamos sentindo como fundamentais num serviço deste tipo, nem sempre é tarefa fácil. As equipas são em si mesmo exigentes e requerem uma supervisão e atenção constantes.

Para além destas especificidades, em termos do trabalho de equipa e de todas as condicionantes de se trabalhar em conjunto, nem sempre é fácil rentabilizar os recursos existentes e por vezes o trabalho realizado não se traduz na prática de uma forma eficaz.

Segundo González (2003) o Assistente Social com funções de coordenação é desafiado a definir estratégias para manter a motivação do pessoal, estimular a formação dos profissionais, criar oportunidades de troca de experiências entre profissionais de forma a enriquecer as práticas institucionais e desenvolver na equipa um sentimento de pertença e de responsabilidade profissional, através de técnicas de trabalho em equipa e estratégias para melhorar o desempenho profissional.

Neste contexto, torna-se fundamental falarmos em Liderança, e na capacidade de conseguir orientar a equipa para um objetivo comum: “Ser Misericórdia é Bem Servir”.

3.2. A gestão da qualidade

Relativamente aos Sistemas de Gestão da Qualidade, podemos abordar a questão no sentido de terem sido pensados de forma a valorizar e sistematizar a intervenção das Instituições.

É importante e fundamental a organização dos procedimentos de uma forma clara e acessível, para que cada Instituição possa desenvolver a sua cultura e permitir aos seus colaboradores um acesso igual à informação e às formas de agir em cada situação.

Neste sentido, o Estado procedeu a melhorias na qualidade das respostas sociais, publicando guiões técnicos com algumas normas e regras para as condições de implantação, localização, instalação e funcionamento dos serviços e equipamentos para idosos. Para além dos acordos de cooperação, não existiam até esta altura, outras linhas normativas que orientassem para o funcionamento destes equipamentos.

De qualquer forma, podemos considerar que “o Serviço de Apoio Domiciliário constitui uma Resposta Social organizada a que as pessoas em situação de dependência podem ter acesso para satisfação de necessidades básicas e específicas, apoio nas atividades instrumentais da vida quotidiana e atividades sócio recreativas. Este conjunto de serviços é prestado no domicílio habitual de vida do cliente, contribuindo para a promoção da sua autonomia e a prevenção de situações de dependência ou do seu agravamento” (Manual da Qualidade da Resposta SAD, 2005).

Falar em qualidade, remete-nos para um conceito mais abrangente e diversificado, que contempla em si mesmo duas vertentes: qualidade subjetiva, ou seja deve ter em conta a perspetiva dos utilizadores e o modo como estes percecionam os serviços e a forma como melhoram as suas vidas, e a qualidade objetiva, considerando o modo como os serviços estão estruturados e respondem às necessidades e satisfação dos clientes.

Neste sentido, “avaliar os serviços e determinar como estes contribuem para que as pessoas idosas tenham uma vida com qualidade implica questionar a organização e gestão dos equipamentos, os recursos, a satisfação com o acesso e concretização dos cuidados assim como o impacto que têm na vida dos utilizadores” (Carvalho, 2012:142).

A ideia base do modelo de avaliação da qualidade é a qualificação das respostas, e neste caso específico da resposta SAD.

Segundo Carvalho (2012), este modelo apresenta os seguintes objetivos:

“Melhorar os serviços prestados; permitir a auto-avaliação das respostas sociais integrando o desempenho da organização; melhorar o funcionamento da organização quanto à eficiência e eficácia dos processos de participação dos clientes e dos familiares, ao aumento da satisfação das expectativas e necessidades dos clientes, parceiros, colaboradores, fornecedores; e por último, harmonizar a nível nacional as regras de funcionamento para todos os serviços de SAD” (p:143).

No caso específico do SAD e para que se consigam rentabilizar todos os recursos existentes, torna-se imperativo que a intervenção seja baseada em critérios de qualidade, isto é, ter em conta o interesse das pessoas em situação de dependência (total ou parcial). Para tal, é necessário estabelecer uma relação próxima com o cliente/família, no sentido de recolher toda a informação necessária para estabelecer um plano de cuidados que vá ao encontro das suas necessidades, expectativas, capacidades e competências; desenvolver cuidados ao nível da qualidade das relações; ter presente que os clientes têm necessidade de se sentirem valorizados e incluídos no processo, sentimento esse, construído com base no respeito mútuo e na compreensão da individualidade de cada pessoa. Essa individualidade traduz-se na forma de pensar o cliente como um ser afetivo e ativo, que gosta de ser respeitado e, criando um ambiente calmo e flexível, no sentido de permitir o acesso a um leque de escolhas importantes para o seu desenvolvimento individual, fomentado a sua participação (Manual da Qualidade da Resposta SAD, 2005).

No que diz respeito à Santa Casa podemos explicar como foi organizado todo o processo de implementação do SGQ, organizado por processos chave. Estes processos chave espelham e descrevem o trabalho realizado em cada fase do desenvolvimento do processo, e pretendem ser um documento orientador das normas e regras a adotar na execução de determinada tarefa.

De salientar a uniformização de procedimentos, revisão/criação de documentos e implicação de todos os colaboradores da instituição, de forma a unificar esforços e estabelecer orientações comuns e transversais à instituição.

Quadro 3.1 – Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ)

| Processos Chave | Entradas | Saídas |
|----------------------------------|---|---|
| Candidatura | <ul style="list-style-type: none"> - Necessidades e expectativas do cliente / família; - Critérios de seleção / priorização dos candidatos; - Capacidade de cada RS; - Lista de espera de cada RS. | <ul style="list-style-type: none"> - Periodização nas listas de espera de cada RS. |
| Admissão e Acolhimento | <ul style="list-style-type: none"> - Priorização nas Listas de Espera de cada RS; - Necessidades e expectativas do cliente / família; - Documentação do Cliente; - Capacidade de cada RS. | <ul style="list-style-type: none"> - Contrato; - PI; - Base de dados “Gestão de Clientes” atualizada; - Ficha de avaliação diagnóstica; - Programa de acolhimento inicial. |
| Acompanhamento Individual | <ul style="list-style-type: none"> - Contrato; - PI; - Base de dados “Gestão de Clientes” atualizada; - Ficha de Avaliação Diagnóstica; - Programa de Acolhimento inicial; - Planos de atividades das RS; - Resultados das avaliações do acompanhamento individual do cliente. | <ul style="list-style-type: none"> - PI atualizado; - Acompanhamento individual atualizado. |
| Nutrição e Alimentação | <ul style="list-style-type: none"> - Regras de alimentação equilibrada; - Clientes com necessidades alimentares específicas e / ou regimes específicos; - N° de refeições a servir; - N° de refeições a necessitar de apoio; - PDI’s; - Boas práticas de higiene alimentar. | <ul style="list-style-type: none"> - Apresentação do n° de refeições servidas; - Garantir que o n° de reclamações seja igual ou inferior a 6; - Garantir que o n° de não conformidades seja igual ou inferior a 9; - Garantir que o resultado das análises microbiológicas (segurança alimentar) seja superior a 90%; - Garantir que o resultado do inquérito de satisfação (qualidade alimentar) seja igual ou superior a 80%). |
| Apoio Psicossocial | <ul style="list-style-type: none"> - Levantamento das necessidades de apoio psicossocial; - PDI. | <ul style="list-style-type: none"> - Registos; - PDI atualizado; - PI atualizado. |

| | | |
|--|--|---|
| Planeamento e Acompanhamento das atividades Socioculturais e de Desenvolvimento Pessoal | - PDI's. | - Plano de atividades atualizado; - PDI's atualizados; - Registos; - Novas atividades. |
| Cuidados Pessoais e de Saúde | - PDI's. | - PDI's atualizados; - PI atualizado. |
| Apoio nas Atividades Instrumentais da Vida Quotidiana | - Necessidades e expetativas do cliente/família; - Resultados do Programa de acolhimento inicial; - PDI; - Informação diária do cliente/responsável pelo cliente. | - PDI's atualizados; - PI atualizado. |

Fonte: Elaborado pela autora com base no SGQ

Mais uma vez se reforça a ideia que todos os profissionais foram incluídos neste processo. Realizaram-se vários encontros/reuniões para discussão de todas as implicações da implementação de um SGQ. Foram elaborados e votados todos os documentos, instruções de trabalho e impressos.

Todas as informações pertinentes para cada categoria profissional são divulgadas e periodicamente reúnem para discussão de algumas situações específicas ou para tirar dúvidas. Este sistema também prevê, na linguagem da qualidade, a revisão da gestão e melhoria contínua. São dois conceitos fundamentais para a consolidação de todos os procedimentos.

3.3. O processo de intervenção social em SAD

Relativamente ao processo de SAD, será importante referir que todos os pedidos são aceites e aguardam numa lista de espera.

De qualquer forma, a origem do pedido pode ser requerida pelo próprio, família, vizinhos, hospital ou outra Instituição.

De acordo com os procedimentos estabelecidos pela Instituição e que constam no Manual da qualidade, é possível contextualizar e descrever a forma de organização, encaminhamento e prática efetiva do SAD.

No atendimento inicial, é disponibilizada toda a informação sobre o funcionamento da Resposta Social (RS). A informação pode ser prestada por contacto presencial ou por contacto telefónico, e é realizada sempre que se justifique ou que a família o solicite. Os atendimentos são, regra geral, previamente agendados com o responsável pela RS e realizados no seu gabinete, ou em situações de dificuldade de deslocação, no domicílio do potencial cliente.

