



Universidades Lusíada

Elvas, Sandra Patrícia Custódio Baptista, 1975-

O assistente social na gestão de lar para pessoas idosas : a humanização na relação de cuidado

<http://hdl.handle.net/11067/6305>

Metadados

Data de Publicação

2022

Resumo

Esta tese apresenta uma abordagem ao agir profissional dos assistentes sociais em funções de gestão técnica e liderança em lar para pessoas idosas, tendo por objetivo, ampliar o debate acerca do contributo do Serviço Social na gestão e liderança, assim como, no contributo das práticas e competências do assistente social no desenvolvimento da humanização dos serviços e da relação de cuidado. No plano teórico é feita a abordagem aos valores e princípios do Serviço Social, enquanto ponto de partida...

This thesis presents an approach to the professional action of social workers in technical management and leadership roles in the home for the elderly, aiming to broaden the debate about the contribution of Social Work in management and leadership, as well as in the contribution of practices and competences of the social worker in the development of the humanization of services and the care relationship. At the theoretical level, the approach to the values and principles of Social Work is made, ...

Palavras Chave

Lares de terceira idade - Gestão, Serviço social com idosos - Gestão, Assistentes sociais

Tipo

doctoralThesis

Revisão de Pares

Não

Coleções

[ULL-ISSSL] Teses

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-04-29T04:55:21Z com informação proveniente do Repositório



UNIVERSIDADE LUSÍADA
INSTITUTO SUPERIOR DE SERVIÇO SOCIAL DE LISBOA
Doutoramento em Serviço Social

**O assistente social na gestão de lar para pessoas idosas:
a humanização na relação de cuidado**

Realizado por:
Mestre Sandra Patrícia Custódio Baptista Elvas

Orientado por:
Prof.^a Doutora Maria Isabel de Jesus Sousa

Constituição do Júri:

Presidente:	Prof. Doutor Afonso Filipe Pereira d'Oliveira Martins
Orientadora:	Prof. ^a Doutora Maria Isabel de Jesus Sousa
Arguente:	Prof. ^a Doutora Carla Marina Cunha Ribeirinho
Arguente:	Prof. ^a Doutora Maria Inês Martinho Antunes Amaro
Vogal:	Prof. ^a Doutora Inês Casquilho Duarte Martins
Vogal:	Prof. ^a Doutora Maria Júlia Faria Cardoso
Vogal:	Prof. ^a Doutora Teresa Paula Garcia Rodrigues da Silva

Tese aprovada em: 29 de abril de 2022

Lisboa

2021



U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A

INSTITUTO SUPERIOR DE SERVIÇO SOCIAL DE LISBOA

Doutoramento em Serviço Social

**O assistente social na gestão de lar para pessoas
idasas: a humanização na relação de cuidado**

Sandra Patrícia Custódio Baptista Elvas

Lisboa

outubro 2021



UNIVERSIDADE LUSÍADA

INSTITUTO SUPERIOR DE SERVIÇO SOCIAL DE LISBOA

Doutoramento em Serviço Social

**O assistente social na gestão de lar para pessoas
idasas: a humanização na relação de cuidado**

Sandra Patrícia Custódio Baptista Elvas

Lisboa

outubro 2021

Sandra Patrícia Custódio Baptista Elvas

O assistente social na gestão de lar para pessoas idosas: a humanização na relação de cuidado

Tese apresentada ao Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa da Universidade Lusíada para a obtenção do grau de Doutora em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Doutora Maria Isabel de Jesus Sousa

Lisboa

outubro 2021

FICHA TÉCNICA

Autora Sandra Patrícia Custódio Baptista Elvas
Orientadora Prof.^a Doutora Maria Isabel de Jesus Sousa
Título O assistente social na gestão de lar para pessoas idosas: a humanização na relação de cuidado
Local Lisboa
Ano 2021

MEDIATECA DA UNIVERSIDADE LUSÍADA DE LISBOA - CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

ELVAS, Sandra Patrícia Custódio Baptista, 1975-

O assistente social na gestão de lar para pessoas idosas : a humanização na relação de cuidado / Sandra Patrícia Custódio Baptista Elvas ; orientado por Maria Isabel de Jesus Sousa. - Lisboa : [s.n.], 2021. - Tese de Doutoramento em Serviço Social, Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa da Universidade Lusíada.

I - SOUSA, Maria Isabel de Jesus, 1956-

LCSH

1. Lares de terceira idade - Gestão
2. Serviço social com idosos - Gestão
3. Assistentes sociais
4. Universidade Lusíada. Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa - Teses
5. Teses - Portugal - Lisboa

1. Old age homes - Management

2. Social work with older people - Management

3. Social workers

4. Universidade Lusíada. Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa - Dissertations

5. Dissertations, Academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. HV1451.E48 2021

Dedico este trabalho aos meus pais Felisbela e Lereno, que me ensinaram os verdadeiros valores humanos. Ao Nuno, meu marido, por todo o apoio nesta jornada conjunta.

A todas as pessoas que se têm cruzado no meu caminho e que me têm feito querer ser melhor pessoa e melhor profissional.

AGRADECIMENTOS

O percurso realizado não foi realizado nem vivido de forma isolada, pois iniciou-se há já alguns anos. Gostaria de começar por agradecer a quem, de forma indireta e sem se dar conta, me impulsionou e inspirou para chegar até aqui. Portanto, à Professora Doutora Carla Ribeirinho, obrigada por mais de uma década de inquietações, aprendizagens e partilhas.

A todas as pessoas que se têm cruzado no meu caminho profissional e que de alguma forma contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional. Aos meus amigos, que neste percurso tiveram uma palavra de incentivo que me fizeram reerguer para percorrer este caminho que não é um caminho a direito, tem altos, baixos e muitas curvas, como se de uma maratona se tratasse. Foram dias bons e dias menos bons, mas todos percorridos com persistência.

Não podendo esquecer ninguém, preciso de agradecer aos meus colegas de curso, Cidália, Solisa, Valter, Magali e Marisa. Fomos realmente uma verdadeira equipa, uma união em que ninguém podia ficar para trás, e em conjunto fizemos um percurso de muito riso e resiliência, apoio e conforto. Obrigada pelo apoio constante. A ti, Marisa, um agradecimento profundo pela união e partilha, pois juntas unimos forças para fazer este caminho.

A todos os professores do doutoramento, um especial agradecimento pelas reflexões e conhecimento proporcionados, principalmente pelo respeito com que sempre nos trataram.

Não me posso esquecer de agradecer ao Dr. Hélder Machado, diretor dos Serviços de Informação, Documentação e Internet, pelo apoio constante em todas as solicitações.

À organização onde trabalho, um agradecimento pela bolsa de apoio para a realização deste doutoramento. E um agradecimento também a todos os que, de alguma forma, me motivaram a continuar. Gostaria de agradecer especialmente à Dra. Julieta Martins por todo o entusiasmo com que acolheu esta minha vontade e dedicação na realização deste trabalho, pois ao longo destes três anos sempre foi entusiasta e motivadora. À Dra. Regina Almeida pela compreensão, acolhimento, conforto e reforço positivo, principalmente por sempre acreditar que seria possível chegar até aqui.

À organização que acolheu este estudo e a todos os intervenientes, muito obrigada, pois sem vós este trabalho não teria sido possível.

Agradeço profundamente à minha família, aos meus pais que nunca duvidaram de que seria possível chegar aqui, e em especial ao meu marido, que vivenciou todos estes momentos comigo, que me amparou e reforçou, além de todos os apoios instrumentais, com apoio emocional, ficando ao meu lado muitos dias até de madrugada, fazendo com que não me sentisse desamparada nesta caminhada.

Chegada aqui, e com a certeza de que as palavras não vão conseguir exprimir o profundo e sincero agradecimento que dedico à pessoa que me acolheu desde o primeiro momento sem hesitações, que me guiou com todo o seu conhecimento, que me acalmou todas as angústias, reforçou e fez do meu caminho um caminho iluminado e bem aconchegado, a si, Professora Doutora Maria Isabel de Sousa, nenhum obrigado será suficiente para demonstrar o quanto lhe agradeço este caminho que fizemos juntas.

Fazer um trabalho desta dimensão não se limita à investigação, é um trabalho que se constrói de emoções, relações, partilhas e conhecimentos. O meu bem-haja a todos os que fizeram parte desta des-construção.

“Sem conhecimento não há liberdade”

COSTA (2016, p. 60).

APRESENTAÇÃO

O assistente social na gestão de lar para pessoas idosas: A humanização da relação de cuidado

Sandra Baptista Elvas

Esta tese apresenta uma abordagem ao agir profissional dos assistentes sociais em funções de gestão técnica e liderança em lar para pessoas idosas, tendo por objetivo, ampliar o debate acerca do contributo do Serviço Social na gestão e liderança, assim como, no contributo das práticas e competências do assistente social no desenvolvimento da humanização dos serviços e da relação de cuidado.

No plano teórico é feita a abordagem aos valores e princípios do Serviço Social, enquanto ponto de partida para a humanização dos serviços e da relação de cuidado. Procedeu-se ao desenvolvimento de uma perspetiva de análise multidimensional da relação de cuidado. O estudo que se apresenta é de natureza exploratória, seguindo um paradigma qualitativo, tendo sido feita a aproximação ao campo empírico através do desenvolvimento de nove entrevistas semiestruturadas e sessenta questionários, sendo a amostra de: três assistentes sociais em funções de direção técnica de lar para pessoas idosas e seis agentes de geriatria que desenvolvem a sua atividade nesses lares. Procedeu-se à observação direta das dinâmicas desenvolvidas nos três lares estudados.

Os resultados evidenciam o contributo do assistente social ao nível do pilar dos princípios e valores do Serviço Social, no desenvolvimento da relação de cuidado com as pessoas idosas institucionalizadas. Evidencia-se um modelo de serviços misto, numa conjugação de um modelo de cuidados centrado no serviço e um modelo centrado na pessoa. Ressalta a consciência da necessidade de serem desenvolvidos modelos de gestão centrados na pessoa, prosseguindo os estilos de liderança participativos e de serviço desenvolvidos pelas assistentes sociais que assentam na transmissão dos valores da dignidade humana e do respeito pelos direitos das pessoas idosas, no desenvolvimento de uma relação de cuidado humanizadora.

Palavras-chave: Serviço Social, Liderança, Pessoas Idosas, Relação de Cuidado, Humanização.

PRESENTATION

O assistente social na gestão de lar para pessoas idosas: A humanização da relação de cuidado

Sandra Baptista Elvas

This thesis presents an approach to the professional action of social workers in technical management and leadership roles in the home for the elderly, aiming to broaden the debate about the contribution of Social Work in management and leadership, as well as in the contribution of practices and competences of the social worker in the development of the humanization of services and the care relationship.

At the theoretical level, the approach to the values and principles of Social Work is made, as a starting point for the humanization of services and the care relationship. A perspective of multidimensional analysis of the care relationship was developed. The present study is exploratory in nature, following a qualitative paradigm, approaching the empirical field through the development of nine semi-structured interviews and sixty questionnaires, with a sample of: three social workers in technical management functions from home to elderly people and six geriatric agents who work in these homes. Direct observation of the dynamics developed in the three homes studied was carried out.

The results show the contribution of the social worker in terms of the pillar of the principles and values of Social Work, in the development of the care relationship with institutionalized elderly people. A mixed service model is evidenced, in a combination of a service-centered care model and a person-centered model. It emphasizes the awareness of the need to develop management models centered on the person, continuing the participatory and servant leadership styles developed by social workers that are based on the transmission of the values of human dignity and respect for the rights of the elderly, in the development of a relationship of humanizing care.