A informação e documentos disponibilizados ou dados a conhecer pelo responsável em situação de atendimento são: o Regulamento interno (o candidato a cliente é informado da existência do regulamento e de alguns dos seus itens, como as condições e regras de funcionamento da instituição, sendo sempre disponibilizada uma cópia, quando solicitado); os Critérios de admissão; os Serviços existentes; podem ser também esclarecidas dúvidas ou encaminhamento das situações (caso não possam ser resolvidas em contexto de SAD ou da Instituição).

No primeiro contato com a Instituição é preenchida a ficha de candidatura e, posteriormente, enviada para o SAD, caso não seja realizada pela responsável da RS.

Para esse efeito existe um departamento na SCMA, que está situado numa zona mais central e acessível, de forma a facilitar o acesso a todas as informações necessárias.

Para além destas possibilidades, pode sempre consultar o *site* da Instituição e enviar a candidatura por *email*, uma vez que todos os contatos estão divulgados.

Relativamente ao processo de admissão propriamente dito, são sempre analisados os tipos de vaga existentes para se poder adaptar e responder às novas situações.

Neste sentido, são contactadas telefonicamente as situações classificadas como prioritárias e é marcada uma visita domiciliária (VD). Nessa VD é efetuado o diagnóstico da situação psicossocial e é aferida a tipologia de SAD mais adequada, visando planear quantas visitas diárias são necessárias e quais as tarefas a executar. São solicitados alguns documentos para a organização do processo individual do cliente e para efetuar o cálculo da mensalidade.

São analisadas todas as questões pertinentes e necessárias para que a prestação do SAD esteja o mais possível de acordo com as necessidades e expectativas de cada situação.

Após novo contato e caso a família considere ter condições para contratualizar o SAD, é marcada nova VD. Nessa visita a Responsável é acompanhada pela equipa de AAD que vai prestar o apoio e são combinados horários, tarefas a realizar (Programa de Acolhimento Inicial – PAI) e é preenchida a Ficha de Avaliação Diagnóstica.

O preenchimento destes documentos é feito na presença do cliente, representante legal (se for o caso) e equipa, para que possam participar na implementação do programa, através do seu envolvimento e acompanhamento das atividades.

O programa de acolhimento inicial (PAI) refere-se ao período de adaptação do cliente (período nunca superior a 30 dias). Esta fase é a principal, uma vez que é a altura em que se estabelece o primeiro contato com a situação e se vai adaptando a intervenção de acordo com a perceção e evolução do caso.

No período inicial são desenvolvidas as seguintes ações, com o intuito de adaptar o mais possível as necessidades às situações: Gerir, adequar e monitorizar os primeiros serviços prestados; Avaliar as reações do cliente; Prestar esclarecimentos, nomeadamente, quais os produtos/artigos que são fornecidos pelo cliente (por exemplo fraldas, gel de banho, esponjas, etc.) e os que são fornecidos pela SCMA (por exemplo, luvas para o trabalho das AAD`s); Evidenciar a importância da (s) pessoa (s) próxima (s).

Com o objetivo de garantir o princípio da privacidade e responsabilidade pela propriedade alheia, a equipa em conjunto com o cliente deverá, durante a implementação do programa de acolhimento: Definir e conhecer os espaços, equipamentos e utensílios do domicílio a utilizar na prestação dos cuidados; Definir as regras e forma de entrada e saída do domicílio; Outros aspetos considerados pertinentes.

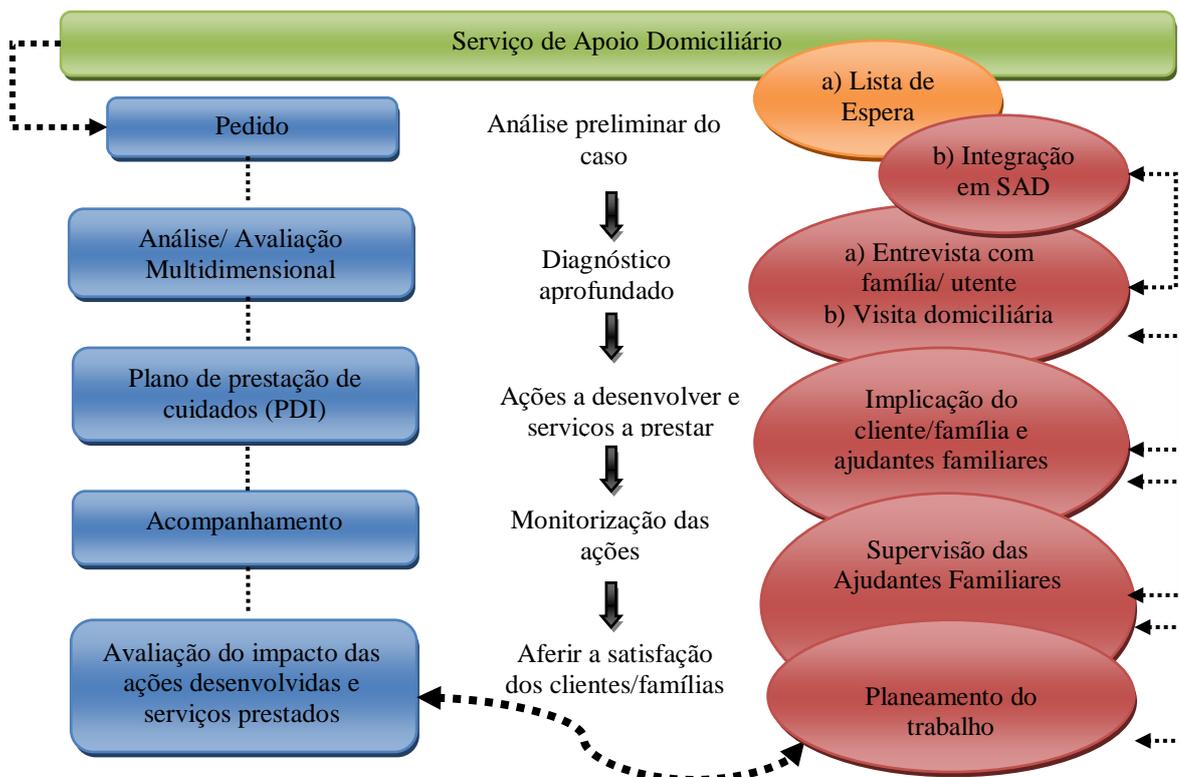
Durante este período e sempre que se justifique, os colaboradores responsáveis pelo acolhimento do cliente podem desenvolver, observar ou aprofundar alguns aspetos da Entrevista de Avaliação Diagnóstica, completando ou alterando, sempre que necessário, o conteúdo da ficha da Avaliação Diagnóstica.

É sempre possível ir redefinindo o apoio de acordo com as necessidades e a evolução da situação. Essa é a verdadeira mais-valia, o poder ter um serviço flexível e readaptado à realidade e às necessidades que vão surgindo.

Para além de todas estas informações e organização do serviço, fica também em cada domicílio, um *dossier* de cliente onde constam nomeadamente: regulamento Interno, contratos, prescrição médica, folhas mensais (onde são especificados os serviços realizados), folhas de ocorrência (onde podem escrever todas as informações que considerem importantes) e outros documentos necessários, de forma a facilitar o acesso a toda a informação pertinente sobre cada situação, de uma forma eficiente e acessível a toda a equipa. É fundamental para além da uniformização de procedimentos, a disponibilização da informação de uma forma célere e equitativa, considerando que a equipa é extensa (neste caso específico) e que necessita de trabalhar e de ter disponíveis as mesmas ferramentas para todos os colaboradores.

A título de conclusão podemos apresentar um quadro síntese:

Figura 3.2 - Processo de Intervenção em SAD



Fonte: Elaborado pela autora

3.4. Intervenção direta: relação de ajuda

No âmbito da intervenção direta, queremos destacar alguns casos que acompanhamos diariamente. Na apresentação dos casos serão tidos em conta os princípios de confidencialidade e anonimato, pelo que o nome apresentado é fictício.

Atualmente assistimos cada vez mais a pedidos exigentes e difíceis de acompanhar. O humanismo e trato relacional e profissional são pilares fundamentais a manter, sem esquecer que trabalhamos com pessoas e para as pessoas.

Caso 1 – D. Lurdes

A D. Lurdes, já foi utente do SAD. Com cerca de 80 anos, esteve hospitalizada e por várias condicionantes de saúde ficou completamente acamada.

O médico que seguia o seu caso, após estabilizar a situação, atribuiu “alta” à idosa, e a única filha e familiar da cliente vê-se confrontada com o facto de ter que resolver rapidamente a situação, uma vez que não tem condições (na sua opinião) para a ter em casa.

O Hospital pressiona a família para retirar a senhora do hospital, sob pena de contrair uma infeção hospitalar. Ela está com alta e precisam da cama.

A nível económico a família não tem condições para suportar as despesas de um Lar, uma vez que a pensão da idosa mal chega para pagar as despesas mensais.

A nível familiar, a filha ainda trabalha e tem duas filhas pequenas, o que não lhe permite ter a disponibilidade suficiente para tratar da mãe.

Inevitavelmente tem que recorrer à Segurança Social para solicitar ajuda na comparticipação de um Lar. No entanto, não podemos esquecer que esta fase representa uma luta contra o tempo e contra uma série de dilemas que a família enfrenta.

Na intervenção deparamo-nos, muitas vezes, com o sentimento de impotência perante a resolução de problemas complexos. O dilema do que consideramos que deveria ser feito, e o que realmente é possível fazer perturba a capacidade de intervir de uma forma direta e objetiva.

Sabemos que nem sempre as respostas são céleres e surgem no momento em que se precisa de alternativas.

Contudo, existe uma vertente que pode estar sempre presente em qualquer intervenção social, que é a Humanização dos Serviços, o estarmos presentes e disponíveis para o outro, o escutar, o esclarecer, o perceber que mesmo com a maior boa vontade e disponibilidade todos temos os nossos limites e as nossas fraquezas. Um bom encaminhamento consiste nisso mesmo, no termos tempo para explicar às famílias o que se passa, quais os procedimentos, quais as possibilidades. O mostrarmos que estamos disponíveis para ajudar e fundamentalmente estabelecer uma relação de confiança.

Caso 2 – D. Maria

A D. Maria tem 84 anos e vive só. A única filha reside em França e não tem familiares próximos. Inicialmente ainda conseguia fazer as AIVD, com ajuda do SAD, mas de uma forma relativamente autónoma. Repentinamente começa a perder as forças e a ficar acamada. Dá entrada no hospital onde “por acaso” lhe é diagnosticado um cancro. Dias depois tem alta e vai para casa. A degradação física é notória e as limitações cada vez maiores.

Apesar de, na nota de alta, estar especificado que tinha uma neoplasia, não foi seguida nem consultada por nenhum especialista.

A distância da família é grande e as soluções muito “pequenas”.

Tentou-se no âmbito da equipa de cuidados continuados na comunidade, iniciar o processo de referenciação para uma unidade de paliativos.

A visita foi realizada, mas como não estava referenciada no hospital como doente oncológica o processo ficou em espera.

Mais uma vez a capacidade económica é reduzida e conseqüentemente as esperanças diminutas.

O ser humano, analisado de uma forma generalizada, tem uma tendência natural para avaliar as ações dos outros e tecer juízos de valor. Contudo, o respeito pelas pessoas, pelas suas histórias de vida e pelas suas escolhas, são aspetos externos à intervenção, mas que balizam a relação profissional.

Não se devem desvalorizar sentimentos. Cada um tem uma forma de sentir e agir, que deve ser respeitada. A missão do Serviço Social será, com os recursos disponíveis, esgotar todas as possibilidades que permitam resolver e ir o mais possível ao encontro da satisfação das necessidades que cada situação exige.

O trabalho em parceria desempenha aqui um papel fulcral em todo o processo. É fundamental estabelecer uma relação profissional e de total confiança.

É fundamental um conhecimento próximo das necessidades e rentabilizar todos os recursos disponíveis. O apoio e a segurança demonstrados devem estar presentes e fazem parte do processo de intervenção. Podemos e devemos informar, esclarecer e orientar, não julgar.

Neste caso específico, articulou-se com o Hospital no sentido de se conseguir uma declaração médica para dar início ao processo de referenciação na rede. Foram feitas várias visitas em conjunto com a equipa de cuidados continuados na comunidade. O SAD foi alargando o número de visitas diárias, até se conseguir vaga numa unidade.

Caso 3 – Sr. Manuel

O Sr. Manuel tem 94 anos. Vive só e conta com a ajuda do seu único filho e família. Sempre foi muito autoritário e independente. A idade foi trazendo algumas dificuldades, que não queria aceitar. Foi sempre conseguindo, com a vigilância da família e do SAD, assegurar as tarefas básicas em segurança.

Contudo, num curto espaço de tempo começou a ter alguns comportamentos desajustados e cada vez mais era difícil conseguir ajudar, ajuda esta que rejeitou, quer por parte do SAD, quer por parte da família. Chegou mesmo a ser violento.

Os vizinhos começaram a ter receio dos seus comportamentos desajustados, e a família a tentar procurar todas as possibilidades de ajuda e orientação para o caso.

Mesmo com uma família presente e interessada é difícil quebrar as burocracias.

Conseguiram que o seu médico particular o fosse visitar no seu domicílio.

Foi elaborado um relatório, onde era referido sofrer de alzheimer e não reunir condições para morar sozinho.

A família não conseguia detê-lo. Estava perfeitamente convicto que se encontrava bem e que conseguia fazer todas as suas tarefas como antes.

Consegiu-se que a saúde pública realizasse visita domiciliária na presença dos familiares, para verificar a situação. Foi-lhes facultado o relatório médico e fez-se o enquadramento da situação.

A casa estava arrumada e ainda não dava muitos sinais de alerta, mas dado que estas situações levam o seu tempo era preferível alertar o quanto antes, até porque a família tinha solicitado ajuda, pois não sabia o que fazer, nem onde recorrer.

Neste caso específico existe apoio, preocupação e disponibilidade da família. No entanto, nem sempre é fácil, uma vez que também é importante saber lidar com a frustração e com a dificuldade em conseguir responder a todas as situações.

Emocionalmente é mais desgastante acompanhar um cliente com demência, uma vez que este já não está capaz de decidir pela sua vontade, mas que, juridicamente, ninguém poderá decidir por ele, sem o mesmo ser considerado inimputável. São processos demorados e nem sempre os *timings* conseguem acompanhar e responder às necessidades.

Nem sempre o dia-a-dia se compadece com estas situações. Os dilemas são constantes, na tentativa de pensar qual será a melhor solução, ou se estamos a tomar a decisão certa. Os profissionais devem estar preparados para apoiar e escutar as famílias, sem decidir por elas, mas acompanhando e orientando de acordo com as possibilidades existentes. A família, em alguns casos está presente e quer ajudar, mas o lado emocional, muitas vezes encobre a razão.

Caso 4 – Sr. Júlio

O Sr. Júlio tem 87 anos. Vive só e encontra-se completamente acamado e dependente da ajuda de terceiros.

Tem 5 filhos, mas estes nunca se entenderam relativamente aos cuidados a prestar ao pai e, por esse motivo, raramente o visitam. O SAD, normalmente representa a única visita ao longo do dia, por esse motivo tem que ter um apoio mais alargado (4 x dia).

Inicialmente o Sr. Júlio ainda ajudava, mas com o passar do tempo foi perdendo gradualmente a visão e começou a ficar sem capacidade de conseguir chegar a um simples copo de água.

No entanto, continuava com um sentido de humor magnífico e uma memória fabulosa para contar as histórias da sua vida.

Apresentava sempre um sorriso e uma capacidade incrível em se relacionar com os outros.

Com o tempo tornou-se inoportável mantê-lo em casa e foi necessário reunir a família para se tomar uma decisão.

Acabou por se integrado no Lar da SCMA, mas não foi fácil obter o consenso familiar, apesar de, na altura, o próprio cliente manifestar essa vontade, uma vez que se sentia muito só.

No mundo real, nem sempre é fácil gerir as relações família/cliente. Torna-se em muitos casos mais difícil lidar com os familiares do que com o cliente. No caso apresentado não foi fácil chegar a um entendimento com as partes envolvidas, uma vez que, numa primeira fase, o cliente não queria sair do seu domicílio. Posteriormente e dado que o Sr. Júlio tinha uma pensão muito baixa, a família não concordava relativamente à prestação do serviço, dado que uns consideravam melhor o pai ir para um lar (não se importando de participar uma parte), os outros não queriam que o mesmo deixasse a casa. De qualquer forma nenhum filho apoiava o pai, ficando a aguardar que um dos irmãos tomasse conta da situação.

Foi necessário fazer um trabalho junto da equipa SAD, cliente e família no sentido de mostrar a situação real e responsabilizar a família. As Instituições, não podem nem estão preparadas para se substituir à família, nem é esse o objetivo.

Cada parte tem uma função e em conjunto e de uma forma complementar podem chegar a uma solução. O mais importante é incluir o cliente em todo o processo e dar espaço ao mesmo para que possa expressar a sua vontade (caso ainda tenha condições para o fazer).

Caso 5 – D. Joaquina

A D. Joaquina tem 98 anos. Vive só e não tem familiares próximos.

Sempre foi uma pessoa muito independente e com uma mente muito consciente do que queria para a sua vida. Já enviuvou há muitos anos e por motivos de saúde nunca teve filhos.

Profissionalmente foi sempre uma mulher muito ativa. Foi professora e escritora e ainda escreve poemas.

A nível físico as limitações já são muitas, mas a nível intelectual a sua clareza de ideias e o raciocínio são um exemplo para muitos.

Apesar de os amigos e vizinhos considerarem que a mesma deveria ir para um lar, a mesma mostra-se irredutível. Quer continuar na sua casa e morrer no seu “cantinho”.

Pede ajuda ao SAD, no sentido de a acompanhar e garantir que a sua vontade é respeitada. Já se articularam os serviços possíveis (Segurança Social, Câmara, Centro de Saúde), no sentido de se averiguar qual a melhor solução e que tipo de acompanhamento pode ser dado. Tem-se aumentado o apoio de acordo com as necessidades sentidas, mas a cliente continua no seu domicílio, de acordo com a sua vontade.

Analisando esta situação podemos, por um lado, ter em conta a idade avançada e as necessidades que a cliente vai sentindo de estar acompanhada o maior tempo possível e, por outro lado, podemos pensar neste caso no sentido em que é manifestamente impossível ir contra a sua vontade. Enquanto ser humano, e enquanto pessoa totalmente esclarecida e consciente, que tem direito a decidir sobre o que é melhor para si, provavelmente “obrigá-la” a ir para um lar, poderá representar a sua anulação enquanto pessoa e enquanto ser de direitos.