Keywords: Social Work, Leadership, Elderly People, Care Relationship, Humanization.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Comparação do quadro normativo relativo a lar, nos últimos anos, quanto à capacidade	39
Quadro 2 - Comparação do quadro normativo relativo a lar, nos últimos anos, quanto aos objetivos.....	40
Quadro 3 - Comparação do quadro normativo relativo a lar, nos últimos anos, quanto aos quartos.....	41
Quadro 4 – Comparação do quadro normativo relativo a lar, nos últimos anos, quanto aos recursos humanos.....	42
Quadro 5 - Processo de intervenção gerontológico.....	55
Quadro 6 – Modelo centrado no serviço e Modelo centrado na pessoa	81
Quadro 7 – Princípios e critérios da intervenção centrada na pessoa	82
Quadro 8 - Legislação de enquadramento da carreira de agente de geriatria	150
Quadro 9 - Dimensão relacional nos lares	183
Quadro 10 – Faixa etária	187
Quadro 11 - Estado Civil	187
Quadro 12 - Escolaridade	188
Quadro 13 – Escolha da profissão	189
Quadro 14 - Modelo de gestão Misto	281
Quadro 15 - Categorias do cuidado inferidas	288
Quadro 16 – Valores éticos na prática do assistente social.....	293
Quadro 17 - Princípios da relação de cuidado desenvolvida pelas assistentes sociais em funções de gestão.....	293
Quadro 18 – A Relação de cuidado na perceção das assistentes sociais	294

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1 - Processo de relação do cuidado inferido.....	299
Ilustração 2 - Processo de humanização da relação do cuidado	300

SUMÁRIO

Introdução.....	24
1. Proteção Social às pessoas idosas mais dependentes	33
1.1 A Evolução da Resposta Social de Lar	36
2. Serviço Social Gerontológico: Um campo de atuação em transformação	47
2.1. A atuação do Serviço Social com pessoas idosas	50
2.2. A intervenção do assistente social em contexto de lar para pessoas idosas	56
2.2.1. Competências na intervenção em contexto de lar	62
2.3. Modelos e perspetivas de intervenção em lar	72
2.3.1 Contextualizando a intervenção	74
2.3.1.1. A Pessoa no centro da intervenção	80
3. O Serviço Social na gestão e liderança de lar para pessoas idosas	84
3.1. Organização sem fins lucrativos e gestão social	87
3.2. Missão e cultura organizacional	89
3.3. O assistente social na gestão e liderança de lar	93
3.3.1. Quadro Normativo da Direção técnica em Lar.....	94
3.3.2. Liderança de equipas	102
3.3.3. Comunicação, monitorização e supervisão da equipa.....	106
4. Humanização dos serviços e da relação de cuidado.....	112
4.1. Cuidado e ética	115
4.2. A Relação de cuidado em serviços humanizados	122
4.2.1. O Lar como casa	129
4.2.2. Direitos e dignidade.....	132
4.2.3. Atividades socio-ocupacionais e espiritualidade	140
4.2.4. Prestação de cuidados básicos	142
5. Prestação de cuidados: profissionalização e qualificações dos agentes de geriatria em debate.....	145
5.1. Agente de geriatria: reconhecimento de carreiras e funções atribuídas	148
5.1.1. Agente de geriatria: itinerário de uma carreira profissional adiada?	148
5.1.2 Designações plurais num quadro de invisibilidade e irrelevância social do cuidado?	154
5.1.3 Agente de Geriatria: atividades principais e secundárias.....	160
5.1.4. Relação de cuidar: Que formação?	164
5.1.5. Competências e capacidades na prestação de cuidados básicos	168
6. Metodologia e campo empírico	171
6.1. Questões éticas	172

6.2. Desenho da pesquisa empírica.....	173
6.3. Caracterização dos lares estudados	180
6.4. As assistentes sociais em funções de direção técnica em lar	184
6.4.1. Formação inicial e pós-graduada	184
6.4.2. Experiência profissional na área do Serviço Social	185
6.4.3. Gosto pela intervenção em gerontologia	186
6.5. Os Agentes de geriatria – perfil em presença.....	187
6.5.1. Faixa etária e estado civil	187
6.5.2. Escolaridade	188
6.5.3. A Escolha da profissão e a oportunidade de mudança.....	189
6.5.4. A formação.....	191
6.5.5. O perfil em presença dos agentes de geriatria	192
7. Percepções empíricas das assistentes sociais sobre a organização, modelos de intervenção e estilos de liderança	195
7.1. Burocracia e níveis de decisão: as influências na prática diária dos assistentes sociais em funções de direção técnica.....	195
7.2. O ecossistema do lar: contexto, serviços e equipa	201
7.3. Modelos de intervenção e princípios éticos.....	206
7.4. Liderança e competências	210
8. Percepções sobre a humanização dos serviços e da relação de cuidado.....	222
8.1. Normas, rotinas e influências na humanização dos serviços e do cuidado	222
8.2. A relação de cuidado	228
8.3. As atividades realizadas pelos agentes de geriatria	237
8.4. As competências no cuidar	245
8.4.1. As competências do assistente social em funções de direção técnica no cuidar.....	246
8.4.2. As competências dos agentes de geriatria no cuidar.....	248
8.5. O plano de cuidados e a prestação de cuidados básicos.....	253
8.6. O lar como casa.....	262
8.7. O cuidado como tempo	266
8.8. O contributo do assistente social na humanização do serviço e da relação de cuidado	270
9. Um olhar diferenciado sobre a relação de cuidado humanizada	277
9.1. As influências na gestão e liderança do assistente social	277
9.2. Gestão e liderança do assistente social em lar	278
9.3. A interdependência da gestão e liderança nas práticas desenvolvidas pelas agentes de geriatria	286
9.4. As percepções sobre a relação de cuidado.....	288
9.5. Os contributos das assistentes sociais para o desenvolvimento de uma relação de cuidado humanizada	292

9.6. É possível cuidar melhor? – constatações e considerações.....	297
Conclusão.....	303
Referências	311
Fontes documentais da organização	349
Apêndices.....	350
Apêndice A	352
Apêndice B	355
Apêndice C	357
Apêndice D	361
Apêndice E	366
Apêndice F.....	368
Apêndice G	383
Apêndice H.....	392
Anexos	394

INTRODUÇÃO

Esta tese de doutoramento, com o título “O assistente social na gestão de lar para pessoas idosas: a humanização na relação de cuidado”, surge associada a uma experiência profissional de quase duas décadas. Esta experiência, enquanto intervenção reflexiva, tem vindo a ser alimentada com diversas aprendizagens na academia por forma a ampliar a reflexão e o conhecimento, concretizando-se na prática desenvolvida em gerontologia, na coordenação e gestão de serviços humanos, assim como na liderança de equipas e na promoção de modelos de cuidados humanizados. Ao longo dos anos, a prática tem vindo a estar imersa em diversas inquietações, daí a necessidade de repensar o agir profissional, de questionar a prática como forma de ampliar o conhecimento e a consciência crítica reflexiva, que assim conduziram à realização desta investigação como forma de crescimento pessoal e social, mas também como contributo para ampliar o conhecimento para o Serviço Social num campo de intervenção que faz parte da sua história.

Nos últimos anos, o envelhecimento demográfico tem sido alvo de grandes debates e preocupações ancorados no aumento da esperança de vida e na necessidade de se envelhecer com qualidade. Com o aumento da população idosa, o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2020) prevê que em 2080 o índice de envelhecimento seja de 300. Tendo em conta os últimos dados lançados na base de dados PORDATA (2020), em que o índice de envelhecimento é de 165,1 e conjugando com o índice de dependência de idosos que se encontra nos 34,7, a sociedade encara um envelhecimento contínuo para o qual necessita de equacionar respostas diferenciadas e atempadas. A esperança de vida, segundo dados da PORDATA de 2020, é de 78,1 anos nos homens e de 83,7 anos nas mulheres. A esperança de vida após os 65 anos é de 17,8 anos nos homens e de 21,2 anos nas mulheres. Com o significativo aumento do envelhecimento, Portugal vê-se confrontado, a nível europeu, com o 4.º lugar dos países mais envelhecidos, com uma percentagem de 22,1%, sendo que na Europa os países que ocupam os primeiros lugares são a Itália (23,2%), a Grécia (22,3%) e a Finlândia (22,3%).

No relatório elaborado em maio de 2021 pelo INE, “Tábuas de Mortalidade em Portugal”, foi realizada uma prospeção ao nível da esperança média de vida tendo em consideração a mortalidade causada pela pandemia do novo coronavírus SARS-CoV-2, prevendo-se uma diminuição da esperança de vida à nascença, passando a situar-se nos 80,83 anos, com uma redução de 2,76 meses, se considerarmos os anos de

2018 a 2020, assim como uma redução na esperança de vida aos 65 anos, passando para 19,44 anos, estimando-se uma redução de 3 meses.

O envelhecimento da população revelou-se uma conquista ancorada nas mudanças económicas, sociais e políticas (Capucha, 2014). Estas mudanças, que surgiram em diversas dimensões (como na saúde, na educação, na higiene, no trabalho e na tecnologia), não deixam de ser igualmente um desafio para a sociedade, atendendo ao aumento da esperança de vida e ao desaceleramento do domínio da economia e dos direitos sociais (António, 2013; Capucha, 2014). Com o aumento da esperança de vida crescem os riscos interdependentes com a idade, a vulnerabilidade do estado de saúde, o isolamento social e a solidão, assim como a dependência física e mental e a vulnerabilidade económica (Cabral *et al.*, 2013; Ferreira, 2015).

O envelhecimento enquanto questão social começa a ganhar força com o aumento da esperança de vida e os desafios que a mesma reflete numa sociedade que espelha a simbologia da jovialidade, da saúde e do trabalho. Nesta perspetiva começam a emergir os estereótipos, o preconceito, a discriminação e o idadismo contra as pessoas mais velhas, enquadrando atitudes e práticas negativas culturalmente generalizadas e assentes no fator idade (Butler, 1969). “O idadismo está associado às crenças ou aos estereótipos que temos relativamente ao grupo de idosos, existindo a tendência de se considerar as pessoas de determinada idade como um grupo homogéneo” (Marques, 2011, p. 17). Contudo, o idadismo, segundo a WHO (2012), é o preconceito mais normalizado e socialmente aceite, não sendo combatido como no caso do racismo, o que transporta para a marginalização as pessoas idosas, causando um impacto negativo no seu bem-estar geral.

A intervenção do Serviço Social, na realidade, pretende criar melhores 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, p. 24)

Partindo da premissa do Serviço Social enquanto profissão que tem em vista a promoção e a defesa dos direitos humanos e sociais, entende-se que a prática

profissional desenvolvida em lar¹ para pessoas idosas tem como objetivo principal a dignidade da pessoa humana e o respeito pelos direitos humanos através da humanização da relação de cuidado.

Abre-se, assim, um campo de especialização: o Serviço Social gerontológico, que pretende a melhoria da qualidade de vida e o bem-estar da pessoa idosa. A intervenção desenvolve-se em interação com o meio em que a pessoa se encontra, procurando em conjunto com a mesma melhorar a sua condição e funcionalidade social através do desenvolvimento das suas potencialidades. As necessidades das pessoas requerem uma resposta ajustada que confira segurança e direitos através de uma perspetiva positiva (Ribeirinho, 2013; Milne *et al.*, 2014).

O assistente social, enquanto gestor, tem um papel crucial junto dos agentes de geriatria. Estes, por sua vez, desempenham um papel significativo e privilegiado, considerando a relação de proximidade e de elevada relevância na promoção do bem-estar das pessoas idosas, constituindo-se, assim, como elementos fundamentais na humanização dos serviços. Nesta perspetiva, o assistente social gere e lidera a equipa, conhecendo, analisando e intervindo, com base nas necessidades, na prestação de cuidados, na relação, nas emoções e na comunicação com os agentes de geriatria, de modo a fornecer as ferramentas éticas adequadas à prestação de cuidados. Desenvolve, igualmente uma obrigação ética e de princípio para com os cuidadores, de modo a que estes encontrem no cuidado, um bem-estar que se reflita na própria prestação.

Objeto e objetivos da pesquisa

Com base no contexto de intervenção em lar, pretendeu-se analisar os contributos das assistentes sociais para o desenvolvimento de um serviço e uma relação de cuidado humanizada, quer pela via da observação no terreno, quer pelas narrativas das assistentes sociais e das agentes de geriatria. Em suma, quis-se indagar e refletir sobre a forma como as assistentes sociais gerem, que tipos de liderança desenvolvem e na base de que modelos de intervenção desenvolvem a relação de cuidado.

A pesquisa operacionalizou-se com base numa estratégia qualitativa, assente num estudo de caso, centrado numa organização específica, envolvendo três lares dessa

¹ Neste trabalho, as estruturas residenciais para pessoas idosas serão referidas como lares. A opção será justificada no ponto 1.1.

organização, com recurso a: a) inquérito por questionário e entrevista a três assistentes sociais, em funções de direção técnica; b) inquérito por questionário a cinquenta e sete agentes de geriatria e entrevista a seis destes agentes de geriatria; c) observação no contexto dos lares.

As entrevistas foram realizadas com recurso a registo de áudio.

Indagações orientadoras da pesquisa

A reflexão realizada ao longo de vários anos de prática profissional, no âmbito do Serviço Social gerontológico, deu lugar à questão que se veio a constituir como orientadora desta pesquisa:

Como é que as práticas de gestão desenvolvidas pelos assistentes sociais, em funções de direção técnica em lar, contribuem para o desenvolvimento da relação de cuidado humanizada, desenvolvida pelos agentes de geriatria?

Outras se seguiram como questões complementares que suscitaram e sustentaram o processo reflexivo desencadeado:

- Em que medida é que os referenciais do Serviço Social estão imbuídos na gestão e na liderança desenvolvida pelo assistente social em funções de direção técnica?
- Quais os tipos de liderança desenvolvidos pelos assistentes sociais?
- Que importância é atribuída à relação de cuidado na sua multidimensionalidade?
- Qual a interdependência entre o processo de gestão e o desenvolvimento de uma relação de cuidado humanizada?
- Quais os modelos de cuidado vigentes e de que forma estes convergem com os valores e os princípios do Serviço Social?

Definiram-se como objetivos:

Objetivos gerais

- 1) Compreender e explicar os modelos e as práticas de atuação dos assistentes sociais na gestão e na liderança de um lar;

- 2) Analisar como se desenvolve a relação de cuidado prestada pelos assistentes sociais e pelos agentes de geriatria;
- 3) Compreender e explicar a correlação entre as práticas dos assistentes sociais e as práticas dos agentes de geriatria.

Objetivos específicos

- 1) Situar padrões éticos, teóricos e metodológicos implementados pelos assistentes sociais na gestão de lares;
- 2) Analisar os comportamentos e as atitudes dos assistentes sociais e dos agentes de geriatria no desenvolvimento da relação de cuidado;
- 3) Analisar as interações e as influências das práticas desenvolvidas pelos assistentes sociais;
- 4) Definir o perfil dos agentes de geriatria, contextualizando funções e responsabilidades.

Estrutura da tese

Este trabalho estrutura-se em torno de nove capítulos.

O capítulo 1 aborda as políticas de terceira idade, contextualizando as organizações do terceiro setor e a evolução da resposta social de lar. O envelhecimento, enquanto processo que faz parte do ciclo de vida, é multidimensional e encontra-se envolto numa névoa de vulnerabilidade e estigma. O risco de perda de individualização, dos direitos e da privacidade da pessoa é uma das preocupações do Serviço Social, tendo estes profissionais um papel fundamental na concretização e preservação dos direitos das pessoas idosas, da sua autodeterminação, da sua privacidade, da sua liberdade e do seu direito a continuar a ser uma pessoa única. A evolução das respostas sociais veio conferir uma maior dignidade ao paradigma do envelhecimento. No entanto, e apesar de ter existido uma evolução, emerge a necessidade de fomentar uma cultura de respeito e de integração das pessoas idosas na esfera da agenda pública como pessoas com capital social, cultural e de conhecimento.

O capítulo 2 versa sobre a atuação do Serviço Social gerontológico, em especial sobre o trabalho do assistente social com pessoas idosas, as competências inerentes à

intervenção, desenvolvendo os modelos de intervenção que se encontram ancorados a esta intervenção. A intervenção com pessoas idosas baseia-se na promoção da sua qualidade de vida e bem-estar, com humanidade e dignidade, através da promoção da partilha com a família, na defesa dos seus direitos e na continuidade na comunidade, como pessoas plenas de direitos, no acesso aos serviços e na diminuição das injustiças sociais. Os assistentes sociais que trabalham com pessoas idosas possuem um conjunto adicional de competências especializadas, além das competências gerais, que se focam na compreensão do estado físico e mental da pessoa idosa e na avaliação do risco a que esta se encontra sujeita, seja a nível sociopolítico, económico ou do seu contexto envolvente. É de salientar que todas as dimensões se desenvolvem tendo por base uma intervenção, seja individual, seja com as pessoas significativas e a comunidade.

O capítulo 3 aborda a gestão e a liderança ancorada ao Serviço Social, desenvolvendo as competências do assistente social na gestão e na liderança de equipas. Evidenciam-se os modelos orientadores da liderança associados ao Serviço Social. O assistente social, enquanto líder, trabalha com a sua equipa no desenvolvimento do seu empoderamento, partilhando, sendo facilitador e conciliador, fomentando a construção de potencialidades e de capacidades, de forma à equipa desenvolver a sua atuação assente no pilar dos direitos humanos e da dignidade da pessoa idosa. A liderança da equipa advoga a partilha, a participação, a tomada de decisão em união, desenvolvendo os objetivos da equipa com o intuito de atingir a missão da organização, criando assim ressonância na equipa para o desenvolvimento do objetivo junto das pessoas idosas, sendo este espelhado no seu bem-estar geral. Nesta assunção, e enquanto ator de mudança e transformação, a intervenção do assistente social desenvolve-se através de processos de inteligência emocional e relacional, que assim criam e sustentam harmonia e relações positivas e saudáveis na equipa, o que se irá refletir na autoestima, valorização e satisfação por parte da mesma. Na atuação na gestão e na liderança, o assistente social desenvolve determinadas competências, como a comunicação, a escuta ativa e a capacidade de gerir conflitos, sendo conciliador, na procura de um equilíbrio que promova ambientes relacionais positivos e saudáveis. O assistente social, no desenvolvimento do processo de gestão administrativa e na liderança de equipas, ancora os valores e princípios do Serviço Social enquanto base para o desenvolvimento da estratégia a implementar na promoção da humanização dos serviços e da relação de cuidado.

O capítulo 4 desenvolve-se em torno do cuidado, da ética do cuidado, em especial na assunção do desenvolvimento de uma relação de cuidado humanizada. No desenvolvimento da sua atuação, o assistente social, nos processos de liderança, dá um contributo fundamental, assente nos valores e princípios do Serviço Social, que permite o desenvolvimento de uma relação de cuidado humanizada. A intervenção centrada na pessoa enquadra o modelo de cuidados capacitador. Assim, este rege-se por diversos princípios, alicerçados num conjunto de competências que os profissionais devem desenvolver. Deste modo, o cuidado toma um papel de destaque quando se atua em contexto de lar, sendo fundamental ter em conta o sujeito numa relação interpessoal de compromisso, aceitação e respeito. Aparentemente, a prestação de cuidados nos lares não respeita a autodeterminação da pessoa idosa, tornando-se habitual esta não ser envolvida no seu projeto de vida e no desenvolvimento do plano de cuidados. O modelo de cuidados aparenta permanecer preso ao conceito de dependência, não permitindo assim desenvolver uma relação de cuidado de forma holística e multidimensional. Por outras palavras, as práticas profissionais, ao descuidarem a dimensão holística, correm o risco de coartar os direitos e a dignificação da pessoa idosa.

O capítulo 5 desenvolve uma abordagem aos agentes de geriatria, à profissão, à formação e às competências que desenvolvem na prática. Quem presta cuidados às pessoas idosas continua a ser visto como alguém que realiza tarefas cingidas à satisfação das necessidades fisiológicas, permanecendo a relação de cuidado na invisibilidade da sua multidimensionalidade. Estes profissionais continuam a ser vistos como profissionais desqualificados e à margem da relação plena de cuidados, sendo considerados meros executores de tarefas, relegando para segundo plano a importância destes profissionais e a importância da relação de cuidado.

O capítulo 6 procede ao referencial de análise empírica, desenvolvendo-se de forma detalhada o processo de pesquisa e de tratamento de dados, com particular atenção às questões éticas subjacentes à investigação social. Apresenta ainda a caracterização geral do campo empírico e dos painéis de respondentes.

Os capítulos 7 e 8 refletem a análise dos dados recolhidos, considerando as representações e perceções sobre a organização, as práticas de gestão e liderança, bem como as perceções sobre a relação de cuidado, conjugações e interdependências, desenvolvendo-se um diálogo com a literatura de enquadramento.

O capítulo 9 remete para um conjunto de considerações em que se procura uma síntese dos elementos centrais da investigação desenvolvida, elencando contributos e outras oportunidades de construção para ampliar ou cimentar o conhecimento em Serviço Social gerontológico.

Por fim, a conclusão apresenta uma síntese do trabalho realizado e levanta questões para propostas de estudos futuros.

Este trabalho inclui ainda um conjunto de apêndices, integrado pelo guião das entrevistas e dos questionários, bem como a sinopse dos resultados das entrevistas.

Apresentada que está a estrutura desta tese, importa clarificar que em relação às obras de edição estrangeira, foi realizada tradução livre da responsabilidade da autora.

O título deste trabalho, “O assistente social em funções de gestão de lar para pessoas idosas: a humanização da relação de cuidado”, pretende evocar o lar enquanto lugar de identidade, aconchego e afeto, assim como, considerar a relação de cuidado na sua multidimensionalidade enquanto lugar de dignidade, de direitos e de bem-estar.

Espera-se que este trabalho possa ser tão instigante para o leitor como o desenvolvimento da investigação o foi para a autora, constituindo-se como um espaço de debate sobre o agir e o ser do assistente social, no seu contributo para a humanização da relação de cuidado às pessoas idosas institucionalizadas.

1. PROTEÇÃO SOCIAL ÀS PESSOAS IDOSAS MAIS DEPENDENTES

O Serviço Social, enquanto profissão de direitos e de dignidade das pessoas, procede a influências no sistema político, visando a definição de políticas públicas, quer na consciencialização quer na mobilização de pessoas e grupos para a defesa dos seus direitos (APSS, 2018). Os assistentes sociais têm vindo a acompanhar a evolução das políticas públicas, considerando que “a fundação e o desenvolvimento do Serviço Social deu-se no regime ditatorial (1926-1974), onde a ação social era conceptualizada não como um direito, mas como um apoio de assistência eminentemente ‘paliativo’” (Carvalho, 2014, p. 424). Nesta altura, a proteção social era de natureza assistencialista e muito precária, e as pessoas idosas “sem meios próprios e sem apoios familiares eram inseridas no grupo dos excluídos sociais, dos pobres, cuja resposta pública consistia nos asilos ou numa licença para mendigar” (Veloso, 2011, p. 237).

Com a alteração de regime, concretizado no desenvolvimento da “democratização da sociedade” (*ibidem*, p. 424) e na Constituição da República Portuguesa (1976), as pessoas idosas passam a ter mais direitos, concretamente com a generalização do sistema de reformas, passando a ser vistas como “indivíduos ativos, autónomos e integrados” (António, 2013, p. 92). O Estado vem assim ocupar um lugar central na proteção social dos cidadãos, com uma grande responsabilidade no desenvolvimento das políticas de bem-estar, como forma de reduzir os riscos e aumentar a preocupação com os direitos sociais (Pimentel, 1999; Carvalho, 2005). A Constituição da República Portuguesa, em 1976, evidencia a necessidade de promover uma política de terceira idade que garanta a segurança económica das pessoas idosas. É assim assumida uma política de terceira idade, destacando-se a atribuição da pensão social como um direito de todos os cidadãos nacionais e às pessoas idosas institucionalizadas em Portugal, independentemente do vínculo laboral (Decreto-Lei n.º 513-L/79), passo relevante para a afirmação dos direitos das pessoas que se encontravam fora do sistema contributivo.

O art.º 82.º da Constituição da República Portuguesa (1976)² estipula que, na fase de transição para o socialismo, “é garantida a coexistência de três setores de propriedade dos meios de produção, dos solos e dos recursos naturais, definidos em função da sua titularidade e do modo social de gestão”, definindo-se o setor público, privado e cooperativo e social. Foi deste modo que o I Governo Constitucional (1976-1978) efetivou os primeiros passos no reconhecimento da necessidade de incentivar a atuação

² Com as alterações entretanto introduzidas, nomeadamente pela Lei n.º 1/89, de 8 de julho.

das instituições privadas de solidariedade social, considerando importante estabelecer, “através das normas da sua regulamentação e fiscalização, as desejáveis cooperação e articulação entre essa ação e a do Estado” e as organizações de solidariedade que começaram, a partir dos anos 1970, a ganhar maior expressividade.

Com a implementação de uma política de terceira idade, defende-se a manutenção das pessoas no seu domicílio, recorrendo-se a serviços de apoio domiciliário, centros de dia e centros de convívio. Uma das alterações que mais se salientou, nos anos de 1976 a 1985, foi a alteração da designação de “asilos” para “lar” e o surgimento de mais serviços e instituições para as pessoas idosas (Velo, 2008). Refira-se, não obstante, que esta política de manutenção da pessoa idosa no domicílio, na perspetiva de Velo (2008), poderá ter uma motivação financeira.

Nesta senda, tal como já referido, são reconhecidas as instituições privadas de solidariedade social (IPSS), passando a assumir um papel de grande relevo e de reconhecimento por parte do Estado, existindo uma transição de serviços públicos para o setor privado, assumindo estas responsabilidades na promoção de respostas sociais e de responsabilidades do Estado (Velo, 2008). As instituições privadas de solidariedade social não têm por objetivo o lucro nem prosseguem interesses económicos, sendo o seu público-alvo pessoas que, em algum momento da sua vida, necessitam de ajuda social.