Quem melhor do que nós próprios para decidir o que é mais adequado. De qualquer forma podemos sempre esclarecer e informar o próprio das respostas possíveis e das suas implicações. Deverá ser uma intervenção participada e informada.

Caso 6 – Sr. António

O Sr. António tem 90 anos. Durante muitos anos foi o cuidador principal da sua esposa. Após o seu falecimento ficou a morar sozinho.

No seu domicílio inicialmente conseguia fazer as suas tarefas, ia à rua, mas nunca quis frequentar o centro de dia.

Pedia para o deixarem “estar no seu cantinho” e ia fazendo a sua vida normal, com alguma vigilância do SAD.

A família aparecia pontualmente e a falta de objetivos e de motivação (uma vez que a sua companhia já não estava presente) fora, a pouco e pouco, levando-o para uma viagem ao vazio.

Sentia que já não era útil e que já não estava cá a fazer nada.

Começou a isolar-se em casa, a ficar cada vez mais baralhado e mais apático. Rapidamente foi necessário aumentar o apoio, mas sempre com o consentimento do mesmo. O estado demencial foi-se desenvolvendo rapidamente e a dada altura já representava um risco mantê-lo em casa sozinho.

Foi necessário solicitar a presença da família, uma vez que o mesmo já não conseguia manifestar qualquer vontade ou expressar uma ideia consistente.

Foi para um Lar, mas dada a urgência da situação, acabou por ser um lar particular. Felizmente a família, neste caso, conseguiu unir-se a orientar-se de forma a conseguir suportar a mensalidade.

Esta situação remete-nos para um outro tema: o direito e o acesso a um tratamento digno e de acordo com as necessidades de cada indivíduo. Não teremos todos direito à Independência, Participação, Assistência, Auto-Realização e Dignidade? Não somos todos seres humanos com necessidades e expectativas? Não teremos todos o direito a ter sonhos, desejos e objetivos?

Apesar de existirem algumas respostas sociais para colmatar as necessidades sentidas pela população mais velha, poderemos considerar que também temos algumas respostas “discriminatórias”, no sentido em que são geridas de acordo com a capacidade financeira das famílias, e que por esse motivo não estão ao acesso de todos.

Isso leva-nos a refletir se não temos direito a um tratamento igual, ou se o apoio social também estará organizado por escalões de participação e de acesso restrito.

É fundamental repensar estas questões e equacionar estratégias que vão ao encontro de quem não tem possibilidade de escolher e se encontra numa posição mais fragilizada.

4. O lugar do cliente na intervenção

Na intervenção é fundamental criar uma relação profissional entre o técnico e o cliente. Essa relação deve ser baseada em confiança e requer que os intervenientes sejam parceiros no processo de mudança.

É claro que a relação de poder é diferente, mas cabe ao profissional gerir, capacitar e garantir a defesa dos direitos e permitir ao cliente a possibilidade de participar ativamente no seu processo.

É necessário refletir sobre a prática e ter uma análise crítica, de forma a analisar as estratégias de intervenção e os resultados obtidos.

Tendo por base a intervenção do S.S. importa salientar que a prática profissional deve ser centrada no cliente.

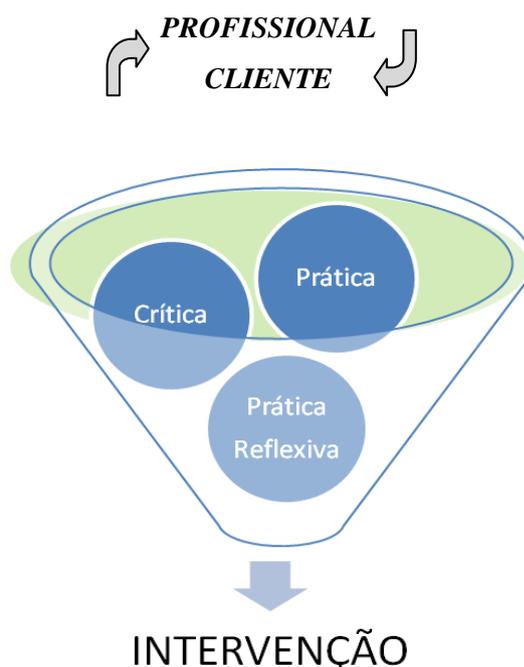


Figura 3.3 – Relação Profissional / Cliente na Intervenção

Fonte: Elaborado pela autora

Considerando que os direitos fundamentais têm que ser preservados, não será suficiente saber que existem na teoria se, na prática cotidiana, não são efetivamente aplicados e percebidos.

O AS deve estar disponível para escutar e perceber todas as informações possíveis sobre cada caso, cada família, cada história de vida. Não é mais do que um processo de descoberta e de conhecimento. Perceber o que motiva determinada forma de ser ou estar de um cliente. Dar voz e espaço para que possa expressar a sua vontade, para que possa falar sobre o que o preocupa, quais são os seus maiores medos e o que o faz feliz.

Não conseguimos elaborar um bom diagnóstico e fazer uma intervenção adequada a cada cliente se não o conhecermos, se não percebermos as suas especificidades. É importante que perceba que pode dizer “o que lhe vai na alma” sem receio e sem julgamentos. Cabe também aos profissionais ajudar e orientar cada cliente a encontrar o seu lugar.

Mencionando o caso específico do SAD, podemos referir que o seu objetivo é ser um complemento, mas muitas vezes é o substituto dos familiares. O SAD é um direito de

qualquer ser humano e mais especificamente neste caso do idoso, poder expressar a sua vontade, ser ouvido e considerado. Todo o ser humano tem vontade de se sentir útil e integrado.

No SAD procura-se ajudar e incutir nos clientes a necessidade de expressar a sua opinião, mesmo que a mesma não seja muito favorável. É importante participarmos nas decisões, refletimos sobre as situações e termos uma análise crítica, no sentido em que se torna fundamental pensarmos em soluções e caminhos alternativos de forma a estarmos o mais possível em sintonia com o que as pessoas necessitam e procuram.

Termos a oportunidade de conhecer a opinião dos clientes, corresponderá à melhor forma de podermos melhorar a intervenção e os serviços. A reclamação pode representar, neste sentido, um crescimento positivo.

Tendo por base o que já foi referido nesta reflexão, é possível relacionar o respeito pelos direitos (o direito à expressão da vontade, à dignidade, aos cuidados, à integridade, à confidencialidade) e a forma de atuar do profissional, com a existência ou inexistência de uma relação de confiança.

As referências dos clientes e a forma como são tratados/considerados representa a estrutura e a condição principal para uma intervenção bem-sucedida.

A postura e a confiança são requisitos base para a construção de uma ligação emocional e profissional. Não é possível desligarmo-nos dos problemas das pessoas, das suas necessidades, dos seus receios, dos seus sentimentos, dos seus desabados.

Entramos diariamente no domicílio das pessoas e na sua vida. Fazemos parte de uma “família profissional” que tenta levar algum conforto e alegria a cada cliente, considerando a sua história e a sua especificidade. Muitas vezes este trabalho não se vê, nem se mede, mas sente-se em cada dia e em cada gesto. Muitas vezes é traduzido num sorriso, num olhar, numa lágrima.

Assim, “ a intervenção social tem hoje um importante papel a cumprir na reconstrução de elos, desde logo entre os sujeitos e as suas próprias experiências e aprendizagens, mas também não deixa de estar sujeita a um conjunto de transformações nas suas finalidades e processos de trabalho, particularmente em termos de acompanhamento, que se constituem como o mote da reflexão a desenvolver” (Albuquerque, 2013:68).

Síntese reflexiva: percurso para a definição de boas práticas profissionais em SAD

Não podemos fazer uma boa intervenção, se não refletirmos sobre a nossa prática. A experiência do dia-a-dia é uma ferramenta fundamental para a nossa atuação enquanto profissionais. Temos de ser capazes de analisar de uma forma crítica, aquilo que fazemos, sem ter medo de apontar o dedo a nós próprios. É uma caminhada que faz parte do crescimento de qualquer ser humano. É através do questionamento que é possível avançar, pôr em causa, crescer e até melhorar. É importante conhecer bem a realidade e toda a sua envolvente.

Deste modo, “ a principal preocupação do assistente social nas respostas de cariz domiciliário é estimular a pessoa idosa para manter uma atividade física e intelectual, dentro das suas possibilidades e tendo em conta as suas especificidades individuais e possibilidades ambientais, numa perspetiva de prevenção de consequências negativas do processo de envelhecimento” (Ribeirinho, 2013:194).

Neste sentido, é importante não só a organização e orientação do serviço, como também potenciar a existência de momentos de partilha e aprendizagem, quer por parte da equipa, quer dos familiares. A criação de grupos de ajuda, sessões de sensibilização e debates temáticos. Ter espaços para se poder falar dos receios, das fragilidades.

Acompanhar socialmente os idosos não é uma tarefa fácil. A total dedicação e amor à profissão acabam por trazer algum desgaste, que se vai manifestando com o tempo. A intervenção do Serviço Social é tanto com os idosos como com as famílias. É fundamental estabelecer uma relação próxima das pessoas e para as pessoas. É importante que possamos ser, enquanto instituição, uma referência para a comunidade, em geral e, para as pessoas, em particular.

De facto, “a competência relacional do assistente social é fundamental para o estabelecimento de uma relação positiva com a pessoa idosa e uma condição para o desenvolvimento de toda a intervenção” (Ribeirinho,2013:188). É claro que esta total disponibilidade e flexibilidade são exigentes, sendo fundamental se quisermos marcar a diferença.