Em termos de enquadramento jurídico, sublinha-se a relevância do Decreto-Lei n.º 519-G2/79, de 29 de dezembro, que estabelece o regime jurídico das instituições privadas de solidariedade social. É através deste Decreto-Lei que é aprovado o Estatuto das Instituições Privadas de Solidariedade Social, reunindo num só diploma as linhas fundamentais do regime jurídico destas instituições. No artigo 1.º do referido Estatuto, pode ler-se que:

são instituições privadas de solidariedade social as criadas, sem finalidade lucrativa, por iniciativa particular, com o propósito de dar expressão organizada ao dever moral de solidariedade e de justiça entre os indivíduos e com o objetivo de facultar serviços ou prestações de segurança social.

Este diploma criou alguns constrangimentos associados à “excessiva delimitação do objetivo específico das instituições privadas de solidariedade social”, tal como veio a ser reconhecido na sua revisão, através do Decreto-Lei n.º 119/83, de 25 de fevereiro, que reconheceu a importância da intervenção destas instituições noutros domínios, como a

saúde, a educação e a habitação, alargando assim o seu escopo de ação. Estas instituições passam, então, a denominar-se instituições particulares de solidariedade social, sendo concretizadas as alterações ao nível da sua definição com o n.º 1 do artigo 1.º do Estatuto das Instituições Particulares de Solidariedade Social aqui aprovado:

São instituições particulares de solidariedade social as constituídas, sem finalidade lucrativa, por iniciativa de particulares, com o propósito de dar expressão organizada ao dever moral de solidariedade e de justiça entre os indivíduos e desde que não sejam administradas pelo Estado ou por um corpo autárquico, para prosseguir, entre outros, os seguintes objetivos, mediante a concessão de bens e a prestação de serviços.

Dos objetivos enunciados, destaca-se a “proteção dos cidadãos na velhice e invalidez e em todas as situações de falta ou diminuição de meios de subsistência ou de capacidade para o trabalho”, conforme consta na alínea d) do n.º 1 do artigo 1.º do referido Estatuto.

Alguns anos mais tarde, através da Resolução do Conselho de Ministros n.º 15/88, de 7 de abril, publicada no Diário da República n.º 95/1988, Série I, de 23 de abril, “são estabelecidas as condições institucionais adequadas à definição e execução de uma política nacional de velhice”. Este diploma reconhece, no seu preâmbulo, como sendo importante a criação de um órgão que coordene, estude e elabore propostas “conducentes à definição de uma política social global, coerente e adequada às necessidades da população idosa portuguesa”. Cria, para o efeito, a Comissão Nacional para a Política de Terceira Idade (CNAPTI).

Apesar de o Estado manter a prossecução da política de manutenção das pessoas idosas no domicílio, a criação de centros de dia e de convívio e uma aposta no apoio domiciliário, evidencia-se uma preocupação com as necessidades das pessoas mais dependentes, levando, em 1997, à implementação do “Programa Idoso em Lar” (PILAR). Este programa foi criado por Despacho do secretário de Estado da Inserção Social, de 20 de fevereiro de 1997, com o objetivo de: a) fomentar a existência de oferta de lares para pessoas idosas, assim como outras respostas sociais como o realojamento de pessoas idosas integradas em lares lucrativos sem condições de funcionamento; b) conseguir aumentar a resposta em zonas sem ou com baixa cobertura de resposta por parte dos serviços, criando e remodelando os lugares que se destinam a pessoas idosas de IPSS (Carvalho, 2010).

A aposta do Estado foi assegurar a manutenção das pessoas idosas no domicílio, com a criação de respostas como o apoio domiciliário, centros de dia, centros de convívio,

entre outras respostas que foram surgindo ao longo dos tempos. Capucha (2014, p. 126) refere que “o modo como uma sociedade trata os seus idosos é um indicador seguro da qualidade que pretende oferecer a todos os cidadãos”. Não obstante a criação de respostas para apoio às pessoas idosas, esta aposta poderá ter vindo a ter impacto ao longo dos anos nos lares e nos modelos de gestão e de cuidados que ainda se encontram em culturas, lógicas e mentalidades de asilo associadas ao lar para pessoas idosas.

1.1 A EVOLUÇÃO DA RESPOSTA SOCIAL DE LAR

Tendo em consideração que a presente pesquisa se desenvolve em lar para pessoas idosas, considerou-se pertinente situar a evolução desta resposta social e do seu enquadramento jurídico nas últimas décadas, aprofundando alguns conceitos.

No Estado Novo, as pessoas idosas eram remetidas para asilos, sendo-lhes atribuído o estatuto de indigentes e dependentes (Cardoso *et al.*, 2012). Como se verifica no Decreto-Lei n.º 28522, de 17 de março de 1938, do Ministério do Interior da Direção-Geral de Assistência, os asilos eram destinados a indigentes e mendigos e a entrada num asilo não implicava a recuperação e o apoio na integração da pessoa no espaço da sociedade: “Era uma instituição depositária, tuteladora de indivíduos idosos” (Simões e Sapeta, 2017, p. 27). É com a revolução de 1974 e com a implantação da Constituição da República Portuguesa (1976) que os asilos passam a designar-se lares. Os novos lares são então alvo de orientações, diplomas, normas e recomendações, sendo inclusivamente elaborados guiões técnicos pelo ministério da tutela.

Deste modo, procede-se à análise do enquadramento legislativo da evolução dos lares.

O Decreto-Lei n.º 48580, 14 de setembro de 1968, estabelece medidas legislativas adequadas à regulação do exercício das atividades dos estabelecimentos privados que recebem crianças antes da idade escolar e pessoas idosas. Este decreto considera que os estabelecimentos existentes não apresentam uma prestação satisfatória, nem dignificam as pessoas que deles necessitam. Em 1989, o Despacho Normativo 67/89, de 26 de julho, vem estabelecer as normas reguladoras das condições de instalação e funcionamento dos lares com fins lucrativos, verificando-se um relegar dos lares das instituições particulares de solidariedade social para segundo plano. O regime de licenciamento, fiscalização e obrigações dos estabelecimentos e serviços de apoio social, no âmbito da Segurança Social, estabelecendo normas reguladoras das

condições de instalação e funcionamento dos lares para idosos, surge com o Decreto-Lei n.º 133-A/97, de 30 de maio, revogado em 2006, pelo Despacho Normativo n.º 30/2006, de 8 de maio.

O Despacho Normativo n.º 12/98, de 25 de fevereiro, estabelece as normas reguladoras das condições de instalação e funcionamento dos lares para pessoas idosas. Este despacho apresenta uma preocupação com “a melhoria do bem-estar da população, com prioridade para as pessoas que se encontram em dificuldade económica e social ou as que, pelas suas características físicas ou situação social, sejam especialmente vulneráveis”. Este diploma considera o lar para idosos como:

o estabelecimento em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social a pessoas idosas através do alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, fornecimento de alimentação, cuidados de saúde, higiene e conforto, fomentando o convívio e propiciando a animação social e a ocupação dos tempos livres dos utentes.

Com a necessidade de corresponder ao aumento da esperança de vida e às necessidades subsequentes a este aumento, no que respeita à qualidade e ao bem-estar das pessoas idosas integradas em lar, é criado um grupo de trabalho através do Despacho Conjunto n.º 410/2000 dos secretários de Estado adjuntos do Ministério da Economia e do Ministério do Trabalho e da Solidariedade, dando origem ao “Plano Avô” (MTS, 2001). Este grupo visou a definição de padrões de qualidade para os lares das pessoas idosas (instalações, serviços e certificação). O “Plano Avô” surgiu como um guia com recomendações, um instrumento de melhoria dos serviços prestados que visava promover a qualidade dos serviços e a humanização do quotidiano dos lares, através da implementação da Norma ISO 9001: 2000 (MTS, 2001).

O Decreto-Lei n.º 64/2007, de 14 de março, por sua vez, consagra uma preocupação com a qualidade dos equipamentos sociais no que respeita à segurança e ao bem-estar dos cidadãos, por um lado, e pretende simplificar os procedimentos de licenciamento e funcionamento dos equipamentos, por outro. Este diploma não se aplica aos organismos da Administração Pública, central, regional e local, e aos estabelecimentos geridos pela Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.

Finalmente, a Portaria n.º 67/2012, de 21 de março, vem substituir o Despacho Normativo n.º 12/98 e “define as condições de organização, funcionamento e instalação das estruturas residenciais para pessoas idosas”, procurando uma harmonização entre o quadro legal que regulava os equipamentos sem fins lucrativos e os do setor privado

com fins lucrativos, sendo que a denominação lar estava associada ao setor social. Considerando o objetivo de harmonização, a denominação é alterada de lar para Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI), garantindo assim uma conciliação ao nível das regras orientadoras desta resposta social, qualificando os vários modelos de intervenção existentes, independentemente da natureza do suporte jurídico institucional das mesmas.

Assim, na Portaria n.º 67/2012, a Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI) é caracterizada no n.º 2, art.º 1º, como um “estabelecimento para alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem”.

Após uma breve resenha do enquadramento normativo desta resposta social, importa agora proceder a uma análise comparativa entre o Despacho Normativo n.º 12/98 e a Portaria n.º 67/2012. De salientar que esta portaria, como já referido, pretende harmonizar o quadro normativo do setor privado com fins lucrativos e do setor solidário, pela necessidade expressa de uniformização de normas e procedimentos.

Como se pode verificar no quadro abaixo, esta portaria aumenta significativamente a capacidade máxima destas estruturas – de 40 ou 60, em casos excecionais, devidamente justificados e avaliados, para 120 pessoas –, introduzindo a necessidade de se organizarem por unidades funcionais de até 60 residentes, por forma a garantir um ambiente confortável e humanizado, sempre que a sua capacidade exceda as 80 pessoas.

Quadro 1 – Comparação do quadro normativo relativo a lar, nos últimos anos, quanto à capacidade

Despacho Normativo n.º 12/98, de 25 de fevereiro	Portaria n.º 67/2012, de 21 de março
<p>Norma IV</p> <p>A capacidade dos lares não deve ser inferior a 4 pessoas nem superior a 40 e, em casos excepcionais, devidamente justificados e avaliados, poderá ir até 60.</p>	<p>Artigo 6.º</p> <p>1 – A capacidade máxima da estrutura residencial é de 120 residentes, não podendo ser inferior a 4 residentes.</p> <p>2 – A estrutura residencial organiza-se por unidades funcionais, entendendo-se por unidade funcional o conjunto de áreas funcionais, fisicamente agrupadas e equipadas, para o alojamento dos residentes em ambiente confortável e humanizado e para a prestação dos serviços previstos no artigo 8.º</p> <p>3 – A capacidade máxima de cada unidade funcional é de 60 residentes.</p> <p>4 – Quando a capacidade da estrutura residencial for até 80 residentes, é dispensada a obrigatoriedade de existência de unidades funcionais.</p>

Fonte: Elaboração própria

No que respeita aos objetivos das respostas sociais, estes não foram alvo de alteração; contudo, nas atividades a proporcionar, registaram-se alterações, passando estas a estar descritas de forma mais detalhada. Sublinha-se aquilo que parece constituir uma menor valorização da dimensão subjetiva associada aos gostos dos residentes e do contexto ambiental. Assim, segundo a Portaria n.º 67/2012, ao nível da alimentação, esta deve corresponder às necessidades da pessoa idosa e conforme prescrições médicas, perdendo-se a dimensão subjetiva, uma vez que deixa de fazer referência aos hábitos alimentares e gostos pessoais.

Por outro lado, desaparece também, neste tópico, a referência expressa ao respeito pela individualidade e privacidade de cada pessoa, previstos na alínea c) do n.º 1 da Norma III do Despacho Normativo n.º 12/98. Perde-se igualmente a referência ao contexto ambiental e relacional, relevado na alínea e) do n.º 1 da Norma III do referido Despacho Normativo, que estipulava a existência de um ambiente calmo, confortável e humanizado.

Quadro 2 - Comparação do quadro normativo relativo a lar, nos últimos anos, quanto aos objetivos

Despacho Normativo n.º 12/98, de 25 de fevereiro	Portaria n.º 67/2012, de 21 de março
Objetivos	Objetivos
<p>Norma II</p> <p>a) Proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas;</p> <p>b) Contribuir para a estabilização ou retardamento do processo de envelhecimento;</p> <p>c) Criar condições que permitam preservar e incentivar a relação interfamiliar;</p> <p>d) Potenciar a integração social.</p>	<p>Artigo 3.º</p> <p>a) Proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas;</p> <p>b) Contribuir para a estimulação de um processo de envelhecimento ativo;</p> <p>c) Criar condições que permitam preservar e incentivar a relação intrafamiliar;</p> <p>d) Potenciar a integração social.</p>
Condições gerais de funcionamento	Serviços
<p>Norma III</p> <p>1 – A concretização dos objetivos referidos na Norma II exige que o funcionamento do lar deva garantir e proporcionar ao idoso:</p> <p>a) A prestação de todos os cuidados adequados à satisfação das suas necessidades, tendo em vista a manutenção da autonomia e independência;</p> <p>b) Uma alimentação adequada, atendendo, na medida do possível, a hábitos alimentares e gostos pessoais e cumprindo as prescrições médicas;</p> <p>c) Uma qualidade de vida que compatibilize a vivência em comum com o respeito pela individualidade e privacidade de cada idoso;</p> <p>d) A realização de atividades de animação sócio-cultural, recreativa e ocupacional que visem contribuir para um clima de relacionamento saudável entre os idosos e para a manutenção das suas capacidades físicas e psíquicas;</p> <p>e) Um ambiente calmo, confortável e humanizado;</p> <p>f) Os serviços domésticos necessários ao bem-estar do idoso e destinados, nomeadamente, à higiene do ambiente, ao serviço de refeições e ao tratamento de roupas.</p> <p>2 – O funcionamento do lar deve fomentar:</p> <p>a) A convivência social através do relacionamento entre os idosos e destes com os familiares e amigos, com o pessoal do lar e com a própria comunidade, de acordo com os seus interesses;</p> <p>b) A participação dos familiares, ou da pessoa responsável pelo internamento, no apoio ao idoso, sempre que possível e desde que este apoio contribua para um maior bem-estar e equilíbrio psicoafetivo do residente.</p> <p>3 – O lar deve ainda permitir a assistência religiosa, sempre que o idoso a solicite, ou, na incapacidade deste, a pedido dos seus familiares.</p>	<p>Artigo 8.º</p> <p>1 – A estrutura residencial presta um conjunto de atividades e serviços, designadamente:</p> <p>a) Alimentação adequada às necessidades dos residentes, respeitando as prescrições médicas;</p> <p>b) Cuidados de higiene pessoal;</p> <p>c) Tratamento de roupa;</p> <p>d) Higiene dos espaços;</p> <p>e) Atividades de animação sociocultural, lúdico- -recreativas e ocupacionais que visem contribuir para um clima de relacionamento saudável entre os residentes e para a estimulação e manutenção das suas capacidades físicas e psíquicas;</p> <p>f) Apoio no desempenho das atividades da vida diária;</p> <p>g) Cuidados de enfermagem, bem como o acesso a cuidados de saúde;</p> <p>h) Administração de fármacos, quando prescritos.</p> <p>2 – A estrutura residencial deve permitir:</p> <p>a) A convivência social, através do relacionamento entre os residentes e destes com os familiares e amigos, com os cuidadores e com a própria comunidade, de acordo com os seus interesses;</p> <p>b) A participação dos familiares ou do representante legal no apoio ao residente sempre que possível e desde que este apoio contribua para um maior bem-estar e equilíbrio psicoafetivo do residente.</p> <p>3 – A estrutura residencial pode ainda disponibilizar outro tipo de serviços, visando a melhoria da qualidade de vida do residente, nomeadamente, fisioterapia, hidroterapia, cuidados de imagem e transporte.</p> <p>4 – A estrutura residencial deve ainda permitir a assistência religiosa, sempre que o residente o solicite, ou, na incapacidade deste, a pedido dos seus familiares ou do representante legal.</p>

Fonte: Elaboração própria

Por sua vez, a Portaria n.º 67/2012, introduz, no seu art.º 4.º, o tópico “princípios de atuação”, em que se refere explicitamente a humanização e o respeito pela individualidade:

- a) Qualidade, eficiência, humanização e respeito pela individualidade;
- b) Interdisciplinaridade;
- c) Avaliação integral das necessidades do residente;
- d) Promoção e manutenção da funcionalidade e da autonomia;
- e) Participação e corresponsabilização do residente, ou do representante legal ou dos familiares, na elaboração do plano individual de cuidados.

No que diz respeito ao espaço privado das pessoas idosas institucionalizadas em lar, registam-se também algumas alterações, como se pode verificar no quadro seguinte.

Quadro 3 - Comparação do quadro normativo relativo a lar, nos últimos anos, quanto aos quartos

Despacho Normativo n.º 12/98, de 25 de fevereiro	Portaria n.º 67/2012, de 21 de março
<p>ANEXO I – Constituição das áreas funcionais e projeto de especialidades</p> <p>Ficha 7 – Área de quartos</p> <p>2.2 – Os quartos são individuais, duplos ou de casal.</p> <p>2.3 – O lar deve incluir 50% de quartos individuais.</p> <p>2.6 – Áreas úteis mínimas dos quartos,</p> <ul style="list-style-type: none">a) Quarto individual: 10 m²;b) Quarto de casal: 15 m²;c) Quarto duplo: 16 m².	<p>ANEXO I – Áreas funcionais</p> <p>Ficha 6 – Área de alojamento</p> <p>6.3.1 – Os espaços a considerar, com as áreas úteis mínimas, são:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Quarto individual: 10 m². Pode ser utilizado como quarto de casal, devendo para esse efeito ter uma área útil mínima de 12 m²;b) Quarto duplo: 16 m²;c) Quarto triplo: 20,5 m²; <p>6.3.3 – Os quartos podem ser individuais, duplos ou triplos, sendo que, pelo menos, 20% devem corresponder a quartos individuais e, no máximo, 20% a quartos triplos.</p>

Fonte: Elaboração própria

No que respeita à arquitetura do edificado, mais especificamente às tipologias dos quartos, salienta-se que no Despacho Normativo n.º 12/98, de 25 de fevereiro, os quartos são considerados até duplos, sendo igualmente de evidenciar a referência a quarto de casal. Este diploma confere aos quartos uma maior dignidade ao nível da sua tipologia – individual, duplo e casal –, conjugando uma maior privacidade se se considerar o quarto como uma zona privada das pessoas idosas institucionalizadas.

Com a Portaria n.º 67/2012 verifica-se um retrocesso nesta área, pois o quarto individual pode ser usado como quarto de casal, vindo diminuir a sua área, sendo assumida uma nova tipologia – quartos triplos, com uma ocupação até 20% da capacidade total da estrutura residencial. A criação destes quartos triplos e a redução de área preconizada parece querer responder a um duplo desígnio: por um lado, à pressão da iniciativa privada com vista à maximização de lucros e, por outro, à pressão sobre o setor social, no sentido de responder a um maior número de pessoas, com os mesmos recursos, assegurando, como pode ler-se no preâmbulo da referida portaria, a “maximização das respostas sociais existentes, rentabilizando a capacidade instalada”.

Outro aspeto que vale a pena analisar diz respeito aos recursos humanos e às dotações/rácios de profissionais por pessoa idosa institucionalizada. É o que se apresenta no quadro seguinte.

Quadro 4 – Comparação do quadro normativo relativo a lar, nos últimos anos, quanto aos recursos humanos

Despacho Normativo n.º 12/98, de 25 de fevereiro	Portaria n.º 67/2012, de 21 de março
<p>Norma XI – Direção técnica</p> <p>1 – A direção técnica do lar deve ser assegurada por um elemento com formação técnica e académica adequada, de preferência na área das ciências sociais e humanas.</p> <p>2 – Ao diretor compete, em geral, dirigir o estabelecimento, assumindo a responsabilidade pela programação de atividades e a coordenação e supervisão de todo o pessoal, atendendo à necessidade de estabelecer o modelo de gestão técnica adequada ao bom funcionamento do estabelecimento, e em especial:</p> <p>a) Promover reuniões técnicas com o pessoal;</p> <p>b) Promover reuniões com os utentes, nomeadamente para a preparação das atividades a desenvolver;</p> <p>c) Sensibilizar o pessoal face à problemática da pessoa idosa;</p> <p>d) Planificar e coordenar as atividades sociais, culturais, recreativas e ocupacionais dos idosos.</p>	<p>Artigo 11.º Direção técnica</p> <p>1 – A direção técnica da estrutura residencial é assegurada por um técnico com formação superior em ciências sociais e do comportamento, saúde ou serviços sociais e, preferencialmente, com experiência profissional para o exercício das funções.</p> <p>2 – Ao diretor técnico compete, em geral, dirigir o estabelecimento, assumindo a responsabilidade pela programação de atividades e a coordenação e supervisão de todo o pessoal, atendendo à necessidade de estabelecer o modelo de gestão técnica adequada ao bom funcionamento do estabelecimento, e em especial:</p> <p>a) Promover reuniões técnicas com o pessoal;</p> <p>b) Promover reuniões com os residentes, nomeadamente para a preparação das atividades a desenvolver;</p> <p>c) Sensibilizar o pessoal face à problemática da pessoa idosa;</p> <p>d) Planificar e coordenar as atividades sociais, culturais e ocupacionais dos idosos.</p>

<p>Norma XII – Indicadores de pessoal</p> <p>1 – Para assegurar níveis adequados de qualidade no funcionamento do lar é necessário o seguinte pessoal:</p> <p>a) Um animador social em regime de tempo parcial;</p> <p>b) Um enfermeiro por cada 40 utentes;</p> <p>c) Um ajudante de lar por cada 8 idosos;</p> <p>d) Um encarregado de serviços domésticos em estabelecimentos com capacidade igual ou superior a 40 idosos;</p> <p>e) Um cozinheiro por estabelecimento;</p> <p>f) Um ajudante de cozinheiro por cada 20 idosos;</p> <p>g) Um empregado auxiliar por cada 20 idosos.</p>	<p>Artigo 12.º Pessoal</p> <p>1 – A estrutura residencial deve dispor de pessoal que assegure a prestação dos serviços 24 horas por dia.</p> <p>2 – A estrutura residencial, além do diretor técnico, deve dispor no mínimo de:</p> <p>a) Um(a) animador(a) sociocultural ou educador(a) social ou técnico de geriatria, a tempo parcial, por cada 40 residentes;</p> <p>b) Um(a) enfermeiro(a), por cada 40 residentes;</p> <p>c) Um(a) ajudante de ação direta, por cada 8 residentes;</p> <p>d) Um(a) ajudante de ação direta por cada 20 residentes, com vista ao reforço no período noturno;</p> <p>e) Um(a) encarregado(a) de serviços domésticos em estabelecimentos com capacidade igual ou superior a 40 residentes;</p> <p>f) Um(a) cozinheiro(a) por estabelecimento;</p> <p>g) Um(a) ajudante de cozinheiro(a) por cada 20 residentes;</p> <p>h) Um(a) empregado(a) auxiliar por cada 20 residentes.</p>
<p>3 – Sempre que o estabelecimento acolha idosos em situação de grande dependência, as unidades de pessoal de enfermagem, ajudante de lar e auxiliar serão as seguintes:</p> <p>a) Um enfermeiro por cada 20 idosos;</p> <p>b) Um ajudante de lar por cada 5 idosos;</p> <p>c) Um empregado auxiliar por cada 15 idosos.</p>	<p>3 – Sempre que a estrutura residencial acolha idosos em situação de grande dependência, os rácios de pessoal de enfermagem, ajudante de ação direta e auxiliar são os seguintes:</p> <p>a) Um(a) enfermeiro(a) para cada 20 residentes;</p> <p>b) Um(a) ajudante de ação direta por cada 5 residentes;</p> <p>c) Um(a) empregado(a) auxiliar por cada 15 residentes.</p>

Fonte: Elaboração própria

Em qualquer dos diplomas, os rácios definidos são de oito pessoas idosas por cada ajudante de lar caso sejam pessoas não-dependentes e, em caso de pessoas dependentes, o rácio será de cinco pessoas idosas por ajudante de lar. Ao nível dos quadros técnicos, é de salientar que a Portaria n.º 67/2012 não diferencia as especialidades, considerando a possibilidade de existir um(a) animador(a) sociocultural ou educador(a) social ou técnico de geriatria, a tempo parcial, por cada quarenta pessoas idosas. Considera-se que as especialidades, com base na sua formação, não são substituíveis, tendo diferentes papéis e intervenções com as pessoas idosas. Por outro lado, o exercício profissional a tempo parcial leva à desvalorização das atividades de animação, convívio e lazer, enquanto via de participação ativa e de promoção da autodeterminação da pessoa idosa. Assim, as dotações evidenciadas identificam os mínimos necessários; contudo, estes mínimos remetem os lares para o fornecimento de serviços também nos mínimos da promoção do bem-estar, devido ao insuficiente número de funcionários para efetivar a real atenção às pessoas idosas, valorizando-se

a prestação de cuidados básicos em detrimento do bem-estar holístico da pessoa idosa institucionalizada.

Modelo de Avaliação da Qualidade e Manual de Processos-chave da Estrutura Residencial para Idosos, e Manual de Boas Práticas

As preocupações com o bem-estar das pessoas idosas e a qualidade dos serviços prestados levaram à operacionalização de referenciais normativos, dando lugar a um conjunto de manuais como o Modelo de Avaliação da qualidade da estrutura residencial para idosos (ISS, 2008), o Manual de processos-chave, que se encontra agregado ao Modelo de avaliação da qualidade, e o Manual de boas práticas que surge como um guia para o acolhimento residencial das pessoas idosas [ISS, c. 2005].