Como foi referido no início deste trabalho, já temos em Portugal um número significativo de respostas, nomeadamente de SAD. Independentemente de serem suficientes para as necessidades, o que é importante é percebermos que não somos mais um serviço, somos “O Serviço”. Aquele que vai ao encontro das pessoas, que as compreende na sua singularidade e especificidade. Que as ajuda, que as aconselha, que as apoia e até que as chama à razão quando necessário. Esta é a verdadeira relação profissional, sem medos, nem tabus. Esta é a vida real, e estas as necessidades das pessoas.

Apesar das estratégias que temos de encontrar, para satisfazer o que nos é solicitado, não nos podemos esquecer, que toda a nossa intervenção com os idosos, se deve debruçar no afeto, na ética, no sentimento de dever moral, no sentido de dever social, no sentido de dever religioso, na vantagem prática do uso do saber acumulado e finalmente, na recompensa emocional e profissional que cada situação nos proporciona. Cada intervenção deve ser baseada na relação, nos cuidados e no respeito pela pessoa.

Na intervenção, “o assistente social, pelo conhecimento das políticas sociais, programas e projetos sociais, mobiliza os recursos disponíveis na comunidade, em função das prioridades estabelecidas com o cliente. Desta forma, é essencial que o assistente social possua conhecimento quanto aos recursos existentes no meio para poder informar a prestações pessoa idosa e sua família sobre os recursos formais existentes, outras instituições e serviços, programas, projetos, prestações pecuniárias, benefícios sociais, bem como as condições e critérios de acesso, se necessário, nesse processo” (Ribeirinho,2013:189).

Para se estabelecer uma relação de ajuda é necessário criar uma relação de confiança. É necessário atitude, disponibilidade, empatia, conhecimento da realidade e das possibilidades disponíveis. Claro que se não existir certeza no diagnóstico ou na forma como intervir, existe sempre a possibilidade da formação, da troca de experiências e conhecimentos, de modo a conseguir obter respostas. O importante é fazer um bom encaminhamento e informar o mais possível as pessoas. Colocarmo-nos na “pele do outro” e tentar traçar um caminho em conjunto.

Não podemos deixar de acompanhar os nossos clientes e famílias. Devemos ter consciência do nosso dever cívico e profissional. Estabelecer parcerias com as instituições envolvidas e trabalhar de uma forma transparente e articulada.

A vida das pessoas traz-nos incerteza e responsabilidade. Para quem trabalha com pessoas, é difícil tecer regras ou normas. Cada caso é um caso, e é nessa diversidade que está a verdadeira essência e riqueza de trabalhar nesta área. O trabalho de equipa representa também uma mais-valia e ao mesmo tempo um desafio.

Nem sempre é fácil conciliar o trabalho e as exigências do mesmo, com toda a logística funcional que um SAD exige. Para além das especificidades dos clientes, temos também que ter em conta as especificidades de cada colaborador. Cada um tem também uma história de vida, sonhos, desejos e receios. É importante dedicar tempo para conhecer a equipa, dar espaço para que cada um se manifeste e mostre o que tem de melhor e principalmente estar disponível e atento. Curiosamente, é possível perceber o lugar que cada um ocupa na equipa e rentabilizar todos os recursos em prol da melhoria do serviço.

As relações e a ligação que se estabelecem entre a equipa e a instituição, a equipa entre si e a equipa com o cliente/família representam a essência de toda a intervenção, ou seja, “o trabalho desempenhado por estas profissionais não se limita às tarefas “domésticas” próprias da vida quotidiana. Implica uma dimensão social sócio-relacional que as transforma em tarefas técnico-relacionais. A finalidade principal da ajuda domiciliária é manter a integridade e a coesão familiar, completando ou substituindo os cuidadores pessoais quando estes se encontram com alguma restrição de capacidade, ou complementando os cuidados familiares prestados no sentido de promover o envelhecimento bem-sucedido” (Carvalho, 2012:237).

Temos de ter a consciência que no SAD, entramos diretamente na casa das pessoas, na sua vida, nas rotinas, na intimidade, na essência, ou seja e resumindo, no que lhes é mais íntimo e precioso. Representamos um serviço no exterior, somos o “rosto” da Instituição e ao mesmo tempo, parceiros da vida de tantas pessoas. É exigido profissionalismo, neutralidade, isenção e ao mesmo tempo participação, intervenção e mudança.

Cabe-nos o dever de informar e orientar as situações que vão surgindo. Estar atento, ter espírito crítico e uma análise de reflexão e introspecção. A intervenção não se realiza sem ser pensada e planeada. É urgente pensar em novas formas de atuar e dar resposta efetiva às necessidades das pessoas. Ouvi-las e essencialmente compreendê-las. Por vezes deparamo-nos com a dificuldade de encontrar respostas e, mesmo com toda a disponibilidade para ajudar, os obstáculos surgem. As burocracias, os diagnósticos pouco detalhados, a falta de humanidade (em alguns casos), o distanciamento que se coloca na resolução das situações.

O SAD, pode marcar a diferença, no tratamento, nos serviços que disponibiliza, na formação, na relação, no empenho e na dedicação. A relação é isso mesmo, tentar colocarmo-nos no lugar do outro. Refletir na “melhor” solução e desencadear mecanismos de reforço de sinergias e entrosamento de recursos por forma a mostrar disponibilidade, compreensão, solidariedade. Tudo isto é possível, mesmo mantendo a distância que o desempenho profissional nos solicita. Contudo, não deixamos de ser pessoas, nem deixamos de ser coerentes, nem de ter bom senso, outra das características fundamentais para qualquer relação de ajuda.

Não podemos exigir o impossível, não podemos remeter a responsabilidade para os outros, para a família, para a sociedade. Nós também somos parte integrante do processo. O Serviço Social, tem em si mesmo e desde a sua génese, todos os predicados para conseguir realizar um trabalho para as pessoas e com as pessoas.

Ser AS, é ter uma missão de trabalho e de entrega. Ser AS num SAD, é ter a consciência que trabalhamos com seres humanos que pensam, sentem e têm direitos. É ter a consciência que não se pode mudar o mundo, mas que se pode trabalhar no sentido de garantir uma melhor qualidade, na vida das pessoas.

É importante ter sempre presente que “a mudança, a liderança, a participação numa lógica colaborativa e cidadã, o trabalho em equipa, o trabalho em rede, bem como o estabelecimento de laços sociais correspondem a paradigmas de intervenção social na sociedade contemporânea, e constituem a matriz analítica dos modelos de intervenção que se vão configurando” (Almeida, 2013:16).

Reflexão pessoal

Pensar, refletir no agir, sem medo de errar ou de transparecer a alma. Intervir é também sentir o que estamos a fazer, sob pena de também demonstrarmos sentimentos. Mas afinal o que está por detrás do profissional, senão um ser humano com sonhos, ideais, regras e valores.

Aprendemos ao longo da nossa formação que devemos manter sempre a postura e não deixar transparecer a fraqueza ou a insegurança. Chegamos a um impasse profissional ou mesmo social, que se manifesta diretamente nos dilemas que enfrentamos diariamente e que se prendem fundamentalmente com as necessidades e expectativas de quem nos procura.

Considerando alguns anos de experiência vivida, o fundamental centra-se na necessidade de sermos imparciais, justos e disponíveis. Não nos pedem para sermos os “salvadores da pátria”, nem para fazermos milagres, essa não é a nossa função.

Temos que estar preparados para as divergências, as incorreções, as injustiças, as emoções e mostrarmos às pessoas total disponibilidade, clareza e informação.

Mostramos as regras e as ferramentas disponíveis, e as várias possibilidades ou cenários possíveis. Cabe ao cliente escolher o seu caminho e perceber as consequências das suas escolhas.

A postura profissional deve assumir aqui uma base sólida de conhecimentos e valores que permitam também ao profissional conseguir delimitar os campos de atuação.

Contudo, uma boa relação de confiança constrói-se com o tempo e com as ações. As pessoas esperam apoio, segurança e soluções. Os profissionais apenas têm que fazer uso das ferramentas de que dispõem e orientar. Ter sempre a preocupação de disponibilizar a informação certa para cada situação e não deixar que as pessoas se desloquem de serviço em serviço sem nunca conseguirem perceber como podem resolver determinado problema.

Apesar de aprendermos academicamente que temos que ser firmes e despidos de sentimentos, quando trabalhamos com pessoas e com as suas vidas, os sentimentos são dicotómicos. É neste palco que surgem os dilemas éticos. O que eu gostava que fosse? O que a instituição quer que seja? Se fosse comigo...?

Tudo o que nos move tem e gera um sentimento, as relações são sentimento, a prática profissional é sentimento, o que nos motiva é sentimento. Portanto, temos que começar a colocar a tônica no que é importante e fundamental para uma intervenção centrada no cliente e eficaz no diagnóstico.

Não podemos limitar a nossa intervenção apenas a “vender pacotes de serviços” e, até quem sabe, a fazer “promoções”. As Instituições vêm-se obrigadas a organizar os serviços em função das regras que a Segurança Social implementa, sem terem espaço, em muitos casos, para perceber o que é melhor para o cliente.

O Serviço Social é muito mais que isso. A intervenção tem que ser encarada como uma estratégia que deve ser desenvolvida caso a caso e de uma forma personalizada. Só assim podemos falar em respostas sociais, qualidade dos serviços e rentabilização de recursos.