O Modelo de avaliação da qualidade da estrutura residencial para idosos (ISS, 2008), surge como um referencial normativo que “permita avaliar a qualidade dos serviços prestados e consequentemente diferenciar positivamente as Respostas Sociais” (ISS, p.5). O Modelo de avaliação da qualidade dá origem ao Manual de processos-chave (2008), o qual evidencia a conciliação de sinergias como uma estratégia de intervenção pautada por critérios de qualidade, incluindo a necessidade de valorização da pessoa, o respeito pela sua identidade, os seus hábitos de vida, as suas crenças religiosas, a cultura e as condições de vida. É realçado neste manual a necessidade de se pensar a pessoa idosa como um ser afetivo e ativo. Deste modo, considera que a estrutura residencial se destina a

peças com idade correspondente à idade estabelecida para a reforma, ou outras em situação de maior risco de perda de independência e/ou de autonomia que, por opção própria, ou por inexistência de retaguarda social, sem dependências causadas por estado agravado de saúde do qual decorra a necessidade de cuidados médicos e paramédicos continuados ou intensivos, pretendem integração em estrutura residencial, podendo aceder a serviços de apoio biopsicossocial, orientados para a promoção da qualidade de vida e para a condução de um envelhecimento sadio, autónomo, ativo e plenamente integrado (ISS, 2008, p. 2).

Na análise dos objetivos emanados pelo legislador e pela entidade reguladora, é possível aferir que a entidade reguladora, no Manual de Processos-chave, acresce objetivos que visam outras dimensões, como espaços humanizados e de atenção centrada na pessoa e no seu bem-estar global, como se pode observar nas alíneas c) e d).

a) Promover qualidade de vida;

- b) Proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas;
- c) Contribuir para a estabilização ou retardamento do processo de envelhecimento; privilegiar a interação com a família e/ou significativos e com a comunidade, no sentido de otimizar os níveis de atividade e de participação social;
- d) Promover estratégias de reforço da autoestima, de valorização e de autonomia pessoal e social, assegurando as condições de estabilidade necessárias para o reforço da sua capacidade autónoma para a organização das atividades da vida diária.

O Manual de processos-chave (2008) acrescenta aos objetivos enunciados o contributo na estabilização ou retardamento do processo de envelhecimento, privilegiando a interação com a família, com as pessoas de referência e com a comunidade, no sentido de otimizar os níveis de atividade e de participação social. Destaca ainda critérios de qualidade, como o respeito pela pessoa idosa, a garantia, dos direitos humanos, da autonomia, da privacidade, da participação, da confidencialidade, da individualidade, da dignidade, de oportunidades de igualdade e não discriminação, da segurança e da participação plena e ativa.

O Instituto de Segurança Social, enquanto entidade reguladora, pretende com este manual evidenciar a preocupação e a necessidade de se implementarem critérios e dinâmicas que visem serviços organizados, com normas concretas a realizar, procurando a garantia do bem-estar geral das pessoas idosas. Esta sequência evolutiva dos direitos das pessoas e as preocupações realçadas promovem o bem-estar dos indivíduos, famílias e comunidades, sendo este um dos pilares do Serviço Social (Oliveira, 2016). Neste contexto, advoga-se a necessidade efetiva de as práticas corresponderem ao bem-estar e à dignidade das pessoas idosas, tendo por base a garantia dos direitos humanos, emergindo a pessoa enquanto pleno cidadão. Nesta senda, cabe ao assistente social a reflexão crítica e antiopressiva na área da gerontologia na relação de cuidado.

O Manual de boas práticas [c. 2005] surge como um guia que pretende promover a dignidade da pessoa idosa institucionalizada, assente em princípios e valores que respeitam os direitos humanos. Este manual desenvolve-se em torno da pessoa idosa, orientando a atuação dos profissionais, e é referido que num lar tudo se conjuga nas qualidades humanas dos profissionais.

De uma forma geral, a Portaria n.º 67/2012, de 21 de março, ficou aquém dos padrões estabelecidos pela entidade reguladora, se se considerar que ao longo dos tempos

foram evidenciadas preocupações com a humanização da resposta de lar, por exemplo, com o desenvolvimento de uma prestação de serviços que privilegie os gostos e hábitos das pessoas idosas. Parece que o novo quadro legal, com preocupações de harmonização entre o setor privado com fins lucrativos e o setor solidário, bem como de maximização das respostas sociais existentes, perde humanização da resposta social de lar.

O Manual de processos-chave e o Manual de boas práticas convocam para a conceção da pessoa idosa institucionalizada como uma pessoa afetiva e ativa, com direito à sua autodeterminação, respeito pela sua privacidade e identidade. Ambos focam a necessidade da personalização dos serviços através de uma gestão flexível, com orientação para a pessoa idosa e para o desenvolvimento das suas potencialidades, oportunidades, sentimentos e gostos.

É na conjugação do lar enquanto espaço de identidade, bem-estar e apropriação por parte da pessoa idosa, que neste trabalho se optou pela manutenção da denominação “lar” – por se considerar que é a denominação que melhor traduz o ideal do projeto de continuidade que se requer associado a um processo de transição positivo.

Casa, porque é um espaço privilegiado em que cada idoso tem voz e sonhos, um local de aconchego e de afetos; Casa, porque os espaços e o mobiliário são adequados, respeitam os gostos individuais, fomentam a sociabilidade e propiciam a confiança e a alegria de viver; Casa, porque garante intimidade e o recolhimento e, ao mesmo tempo, os festejos, os convívios e a participação (Pereira, 2012, p. 154).

Importa, assim, ampliar o debate sobre a perceção generalizada dos lares, pretendendo-se, com a reflexão produzida ao longo desta pesquisa, contribuir para a mudança de mentalidades.

2. SERVIÇO SOCIAL GERONTOLÓGICO: UM CAMPO DE ATUAÇÃO EM TRANSFORMAÇÃO

Na perspetiva do Serviço Social, a atuação com as pessoas idosas faz parte da identidade do Serviço Social, tendo esta iniciado antes de os grandes debates sobre o envelhecimento entrarem na esfera da agenda pública (Carvalho, 2014).

A intervenção com pessoas idosas tem acompanhado a história do Serviço Social, construindo-se ao longo dos tempos como uma área clássica de intervenção do Serviço Social, pois a população idosa já era um campo de atuação das pioneiras Mary Richmond e Jane Addams (Carvalho, 2012; Ribeirinho, 2020).

Carvalho (2012), no seu artigo “Contracorrentes em tempos de tempestade: o pensamento de Jane Addams e de Mary Richmond no Serviço Social”, analisa o pensamento das pioneiras Addams e Richmond. Estas desenvolviam o seu trabalho e investigação tendo por base a preocupação do impacto do capitalismo nas populações mais desfavorecidas, como é o caso das crianças, famílias pobres, pessoas mais velhas, imigrantes, entre outras. Foi com base nestas preocupações que Addams criou os centros comunitários (Settlements) e as Hull Houses, e que, por sua vez, Richmond reorganizou o trabalho desenvolvido pelas organizações de caridade onde iniciara a sua intervenção como visitadora domiciliar.

Esta atuação com pessoas idosas foi sendo desenvolvida de forma discreta, encontrando-se nos anos de 1960 associada à pobreza, tal como referido por Hughes e Heycox (2010, p. 96),

social work is also connected to older people historically because that group was identified as a vulnerable population, mainly in relation to poverty [...] social work's primary mission is to assist vulnerable populations there has always been a direct connection with older people.

O Serviço Social tem uma relação estreita com a história e as mutações sociais, pois é com as sociedades capitalistas que o fenómeno do envelhecimento começa a ser visível, privilegiando as “questões de direitos humanos e de direitos sociais e políticos, ultrapassando o cariz assistencialista de outrora” (Luz, 2018, p. 90). Enquanto questão social, assume o seu espaço com as mudanças derivadas do desenvolvimento da sociedade industrial e com o surgimento das alterações das relações familiares e do trabalho. Neste contexto, são colocados na equação os direitos humanos, sociais e

políticos, passando as pessoas idosas a verem alterado o seu estatuto social (Mouro, 2013; Luz, 2018).

O Serviço Social segue os fundamentos éticos “dos direitos humanos, da dignidade humana, da justiça social e da autodeterminação do sujeito como pessoa/cidadão” (Ferreira, 2011, p. 68). O assistente social, para a compreensão da realidade na sua multidimensionalidade e pluralidade de interações e relações, necessita de agregar diversas competências. Deste modo, atua com base em quatro ordens de valores:

Os valores humanistas, que centram a sua atenção no Homem e no respeito de si mesmo; os valores democráticos que desenvolvem as condições necessárias ao desenvolvimento da sua personalidade e a sua participação social e cívica na sociedade; os valores políticos e económicos, que promovem o princípio da subsidiariedade e da igualdade de oportunidades e de direitos sociais; os valores educativos, sustentados na dimensão científica do saber onde o profissional se apoia e fundamentam o seu plano de intervenção. (*idem*, p. 74)

O Serviço Social, enquanto profissão, “reconhece que a interação entre os fatores históricos, culturais, espaciais, políticos e socioeconómicos e os fatores pessoais/individuais” (APSS, 2018) tem um papel fundamental na “promoção do bem-estar e do desenvolvimento humano”, diligenciando a “mudança social” (*idem*), reconhecendo “o lugar da ação humana na promoção dos direitos humanos, da justiça económica, ambiental e social” (*ibidem*).

A intervenção gerontológica, enquanto integrante da história do Serviço Social, acarreta em si princípios humanitários no reconhecimento da dignidade humana e no respeito pela dignidade inerente ao valor de todos os seres humanos em atitude, palavra e ação (FIAS, 2018). A intervenção neste campo de ação incorpora, na sua essência, os direitos humanos, a dignidade, os direitos sociais e os direitos políticos. Nesta assunção, o profissional deve respeitar vários princípios como a singularidade, a liberdade, a autodeterminação, a intimidade e a privacidade, tendo sempre presente as competências e as capacidades em conexão com os direitos e os deveres de cada pessoa (Ferreira, 2011). O envelhecimento, enquanto problema social, passa a ser alvo de intervenção quando a sociedade reconhece que todas as pessoas têm o direito de aceder ao “sistema de garantias sociais” (Mouro, 2013, p. 24) enquanto elementos integrantes da sociedade.

A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (UNESCO, 2005) destaca os princípios que aludem ao respeito pela dignidade humana e proteção dos direitos e

liberdades, predominando o bem-estar do indivíduo. Esta declaração confere especial atenção às pessoas idosas com dependência e vulnerabilidade (Ribeirinho, 2013).

O assistente social desenvolve a sua intervenção em diversos contextos, e qualquer atuação implica conhecimentos e a adequação dos procedimentos metodológicos a cada situação “humana e social”, sendo estabelecidos a par da “compreensão teórica e da capacidade científica e técnica [...] os princípios éticos e deontológicos do agir profissional” (APSS, 2018). Deste modo, o papel do Serviço Social na intervenção gerontológica visa uma abordagem holística, com um conhecimento especializado sobre o processo de envelhecimento que incida sobre a biologia, a psicologia e as ciências sociais. Neste sentido, é importante ancorar conhecimentos, habilidades especializadas, formação e qualificação que permitam desenvolver bases sólidas, conferindo um maior respeito pelo processo de envelhecimento de cada pessoa (Mali, 2013; Pinto, 2013).

Os profissionais necessitam de estar familiarizados com diferentes teorias de gerontologia, de modo a terem um conhecimento diversificado, adquirindo um maior entendimento sobre o conhecimento que explica e valida a diversidade e as experiências que as pessoas idosas vivenciam ao longo da vida. A intervenção do Serviço Social com as pessoas idosas deve ancorar conhecimento nas diversas “variantes da velhice e do envelhecimento” (Luz, 2018, p. 90), assim como contemplar uma perspetiva de análise (Kolb, 2004; Luz, 2018).

A intervenção do Serviço Social gerontológico requer um conhecimento teórico, metodológico e prático especializado que atue para a alteração de mentalidades da sociedade e das próprias pessoas idosas. Só através da consciencialização da discriminação e da opressão a que se encontram sujeitas é que as pessoas idosas podem almejar o ser-se livre, exigindo a reposição dos seus direitos (Freire, 1987).

As características específicas do trabalho social com as pessoas idosas derivam da análise e da compreensão dos processos de envelhecimento (biológicos, psicológicos e sociais), o que inclui o conhecimento das políticas sociais relacionadas com os idosos em várias abordagens e métodos práticos. No trabalho com pessoas idosas, os assistentes sociais necessitam de concretizar uma avaliação holística (emocional, psicológica, funcional, social e ambiental) tendo em perspetiva a capacidade das pessoas na promoção do seu autocuidado.

O assistente social gerontológico deve possuir “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” (Ribeirinho, 2013, p. 198). Enquanto profissão especializada, o trabalho com pessoas idosas requer dos assistentes sociais a capacidade de cultivar valores e conhecimentos específicos, assim como habilidades práticas, considerando as interações entre os indivíduos, o seu meio ambiente e a sua influência nas redes sociais (Mali, 2013).

2.1. A ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL COM PESSOAS IDOSAS

O envelhecimento, tal como já abordado, encontra-se nos debates da atualidade e exige “medidas que integrem respostas sociais no sentido de acompanhar as necessidades das pessoas idosas e imprimir ritmo nas dinâmicas proporcionadas pela sociedade” (Elvas, 2016, p. 86).

Socialmente, a velhice é estereotipada, sendo que as pessoas idosas são “despidas” do seu ser, passando a fazer parte de um processo de inferiorização, no qual iniciam uma descida vertiginosa, com perda de valor social, de *status* social, de capacidade económica e de conhecimento. Freire (2001) refere que a opressão se encontra vinculada à história, pois age como uma anestesia coletiva que aniquila os objetivos e os projetos de vida de quem a sofre. As pessoas idosas têm sido alvo de discriminação ao longo dos tempos, deixando de ser consideradas sujeitos políticos de direitos em todas as dimensões da sua vida, assim como plenos cidadãos integrados na estrutura da sociedade, mantendo as suas relações interpessoais. Ser cidadão é estar no pleno gozo dos direitos civis e políticos, é ser um sujeito político de direitos; contudo, para se viver em cidadania terá de se fazer uso desses direitos em articulação com os deveres, o que leva a refletir que as pessoas idosas que não conseguem desenvolver a sua cidadania não são consideradas cidadãs plenas, tendo os assistentes sociais um grande desafio na sua intervenção (Faleiros, 2013a) para o apoio à efetivação da plena cidadania.

Assim, a atuação do assistente social incorpora diversas contribuições que se consubstanciam no conhecimento e na transformação das necessidades sociais das pessoas idosas, através da análise das diferentes faces do sistema de bem-estar social. As diferentes formas de apoio podem ser providenciadas de forma mista: estado,

privado e voluntariado, considerando igualmente o apoio da família, dos amigos e da própria comunidade (Tanner e Harris, 2008; Ribeirinho, 2013).

Ribeirinho (2013, p.180) apresenta os princípios da intervenção do serviço social junto das pessoas idosas:

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

São garantidos o sigilo profissional e a confidencialidade;

A pessoa idosa tem o direito a ser informada sobre os seus direitos e deveres, enquanto beneficiária dos serviços de ação social e de saúde;

Cada situação é objeto de uma avaliação circunstanciada, definindo-se com a pessoa idosa e sua família um plano de cuidados personalizado/individualizado, de carácter preventivo e reabilitador;

Esse plano de cuidados tem como objetivo assegurar uma maior qualidade de vida e com maior autonomia possível, favorecendo a autoestima e garantindo a dignidade da pessoa idosa;

A pessoa idosa recebe o apoio mais adequado à sua situação, e devem os serviços organizar-se em função das suas necessidades específicas;

Os profissionais têm em conta a rede informal da pessoa idosa e colaboram com ela, informando-a sobre as suas competências.

Enquanto grupo heterogéneo, a população idosa vivencia experiências distintas e imprevisíveis que se encontram ancoradas aos seus fatores biológicos e sociais. Preconiza-se uma atuação diferenciada do Serviço Social na construção da compreensão da velhice numa abordagem holística e sistémica, com uma atuação que vise a proteção dos direitos, ancorada em práticas antiopressivas que assentem em abordagens antidiscriminatórias (Luz, 2018).

Na atuação do assistente social com pessoas idosas, existem diversos dilemas e incertezas, como é o caso do combate ao isolamento e à solidão, a manutenção da vida social e cívica, assim como a manutenção da autonomia da pessoa. Outro dos dilemas encontra-se relacionado com o facto de o profissional poder vivenciar igualmente momentos de opressão e de ausência de liberdade nas decisões a tomar, sendo oprimido por via das políticas e pelas práticas institucionais. A tomada de consciência

desta limitação pode permitir uma intervenção assente numa lógica libertadora, consciente, livre e positiva (Freire, 1987).

Segundo Carvalho (2014), os assistentes sociais que trabalham na promoção do bem-estar e no fornecimento de serviços às pessoas mais velhas “têm [...] novos mandatos, em particular, responsabilidades na gestão de recursos sociais com serviços para os idosos e responsabilidades na promoção do acesso das pessoas mais velhas a recursos e serviços” (*ibidem*, p. 421). Nesta ótica, requer-se um Serviço Social reflexivo que se constitua como alternativa, com “compromisso com a mudança, no sentido do desenvolvimento da justiça social e a abertura à inovação [...] como elemento estratégico na construção de sociedades alternativas, socioeconomicamente justas e equilibradas” (Albuquerque *et al.*, 2013, p. 169).

Os assistentes sociais desenvolvem a sua prática profissional em diversas problemáticas, organizações e para diversos públicos, pelo que o contexto de ação exige diversidade de papéis, como é o caso da informação, a investigação, a promoção da autonomia, a planificação, a direção, a avaliação, a docência e a supervisão, entre outros (Ribeirinho, 2013, 2020). Estes papéis são desenvolvidos em diversos contextos: residências, centros de dia, serviços de apoio domiciliário, habitação, justiça, ação social, famílias, segurança social, área da saúde, hospitais, centros de saúde, associações de cultura e lazer, educação, desenvolvimento social e sustentável, coordenação dos serviços locais de ação social, intervenção direta e indireta, integração e acompanhamento das situações sociais na comunidade, integração em múltiplos serviços, gestão de casos sociais, coordenação de projetos específicos, assessoria técnica de instituições de solidariedade social, integração na rede social (Carvalho, 2014).

No que respeita concretamente à intervenção em respostas sociais, para Mouro (2013), as respostas podem ser divididas em humanitárias, convencionadas e direcionadas. As humanitárias são mais dirigidas a voluntariado e a entidades de segurança pública; as convencionadas passam por integração em respostas temporárias, definitivas, cuidados continuados e paliativos e serviço de apoio domiciliário; as direcionadas reúnem todos os serviços que retardam a institucionalização. Estas respostas dirigidas à população mais velha requerem uma atuação teórico-metodológica que atenda às problemáticas muito complexas e multidimensionais desta população através de um conhecimento

vasto sobre os problemas subjacentes a esta realidade e à contextualização dos seus problemas num contexto social global mais amplo (Ribeirinho, 2013).

Nesta perspetiva de intervenção, segundo Ribeirinho (2013), a atuação no campo de ação gerontológico enquadra três dimensões: a dimensão individual, grupal e comunitária (Ribeirinho, 2013, p. 183).

Nível individual

Manter e aumentar a funcionalidade social da pessoa idosa;

Potenciar a autoestima, a confiança em si mesmo, a autonomia pessoal e a identidade individual da pessoa idosa.

Nível grupal

Criar oportunidades de inserção;

Criar vínculos entre a pessoa idosa e o seu meio;

Restaurar laços de solidariedade.

Nível comunitário

Conhecer a comunidade a nível populacional, económico e associativo, bem como a sua história;

Conhecer as capacidades e potencialidades da comunidade;

Potenciar o associativismo;

Desenvolver programas de organização e desenvolvimento comunitário que favoreçam a integração dinâmica da pessoa idosa.

Nesta ancoragem, Mali (2013) faz referência aos níveis micro, meso e macro que compõem o trabalho do assistente social, considerando que o Serviço Social intervém com indivíduos, famílias, comunidades e a sociedade no seu todo, “coordinates, supports, organises and creates new forms of care on community level and is engaged in political activism where it co-creates politics, systems and values” (*ibidem*, p. 37).

Ao nível micro, o trabalho com o indivíduo e a família fomenta e potencia a solidariedade interpessoal. A intervenção procura novas perspetivas, possibilidades e oportunidades que não limitam meramente o foco no problema e na necessidade da pessoa, mas sim o desenvolvimento das capacidades e o poder de cada pessoa, valorizando a sua sabedoria e experiência, passando esse conhecimento às restantes gerações. Ao nível

meso, a intervenção do assistente social posiciona-se na comunidade e na forma como se potenciam oportunidades no desenvolvimento de perspectivas colaborativas intergeracionais. A informação e a advocacia permitem dar a conhecer os serviços, programas e projetos existentes que podem apoiar a pessoa idosa, assim como, por outro lado, a integração da pessoa em associações, coletividades ou voluntariado em que a pessoa possa desenvolver ações em prol da comunidade. No que respeita ao nível macro, o assistente social intervém na procura de uma coesão global, atuando através das medidas implementadas, criando sinergias e contribuindo para a implementação de medidas que fortaleçam o bem-estar das pessoas idosas. O trabalho social privilegia a cooperação entre diversas áreas (Mali, 2013).

Damon-Rodriguez *et al.* (2006, p. 140), na sua pesquisa, aferiram que a atividade do assistente social se desenvolve em cinco domínios principais

“values and ethics; assessment (individual and families, aging services, programs and policies); practice and interventions (theory and knowledge in practice, individual and families, aging services, programs and practices); interdisciplinary collaboration; and evaluation and research”.

A intervenção deve revalorizar a dimensão ideológica enquanto dimensão integrante da intervenção social. Esta revalorização tem por base a formação teórico-metodológica no seu aprofundamento, na reflexão ética e crítica das decisões que têm impacto na vida das outras pessoas, nas questões do estereótipo sobre as pessoas mais velhas e na consciencialização do próprio processo de envelhecimentos nas pessoas mais velhas (Ludi, 2012). Seguindo o raciocínio, Milne *et al.* (2014) corroboraram a necessidade de os assistentes sociais gerontológicos terem um conhecimento especializado sobre todo o processo de envelhecimento e dos modelos de intervenção, capacidade de análise das necessidades dos cuidadores, quer formais quer informais, e familiares; no que respeita a mudanças, transições e perdas das pessoas idosas. A pesquisa e a investigação nesta área têm vindo a ser bastante importantes, atendendo à necessidade de identificar intervenções eficazes no trabalho com as pessoas idosas e com os cuidadores na gestão de equipas, sendo relevante a conjugação entre a prática e a investigação e a procura de conhecimento.

O Serviço Social gerontológico potencia a melhoria do bem-estar social e, por consequência, a saúde das pessoas idosas e dos cuidadores. A intervenção desenvolvida numa base de valores de justiça social afirma uma posição de combate à

discriminação no acesso e na prestação de serviços (Milne *et al.*, 2014) através de um processo dialógico em continuidade, flexível e interdependente.

Os assistentes sociais necessitam ainda de cultivar valores e conhecimentos específicos, assim como habilidades práticas, enquanto profissão especializada, considerando as interações entre os indivíduos, o seu meio ambiente e a sua influência nas redes sociais (Mali, 2013).

A atuação requer capacidade de conhecer e responder à realidade das pessoas idosas, contribuindo, em conjunto com outras profissões, através de um sistema global de ações, para o seu bem-estar. Este processo divide-se em cinco fases.

Quadro 5 - Processo de intervenção gerontológico

1	Conhecimento da realidade social	Através da técnica de entrevista, pretende-se criar uma relação de empatia, tendo por objetivo o conhecimento da realidade, pesquisando necessidades, potencialidades, gostos e interesses.
2	Diagnóstico social	Do conhecimento da realidade concretiza-se a análise técnico-científica, correlacionando a natureza das necessidades, problemas, potencialidades e recursos, tendo sempre em vista a pessoa, a família e a rede relacional e comunitária.
3	Planificação / programação	Concretização do plano de intervenção com a pessoa e a equipa, detalhando as tarefas a concretizar, apresentando as atividades a concretizar no espaço, conjugando o tempo em termos do serviço e dos gostos da pessoa, implicando o estar disponível e a humanização do serviço.
4	Execução do plano	A concretização do plano implica colocar em prática o acordado.
5	Avaliação	Análise dos resultados e das ações levadas a cabo, de modo a avaliar a satisfação com o serviço prestado, os pontos a ajustar no plano de intervenção e as sugestões para melhoria. A avaliação deve incluir o contexto em que a pessoa se encontra inserida, a família, a comunidade e os serviços de apoio.

Fonte: Adaptado de Ribeirinho, 2013

É na diversidade que os assistentes sociais diariamente desenvolvem o seu trabalho, procurando responder às necessidades das pessoas idosas, criando sinergias e potenciando os ambientes, para serem espaços humanizados e plenos de direitos e justiça.