Pode dizer-se que “ ao assistente social gerontológico requer-se que possua um saber, um saber-ser/estar e um saber-fazer sólido, teórico e prático, e, não menos importante, alguma criatividade que lhe permita agir em contextos instáveis, indeterminados e complexos, caracterizados por zonas de incerteza que de cada situação fazem uma novidade a exigir uma reflexão dialogante com a própria realidade que lhe fala. Por outro lado, é-lhe requerida capacidade de diálogo com os diferentes agentes envolvidos na prestação dos cuidados, e capacidade de encontrar soluções ajustadas a cada cliente e sua família, através de uma efetiva capacidade relacional” (Ribeirinho, 2013:198).

Neste contexto, pode considerar-se que a prática e a intervenção, são baseadas na experiência, no saber ser, estar e fazer. Os dilemas e as vontades, o querer saber mais e fazer melhor, fazem parte de todo este processo.

Quando trabalhamos com a vida das pessoas e com necessidades básicas, tudo se torna mais delicado, uma vez que como seres humanos que somos, temos limitações e às vezes, o desespero das pessoas é tanto, que nos pedem quase para sermos “Super Heróis” com capacidades extraordinárias, capazes de fazer o impossível e resolver todos os problemas.

O mais difícil, às vezes, é viver de uma forma positiva com a frustração e a consciência de que somos incapazes de responder com eficácia a todas as solicitações.

Efetivamente também somos seres humanos, com limitações, mas também com sentimentos e valores. O Serviço social, e mais especificamente os técnicos em SAD, podem construir uma forma mais personalizada e próxima, sem quebrar a relação profissional de intervir e demonstrar respeito e disponibilidade no tratamento das situações.

Temos que, paralelamente a toda a reflexão e estudo que esta temática tem desenvolvido, aproveitar os resultados e as conclusões para criar respostas mais personalizadas e humanizadas. Todo o ser humano tem direito ao respeito pela sua individualidade, pelo tratamento, pela dignidade, pela confidencialidade, pela informação. Só assim se pode construir uma relação de confiança e a possibilidade de darmos tempo e espaço para que o cliente/família se organize e escolha o seu caminho.

Os nossos idosos são pessoas cada vez mais esclarecidas e exigentes. Os serviços têm que estar preparados para acompanhar a realidade, “estão a surgir clientes com mais escolaridade, mais rendimento, mais informação, mais expectativas e mais exigências. Esta nova realidade desafia a política de cuidados e a intervenção neste tipo de resposta social a construírem novas abordagens de acordo com o paradigma do envelhecimento bem-sucedido” (Carvalho, 2012:366).

Por outro lado, importa reservar também um espaço para a reflexão sobre os comportamentos e relações de parceria entre instituições que muitas vezes se sobrepõem aos verdadeiros interesses e preocupações sociais. Ainda existe algum receio em mostrar e encarar a realidade tal como ela se apresenta. Ainda assistimos a algumas tentativas de tapar as situações mais difíceis, como se por não as vemos elas deixassem de existir. É importante refletir, mas numa tentativa real de mudança. Não interessa descobrir o que já se sabe ou dizer o que todos já dizem. É fulcral marcar pela diferença e pela capacidade real de trabalhar no terreno e dar mais visibilidade ao que se faz.

Existe tanto trabalho e entrega, que não se escreve nas normas, nas regras e que basicamente não se vê. Mas, quem trabalha diariamente nestas áreas sente, e sente com uma intensidade às vezes demasiado marcante quando se sente impotente para ir mais além. De qualquer forma, apesar de termos total noção que não vimos mudar o mundo, podemos decerto ter alguma “pretensão” em poder marcar pela diferença, pela insistência, pela determinação.

Quem cala consente, com diz o ditado, mas mesmo em silêncio é possível ouvir a voz das pessoas e tentar ir ao encontro de um sorriso ou de uma lágrima. Também se chora de alegria e de reconhecimento.

A relação representa o centro de todo este processo. Relação enquanto relacionamento com os outros, relação de confiança, relação de sentimento, relação de preocupação, relação de pertença, relação de termos pontos em comum, relação de querer melhorar algo, relação de querer viver, relação de querer mudar, relação de ser pessoa, relação de ser profissional. É fundamental para quem trabalha nesta área e para o Assistente Social, trabalhar e lembrar no dia-a-dia o seu código de ética, os valores e o respeito pelos outros.

Dada a exigência das situações e da realidade, precisamos de profissionais que realmente se identifiquem e gostem de trabalhar com os idosos. É difícil conseguir entregar-se e realizar um trabalho em toda a sua plenitude, se não nos identificarmos com esta área de intervenção. O trabalho com idosos é muito exigente e desgastante, uma vez que cada situação é diferente e requer um tratamento personalizado.

Deve existir também a preocupação e a missão de controlar a prestação do serviço e a satisfação dos seus clientes. Em caso de necessidade, o serviço deve acionar mecanismos de organização de estratégias por forma a responder às necessidades mais específicas. A equipa deve estar preparada para apoiar todas as situações de uma forma flexível e eficaz. Naturalmente é importante estarmos cientes que, como vivemos num estado democrático, não devemos estar apenas vocacionados para nos assegurarmos do cumprimento dos direitos, mas também dar algum enfoque ao cumprimento dos deveres.

CONCLUSÃO

“O Serviço Social tem como objeto da ação a cidadania, e como objetivo intervir na realidade social, melhorando as condições de vida dos indivíduos e grupos, capacitando-os para a mudança social, de modo a aumentar o seu bem-estar social, tendo como base uma ética inscrita nos valores e nos direitos humanos, respeitando as diferenças, exercitando práticas sociais não opressivas e emancipadoras, potenciadoras da participação social”.

(Carvalho, 2012:24)

“Considera-se que um dos principais desafios para o Serviço Social na transição civilizacional em que se encontra é, justamente, o de se construir como uma alternativa, em termos de visão teórica e prática interventiva, pautada por princípios éticos e por um olhar responsável sobre o mundo que cruze os níveis macro, meso e micro na ação e na reflexão e não esqueça a singularidade individual”.

(Amaro, 2012:94)

O envelhecimento representa uma problemática dos nossos tempos e que definirá a realidade dos próximos anos, de acordo com os dados estatísticos apresentados neste trabalho. Uma vez que o enquadramento teórico e social da situação, é alvo cada vez mais, de estudo e reflexão, cabe aos intervenientes nesta matéria criar condições de apoio e tratamento para todos os cidadãos, independentemente da idade, género, escolaridade, cultura ou extrato social.

Neste sentido “o envelhecimento, enquanto problema social, tornou-se objeto de um processo de intervenção a partir do reconhecimento por parte da sociedade contemporânea do direito que assiste a todo o cidadão de usufruir de um sistema de garantias sociais que lhe permitiu um lugar na sociedade” (Mouro, 2013:24).

As respostas sociais, não podem continuar a ser respostas “só para alguns”. Cada vez mais a justiça social tem que estar verdadeiramente presente e com aplicabilidade em todas as situações.

Com este trabalho pretendemos mostrar não só a problemática do envelhecimento e as suas condicionantes, como também apresentar toda a dinâmica e atividades realizadas num SAD e, principalmente, qual o papel do AS em todo este processo.

Na generalidade, temos noção que apesar das preocupações apresentadas e de muito se debater este tema, ainda estamos muito longe da situação desejada.

É uma realidade que o número de indivíduos com 65 e mais anos está a aumentar consideravelmente. É inevitável o envelhecimento da população e todas as consequências políticas, económicas e sociais a ela subjacentes.

Contudo, “importa salientar a crescente diversidade de medidas e de respostas concretas, de maior proximidade, que têm sido criadas no sentido de facilitar o quotidiano dos idosos e dos seus familiares e de proporcionar um conjunto de serviços de âmbito comunitário e domiciliário que retardem ou evitem o recurso à institucionalização” (Pimentel, 2005:53). De qualquer forma apesar, de ser uma realidade, as respostas existentes, não conseguem chegar a todas as situações e as famílias ficam sem orientação.

Por outro lado, “a incapacidade de olhar para as necessidades individuais e de encontrar formas de gestão social que promovam a justiça social, leva a uma despersonalização das relações entre os seres humanos” (Pimentel, 2005:21).

A velhice não tem que ser encarada como um fase negativa, mas sim como mais uma fase da vida. Nesta linha, “parece importante abandonar a ideia de associar a velhice a algo negativo em si e passar a considerá-la como um momento privilegiado da vida, com realização pessoal, satisfação e prazer” (Sequeira, 2010:34).

Sabemos que a dependência ou a perda de capacidades é indissociável de todo este processo. No entanto, torna-se fundamental criar respostas inovadoras e realmente vocacionadas para as necessidades das pessoas. A manifestação da vontade, e a inclusão do cliente o longo de todo o processo são ferramentas importantes para o desenvolvimento de estratégias adequadas a cada situação.

Neste sentido, a gerontologia em conjunto com o SS, podem juntar esforços e contribuir para uma melhor compreensão do envelhecimento e das suas implicações.

Podemos dizer que “os gerontólogos são profissionais que estão a emergir recentemente como resposta social a este fenómeno recente do envelhecimento e a necessária profissionalização de agentes especializados para intervir junto das populações envelhecidas” (Granja, 2009:2).

Por seu lado, “o Serviço Social na área da gerontologia intervém em populações heterogéneas, com problemáticas muito complexas e multidimensionais, o que requer um conhecimento vasto sobre os problemas subjacentes a esta realidade, mas também a contextualização desses problemas num contexto social global mais amplo” (Ribeirinho, 2013:178). Neste sentido podemos acrescentar que “a profissão de Serviço Social promove a mudança social, a resolução de problemas nas relações humanas e o reforço da emancipação das pessoas para promoção do bem-estar. Ao utilizar teorias do comportamento humano e dos sistemas sociais, o Serviço Social intervém nas situações em que as pessoas interagem com o seu meio. Os princípios dos direitos humanos e da justiça social são fundamentais para o Serviço Social” (APSS – Associação de Profissionais de Serviço Social: 2007).

Neste contexto, não podemos separar a intervenção e o trabalho desenvolvido pelo AS, sem nos debruçarmos nos direitos e na ética, ou seja, “o referencial central da intervenção do Serviço Social com pessoas idosas é o da dignidade humana, ao reconhecer o seu valor intrínseco enquanto indivíduo, enquanto ser único” (Ribeirinho, 2013:179).

Na mesma linha, “a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (UNESCO, 2005) constitui-se como uma fonte incontornável para todos os profissionais que desenvolvem a sua intervenção no campo da Gerontologia, designadamente para os assistentes sociais. Nela podemos destacar os princípios relativos ao respeito pelas características étnicas, religiosas culturais e sociais dos indivíduos, os quais devem ser tratados com justiça e equidade, prevenindo e combatendo qualquer tipo de discriminação” (Ribeirinho, 2013:179).

Será fundamental termos sempre presente, independente do serviço ou instituição onde estamos inseridos, que a intervenção deve ser realizada de uma forma conjunta e tripartida: instituição/ família/ cliente.

Em primeira instância, “as instituições constituem o primeiro nível de análise institucional. De acordo com a concepção ampla que aqui se adota, as instituições são o conjunto de regras, normas, valores, convenções e hábitos que enquadram a vida individual e coletiva” (Almeida, 2011:58).

Relativamente à equipa, “a coordenação tem como função a gestão da equipa, a organização do serviço e a intervenção direta junto dos clientes” (Carvalho, 2012:243) e os AAD, a responsabilidade de no terreno executarem as diretrizes e orientações apresentadas pela instituição.

Não podemos deixar de mencionar o SGQ, que contribuiu para melhorar e cimentar melhor e de uma forma mais rigorosa, todos os procedimentos da instituição.

Considerando especificamente o caso do SAD, “esta resposta implica o exercício de mecanismos de prevenção e de reabilitação. Em termos preventivos, envolve cuidados que impedem a evolução de situações de dependência e de fragilidade social. É importante criar hábitos de vida saudável que abarquem alimentação, desporto, prevenção de quedas e eliminação de barreiras arquitetónicas, assim como reforçar os vínculos familiares e de vizinhança. A reabilitação implica a recuperação de funções físicas, cognitivas e intelectuais perdidas, o auto-ensino de atividades básicas e instrumentais de vida diária perdidas como comer, andar, tomar banho ou vestir-se, mas também o desenvolvimento da capacidade de comunicação com o exterior através da participação em atividades lúdicas e recreativas” (Carvalho, 2012:219).

Sabemos que não é, em muitos casos a resposta ideal, mas sim a possível. Os SAD, de uma maneira geral, apresentam algumas lacunas difíceis de contornar, uma vez que as dificuldades sentidas, na maior parte dos casos, são de cariz estrutural. Necessitaríamos possivelmente de equipas multidisciplinares a trabalhar no terreno; de maior flexibilidade por parte das instituições para traçar qual a melhor intervenção para cada caso, sem a preocupação dos valores da comparticipação recebidos pela Segurança Social; de equipas mais alargadas, para responder a todas as necessidades, e não termos que estar preocupados com os rácios de colaboradores face ao número de clientes; a direção técnica poder ter uma relação mais próxima com os clientes/ famílias, e realizar visitas domiciliárias com mais frequência, sem significar atrasos no restante trabalho de gabinete (mais burocrático). É fundamental estarmos presentes e temos conhecimento de

tudo o que se passa com a equipa e com o cliente. Nem sempre é uma realidade, mas é importante implementar estratégias que ajudem a melhorar a circulação da informação, de uma forma célere e eficaz. Às vezes o erro, ou a incerteza, ajudam-nos a crescer enquanto profissionais, equipa e instituição.

Claro que é igualmente importante salientar os pontos positivos como: a possibilidade de trabalharmos com autonomia; a facilidade de conseguirmos chegar às estruturas de topo; a possibilidade de podermos propor estratégias e manifestar a nossa opinião; a formação; o crescimento e a aposta em novos projetos e desafios.

Sabemos que nem todas as instituições estão no mesmo patamar, mas só trabalhando com profissionalismo e amor à camisola, poderemos fazer com que o nosso trabalho e a nossa dedicação espelhem o que realmente sentimos e o que nos faz todos dias dar o melhor de nós: - Bem Servir.

BIBLIOGRAFIA

- ADAMS, Dominelli and PAYNE (2002), *Critical Practice in SocialWork*, Macmillan Press, Ltd, London.
- ADAMS, Dominelli and PAYNE (2002), *Social Work Themes issues and Critical Debates*, Macmillan Press, Ltd, London.
- ALMEIDA, Mariana (2007), *Envelhecimento: Ativo? Bem-sucedido? Saudável? Possíveis coordenadas de análise ...*, Fórum Sociológico n.º17 (II Série pp. 17-24).
- ALMEIDA, Vasco (2011), *As Instituições Particulares de Solidariedade Social – Governação e Terceiro Sector*, Coimbra, Almedina.
- ALVES, J. A. Lindgren (1994), *Os Direitos Humanos como Tema Global*, S. Paulo, Perspectiva.
- AMARO, M^a Inês (2012), *Urgências e Emergências do Serviço Social*, Lisboa, Universidade Católica.
- BANKS, Sarah e NOHR, Kirsten (2008), *Ética Prática para as Profissões do Trabalho Social*, Porto, Porto Editora.
- BERGER, Louise e MAILLOUX-POIRIER, Danielle (1995), *Pessoas idosas – Uma abordagem global*, Lisboa, Lusodidacta.
- BERTA, Granja (2009), *3^{ème} congrés de L'AIFRIS. Association Internationale pour la Formation, la Recherche et l'Intervention Sociale. Intervention Sociale et Developpement: Quelles references pour quelles pratiques*, Hammamet, Tunisie.
- BONETTI, D. (2001), *Serviço Social e Ética*, São Paulo, Cortez.
- CARRILHO, Maria José (2005), *Envelhecimento e Género: As Diferenças em Portugal, in Futurando*, n.º14/15/16, ISSS-CESDET, p.3-14.
- CARVALHO, Maria Irene (2011), *Ética, Serviço Social e “responsabilidade social”: o caso das pessoas idosas*, Lisboa, in Florianópolis, v. 14, n.2, p.239-245.
- CARVALHO, Maria Irene (2012), *Envelhecimento e Cuidados Domiciliários em Instituições de Solidariedade Social*, Lisboa, Coisas de Ler.

- CARVALHO, Maria Irene (2013), *Serviço Social na Saúde*, Lisboa, Lidel.
- CARVALHO, Maria Irene (2013), *Serviço Social no Envelhecimento*, Lisboa, Lidel.
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (2011), *A definição de Trabalho Social da FITS: Porque revisar?*, São Paulo, Revista Serviço Social e Sociedade, n. 108, p.733-747.
- DIRECÇÃO-GERAL DA ACÇÃO SOCIAL (1996), *Cuidados Familiares às Pessoas Muito Idosas*, Documentos Temáticos, n.º5, Lisboa, Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação.
- DUARTE, Yeda, DIOGO, Maria José (2000), *Atendimento Domiciliar – Um enfoque Gerontológico*, São Paulo, Atheneu.
- FALEIROS, Vicente de Paula (2011), *O que o Serviço Social quer dizer*, São Paulo, Revista Serviço Social e Sociedade, n. 108, p.748-761.
- FERNANDES, Ana Alexandre (1997), *Velhice e Sociedade*, Oeiras, Celta.
- FERNANDES, Ana Alexandre (2004), *Quando a vida é mais longa... os impactos sociais do aumento da longevidade*, in *QUARESMA, Maria de Lourdes et al, O Sentido das Idades da Vida, Interrogar a solidão e a dependência*, Lisboa, Ed Cesdet.
- FERNÁNDEZ, Maria Isabel Ruiz et al (2002), “Intervención Social en Mayores”, in Universidade Portucalense Infante D. Henrique, *Terceira Idade: Uma Questão Para a Educação*, Porto, Universidade Portucalense.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, Rocío (2004), *Gerontologia Social*, Madrid, Pirámide.
- FONTAINE, Roger (2000), *Psicologia do Envelhecimento*, Lisboa, Climepsi Editores.
- FORTIN, Marie-Fabienne (2003), *O processo de Investigação*, 3ª edição, Lusociência.
- GIL, A.P. (1999), *Redes de Solidariedade intergeracionais na velhice*, *Cadernos de Política Social, Redes e políticas de solidariedade*, Associação Portuguesa de Segurança Social, Lisboa.
- GIL, Ana Paula (2007), *Envelhecimento Ativo: Complementaridades e Contradições*, Fórum Sociológico n.º17 (II Série pp. 25-36).
- GUERRA, Isabel (2007), *Fundamentos e Processos de uma Sociologia de Ação – O Planeamento em Ciências Sociais*, Estoril, Principia.

- GUERRA, Yolanda (2007), *O Projeto Profissional Crítico: estratégia de enfrentamento das condições contemporâneas da prática profissional*, Revista Serviço Social e Sociedade n.º91, São Paulo, Cortez.
- HENRIQUEZ, Alfredo (org.) et al (2001), *Serviço Social - Ética, Deontologia & Projetos Profissionais*, Lisboa, CPIHTS.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2002), *Envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socio-económica recente das Pessoas Idosas*, Lisboa, INE.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2004), *Revista de Estudos Demográficos*, n.º35, Lisboa, INE.
- INSTITUTO PARA O DESENVOLVIMENTO SOCIAL (1999), *Características das famílias de idosos*, Lisboa, IDS.
- INTERVENÇÃO SOCIAL (2004), *Ética na Contemporaneidade – Ética e Serviço Social*, N.º29, 1º semestre, ISSSL e ISSSB, Lisboa, Cesdet.
- LETURIA ARRAZOLA, F.J., YANGUAS LEZAUN, J.J., ARRIOLA MANCHOLA, E., URIARTE MÉNDEZ, A. (2001), *La Valoración de las Personas Mayores: evaluar para conocer, conocer para intervenir*, Manual Prático, 1ª edición, Madrid, Caritas Española, Editores.
- MARTINS, Alcina (2002), Comunicação apresentada no I Congresso Nacional de Serviço Social, *Serviço Social crítico em tempos de ditadura*, Aveiro.
- MARTIN GARCIA, Manuel (2003), *Trabajo Social en Gerontología*, Madrid, Editorial Sisteses.
- MATOS VIEGAS, Susana, ANTUNES GOMES, Catarina (2007), *A Identidade na Velhice*, Coleção Idade do Saber, Lisboa, Ambar.
- MICAEL PEREIRA, Fernando (2004), Isolamento e Resiliência, in *QUARESMA, Maria de Lourdes et al*, *O Sentido das Idades da Vida, Interrogar a solidão e a dependência*, Lisboa, Ed Cesdet.
- MICAEL PEREIRA, Fernando (2004), *O tempo da vida e a vivência do tempo*, in *QUARESMA, Maria de Lourdes et al*, *O Sentido das Idades da Vida , Interrogar a solidão e a dependência*, Lisboa, Ed Cesdet.

- MINISTÉRIO DO TRABALHO E DA SEGURANÇA SOCIAL (2005), *Modelo de Avaliação a Qualidade, Serviço de Apoio Domiciliário*, Lisboa.
- NETTO, Matheus Papaléo (2002), *Gerontologia – A velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada*, São Paulo, Atheneu.
- OLIVEIRA, Barros (2008), *Psicologia do envelhecimento e do Idoso*, 3ª edição revista, Porto, Livpsic.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (1999), *Direitos Humanos e Serviço Social*, Lisboa, ISSS.
- PAÚL, Constança e FONSECA, António (2005), *Envelhecer em Portugal*, Lisboa, Climepsi Editores.
- PAÚL, Constança e RIBEIRO, Óscar (2012), *Manual de Envelhecimento ativo*, Lisboa, Lidel.
- PAÚL, Constança e RIBEIRO, Óscar (2012), *Manual de Gerontologia: Aspectos Biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*, Lisboa, Lidel.
- PERISTA, Heloísa e PERISTA, Pedro (2012), *Género e Envelhecimento. Planear o futuro começa agora. Estudo de diagnóstico*, Lisboa, Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género, Presidência do Conselho de Ministros.
- PIMENTEL, Luísa (2005), *o Lugar do Idoso na Família – Contextos e trajectórias*, 2ª edição, Coimbra, Quarteto.
- PITAUD, Philippe (2004), *Solitude et Isolement des personnes âgées*, Ed Érès.
- QUARESMA, Maria de Lourdes et al (2004), *O Sentido das idades da vida- interrogar a solidão e a dependência*, Lisboa, CESDET.
- QUARESMA, Maria Lourdes (2004), *Interrogar a dependência, O Sentido das Idades da Vida, Interrogar a solidão e a dependência*, Lisboa, Ed Cesdet.
- QUARESMA, Maria Lourdes (2005), *Envelhecimento: Questões de Género*, in *Futurando*, n.º14/15/16, ISSS-CESDET, pp.15-28.
- QUARESMA, Maria Lourdes (2006), *Envelhecimento, questões de género, Envelhecimento e Velhice, um guia para a vida*, S.Paulo, Brasil, Vetor Editora.
- QUARESMA, Maria Lourdes (2006), *Gerontologia e Gerontologia Social, análise de um percurso*, Revista Kairós, v.9, n.1, S.Paulo, Brasil.

- QUIVY, Raymond, CAMPENHOUDT, Luc Van (2008), *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, Lisboa, Gradiva.
- ROSA, M^a João (2012), *O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa*, Lisboa, Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- ROSA, M^a João e CHITAS, Paulo (2010), *Portugal: os números*, Lisboa, Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- SANTOS, Clara, ALBUQUERQUE, Cristina e ALMEIDA, Helena (2013), *Serviço Social: Mutações e Desafios*, Coimbra, Imprensa da Universidade de Coimbra.
- SEGURANÇA SOCIAL, *Guia para o acolhimento residencial das pessoas mais velhas*, Lisboa: Instituto de Segurança Social.
- SEQUEIRA, Carlos (2010) *Cuidar de Idosos com dependência física e mental*, Lisboa, Lidel.
- SERRANO, Glória Pérez (2008), *Elaboração de Projectos Sociais- Casos práticos*, Porto, Porto Editora.
- SILVA, Ângela et al (2006), *A prática profissional do Serviço Social português*, Revista Virtual Textos & Contextos, n.6.
- SILVA, Luísa Ferreira (2001), *Acção Social na Área da Família*, Lisboa, Universidade Aberta.
- SOUSA, Liliana et al (2004), *Envelhecer em Família*, Porto, Âmbar.
- SQUIRE, Anne (2005), *Saúde e Bem-Estar para Pessoas Idosas*, Loures, Lusociência.
- UNIÃO EUROPEIA (2012), *A contribuição da UE para um envelhecimento ativo e solidariedade entre as gerações*, Comissão Europeia (Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações).
- VISCARRET, Juan Jesús (2012), *Modelos Y métodos de intervención en Trabajo Social*, Madrid, Alianza Editorial.

Páginas WEB Consultadas:

- “Declaração Internacional dos Princípios Éticos” [consultado em 18/11/2013 e 22/01/2014].
- “Normas Éticas Internacionais para os Assistentes Sociais” [consultado em 18/11/2013 e 22/01/2014].

- ADVITA (2006), *Mitos e factos sobre o envelhecimento*, disponível em: <http://www.advita.pt/index.php>. [consultado em 21.11.2013].
- ADVITA (2006), *O envelhecimento em Portugal*, disponível em: <http://www.advita.pt/index.php>. [consultado em 21.11.2013].
- ALMEIDA, Helena, *Serviço Social, Ética, Deontologia & Projetos Profissionais*, disponível em: <File:///I:/SERVIÇO%20SOCIAL.htm>. [consultado em 25.01.2013].
- Código Deontológico de Serviço Social (1993) [consultado em 18/11/2013 e 22/01/2014].
- GUIMARÃES, Paula, ADVITA (2006), *Suprimimento da vontade de maiores incapazes*, disponível em: <http://www.advita.pt/index.php>. [consultado em 21.10.2012].
- <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/> [consultado em 18/12/2013 e 10/01/2014].
- <http://imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/lopez-intervencion-01.pdf>. [consultado em 14/11/2013].
- <http://imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/moya-reflexiones-01.pdf>. [consultado em 12/11/2013].
- <http://www.cartasocial.pt/pdf/Fi> 132013.pdf [consultado em 12/01/2014].
- LÓPEZ MARTÍNEZ, Javier, CRESPO LÓPEZ, Maria (2006), *Intervención com cuidadores*, Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, nº54, Lecciones de Gerontología IV, disponível em:
- MONTORIO CERRATO, Ignacio, LOSADA BALTAR, Andrés (2004), *Una visión psicosocial de la dependência. Desafiando la perspectiva tradicional*, Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, nº12, disponível em: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/montorio-vision-01.pdf>. [consultado em 12/11/2013].
- MOYA BERNAL, António (2006), *Trabajar con personas mayores: Reflexiones desde la Bioética*, Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, nº55, Lecciones de Gerontología V, disponível em:

- WHO (2001), *Classificação Internacional da Funcionalidade – CIF*, Organização Mundial da Saúde. Disponível em: <[http:// www.who.int](http://www.who.int)>. [consultado em 12/07/2014].
- WHO (2002), *Active Aging. A policy framework*, Organização Mundial da Saúde. Disponível em: <[http:// www.who.int](http://www.who.int)>. [consultado em 12/07/2014].
- WHO (2005), WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Global movement for active ageing*. Disponível em: <[http:// www.who.int](http://www.who.int)>. [consultado em 12/07/2014].
- www.ine.pt [consultado em 18/12/2013 e 10/01/2014].
- www.pordata.pt [consultado em 12/12/2013 e 06/01/2014].
- ZAMARRÓN CASSINELLE, Maria Dolores (2006), *El bienestar en la vejez*, Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, nº52, Lecciones de Gerontología II, disponível em: <http://imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/zamarron-bienestar-01.pdf>. [consultado em 12/11/2013].