2.2. A INTERVENÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL EM CONTEXTO DE LAR PARA PESSOAS IDOSAS

O Serviço Social na intervenção em lar tem por objetivo a promoção da integração social e pessoal da pessoa na instituição, mantendo e reforçando as relações quer com a comunidade quer com a família (Ribeirinho, 2013).

A atuação do assistente social com pessoas idosas tem na sua génese as capacidades, as potencialidades e as forças. Esta atuação pretende explorar as capacidades das pessoas, contextualizando a sua situação no seu meio ambiente, enformando a intervenção nas capacidades, competências, hábitos, esperanças e sonhos, sendo estes fatores a bússola da intervenção em lar. Payne (2005, p. 32) refere que “the social and historical context in which situations develop and knowledge is researched must have an important impact on our understandings of individuals, society and research as a source of knowledge”.

Este conhecimento da situação enquadra uma dimensão estratégica centrada na possibilidade, sem dar uma ênfase primordial ao problema, como refere Oliveira (2016, p. 46). Nesta lógica, Faleiros (1999, p. 59) refere que

A construção das estratégias vai favorecer, assim, o processo e o projeto de vida do sujeito, no sentido de buscar o que ele quer e pode construir a partir das forças de que dispõe, através da construção de apoios mobilizáveis na conjuntura em confronto com as oportunidades e forças que o fragilizam.

No contexto de intervenção, importa ter presente que a transição da pessoa do seu domicílio para uma instituição se encontra envolta em sentimentos, perdas e ganhos emocionais, sendo fundamental que a estrutura residencial se constitua como um espaço humanizado, personalizado, e que valorize as pessoas como centro de toda a atuação (Luz, 2018), uma vez que nos serviços que prestam cuidados as pessoas são tudo. O assistente social deve estar consciente de que a pessoa que procura a integração em lar poderá encontrar-se num momento de vulnerabilidade ao expor as suas necessidades e dificuldades; deste modo, a responsabilidade do profissional é compreender a pessoa em relação às suas “operações sociais” (García e Romero, 2014, p. 249).

Nesta transição para o lar, cabe ao assistente social o respeito pela dignidade humana, pela autodeterminação, pela autonomia, pelos direitos sociais e políticos, assim como o respeito pelas características étnicas, religiosas, culturais e sociais (Ribeirinho, 2013;

Carvalho, 2014; APSS, 2018). Cada situação é compreendida à luz do processo de continuidade da vida na abordagem aos vários contextos, como: histórico, familiar, habitacional, social, profissional, económico, cultural e religioso, considerando a interação entre a pessoa e o seu meio, analisando a sua experiência e vivências e avaliando as suas necessidades.

O Serviço Social deve continuar, deste modo, a atuar nas relações de vida tecidas pela pessoa idosa na sua história de vida, vendo não só a pessoa como sujeito individual, detentora de uma identidade e das suas próprias vivências, mas também como sujeito coletivo. (Ornelas e Vilar, 2011, p.135)

Para promover o bem-estar da pessoa idosa tem sido desenvolvido um conjunto de serviços que visa suprir as várias necessidades, como as pessoais (cuidados pessoais, refeições, aquisição de bens, aconselhamento religioso e espiritual), as sociais e comunitárias (fomentar as relações familiares, de amizade e significativas, a integração na comunidade, atividades educacionais, de voluntariado), as de apoio social (informação, aconselhamento, advocacia, mediação, garantia do bem-estar e acesso a serviços) e as de saúde (acesso aos serviços de saúde de proximidade, hospitais e consultas da especialidade) (Tanner e Harris, 2008).

Contudo, importa ter presente que, independentemente dos serviços a prestar, é indispensável o conhecimento da realidade da pessoa, na medida em que este conhecimento permite consubstanciar alternativas e caminhos, criando sinergias, de forma a apoiar as pessoas na tomada de consciência das suas necessidades e das suas potencialidades, participando, desta forma, e sendo a decisora (Ribeirinho, 2013; Mali, 2013). No seguimento do raciocínio, considera-se as palavras de Mali (2010, p. 549), “the specific nature of social work concepts lies in their foregrounding of an integrated understanding of the individual and his/her needs, and in the assertion of the user as a partner in the helping process in order to foreground their right to choose different kinds of help”.

Este cruzamento entre o conhecimento e a atuação gerontológica é o foco da pesquisa em curso sobre a intervenção do assistente social em lar, partindo da premissa de que a atuação em lar, desde o seu início, enforma a relação de cuidado, sendo abordadas diversas atuações e preocupações que fazem parte deste processo. O profissional concretiza a avaliação multidimensional, em complementaridade com outras áreas disciplinares, com o objetivo de uma avaliação mais aprofundada de cada situação, integrando a pessoa idosa na vida da residência, promovendo uma adaptação positiva

ao ambiente, assim como a manutenção de todas as relações que a pessoa tenha (pessoais, familiares e associativas). Presta, também, informação e orienta a pessoa nos seus direitos, deveres e sobre os recursos existentes. O assistente social desempenha um papel proativo na contribuição junto da equipa para uma intervenção holística centrada na pessoa (Ribeirinho, 2013, 2020).

O assistente social conhece a realidade da pessoa, e enquanto profissional posiciona-se numa relação inicialmente direta, face a face, que deverá ocorrer num contexto de empatia na ajuda ao outro; como alude Ribeirinho (2013, p. 188): “só pela via da relação se podem desenvolver ações no âmbito gerontológico, que são vitais, atendendo ao facto de trabalhar com seres humanos, com biografias, histórias de vida diferentes [...] com formas de ser e de estar nesta fase da vida”.

É neste espaço de escuta ativa e interessada, da valorização das experiências, do modo de vida, dos hábitos, da cultura, da família e das redes de suporte que se confere a devida importância à pessoa idosa, “motivando à participação para que seja protagonista nas intervenções sociais que lhe dizem respeito e não como um mero espectador ou recetor de serviços” (*ibidem*). É no primeiro contacto da pessoa com o assistente social que se inicia uma relação de ajuda e de importância do outro, pois, como refere Robertis (2011, p. 142), “acolher é de facto o primeiro ato social”. A forma como o assistente social acolhe/recebe a pessoa que faz a passagem do seu espaço habitacional para um ambiente desconhecido pode ser a charneira entre uma integração mais positiva ou menos positiva.

A comunicação desenvolve um papel muito importante na atuação do assistente social; segundo García e Romero (2014), é necessário que o profissional analise alguns aspetos fundamentais da psicologia: o apego, a personalidade, as emoções, os sentimentos, os pensamentos, as obsessões, as fobias, a autoestima e a capacidade de enfrentar os seus próprios conflitos. A interiorização mental de todos estes elementos permitirá ao assistente social perceber e compreender a pessoa, transmitindo segurança, bem-estar e felicidade.

No contexto de avaliação diagnóstica para a integração em lar são consideradas as necessidades da pessoa, correlacionando-as com as suas potencialidades, funções e relações (Ribeirinho, 2013, p. 186). No decorrer do processo de avaliação projeta-se e planifica-se a intervenção e os recursos disponíveis. Nesta fase, a escuta, a observação e o questionamento são os ingredientes para uma intervenção bem-sucedida. A escuta

enquadra características de concentração, atenção, interesse e abertura em relação ao outro. A comunicação e a capacidade de escuta ativa e empática ocupam um lugar de destaque na intervenção em lar, atendendo a que esta não se limita ao atendimento padronizado, mas coexiste com o quotidiano das pessoas idosas, sendo que o assistente social trabalha no que se deve conceptualizar como a casa das pessoas idosas, o lar.

A capacidade de acolher é uma atividade maior que mostra a capacidade da instituição em pôr-se ao serviço das pessoas que a solicitam ou que dependem da sua ação. A disponibilidade, a acessibilidade e a clareza da informação devem ser asseguradas pelo acolhimento e por uma qualidade máxima do serviço (Robertis, 2011, p. 143).

O ambiente das instituições, nomeadamente os lares, tem vindo ao longo dos anos a ser alvo de debate, estando este em total consonância com a intervenção social. Assim, segundo Pereira (2016, p. 125), “a identidade de lugar é relação da identidade da pessoa com o lugar, ou seja, a relação entre a pessoa que sou e o lugar”. Este autor refere também que num lar o ambiente deve ser acolhedor, adaptado às necessidades, aos interesses e às expectativas, quer das pessoas que os integram quer da família e dos colaboradores, sendo que o comportamento humano acontece em interação com o ambiente.

Com base neste processo de relação, o assistente social procura (Ribeirinho, 2013, p. 190):

Proporcionar informação geral sobre a instituição e os trâmites para acesso e ingresso na mesma a todas as pessoas e entidades que a solicitem;

Prestar apoio social individualizado aos residentes, proporcionando-lhes informação, aconselhamento e orientação sobre os direitos e recursos sociais existentes;

Realizar as diligências administrativas e burocráticas que os residentes necessitem durante a sua estadia na instituição e que os mesmos não possam realizar;

Ser o profissional de referência e o contacto com os familiares do residente, promovendo a manutenção da relação existente entre eles, prevenindo e intervindo nos potenciais conflitos família-residente-instituição que possam surgir. Mediar e intervir quando os conflitos surgem com a equipa;

Gerir a lista de espera e os procedimentos de admissão na instituição, efetuando as diligências administrativas, realizando a receção e a avaliação dos pedidos, priorizando-os em função dos critérios regulamentares definidos;

Colaborar na organização nas atividades de animação, ocupação e lazer, em articulação com os outros profissionais;

Integrar a equipa multidisciplinar da instituição, contribuindo com os seus conhecimentos técnicos;

Articulação com os parceiros da comunidade, integrando atividades da comunidade.

Na dinâmica de intervenção, as práticas podem ser diretas ou indiretas. Robertis (2011) e Restrepo (2003) consensualizam a abordagem da intervenção direta e indireta. Segundo as autoras, a intervenção direta requer uma relação “frente a frente”, na qual o utente é ator tal como o trabalhador social. Esta intervenção pode ser concretizada “quer se trate de uma pessoa, de uma família ou de um grupo de pessoas [...]” (Robertis, 2011, pp. 139, 141; Restrepo, 2003, p. 73). É no contexto de construção dual, numa interação frente a frente, que a pessoa reconhece os seus “recursos, a sua identidade e as suas relações na perspetiva de um horizonte de ações partilhado com os técnicos” (Soulet, 2007, p. 14).

A intervenção indireta acontece quando não existe uma relação face a face. São ações levadas a cabo com a finalidade de organizar o trabalho e de planificar intervenções em benefício do utente, mas fora da participação ativa e direta deste. “O trabalhador social age para a pessoa, mas não com ela” (Robertis, 2011, p. 181).

No estudo realizado por Ornelas e Vilar (2011), os autores destacam a importância que o assistente social tem no processo de integração de uma pessoa num lar, desde a orientação, o apoio e a informação em todo o processo. Referem ainda que o projeto institucional não pode interferir com o projeto de vida de quem vive no lar. A intervenção do assistente social em lar pode ser mais ou menos marcante, atendendo à transição que a pessoa faz do seu domicílio para uma estrutura institucional. Na criação das respostas sociais dirigidas à população idosa, as instituições sociais instituíram uma cultura institucional assente num modelo clássico de funcionamento. Esta cultura clássica e centrada nos serviços não se desenvolve numa base de direitos das pessoas idosas, uma vez que estes modelos associam a pessoa idosa a dependência e incapacidade, o que só por si cria entropias no processo de transição e no sentimento de pertença (Mouro, 2013).

Segundo Goffman (1961, p. 16), um dos grupos de instituições totais são os lares, “[...] há instituições criadas para cuidar de pessoas que, segundo se pensa, são incapazes

e inofensivas; nesse caso estão as casas para cegos, velhos, órfãos e indigentes”. O autor acrescenta que estas instituições são muitas vezes uma barreira com o mundo exterior, o que faz que as pessoas percam a noção dos seus papéis devido ao afastamento do mundo exterior, sendo que esta barreira “assinala a primeira mutilação do eu” (*ibidem*, p. 24).

Com base na necessidade de transformação e reflexão das instituições, tem-se vindo a assistir ao longo dos tempos a novas estratégias de intervenção assentes numa maior flexibilidade do modelo de funcionamento. Desta forma, a reflexão sobre o modelo tradicional conduzirá a uma imagem representativa de estilos de vida saudáveis e proporcionará, a quem necessita, processos de transição para o lar de forma mais saudável e humana.

A atuação do assistente social em lar traduz-se na condução do processo de candidatura, no atendimento dos familiares e no acompanhamento da integração do idoso na instituição (Mouro, 2013). Em entrevistas realizadas a assistentes sociais em funções de direção técnica, Luz (2018, p. 201) aferiu que

[...] a intervenção do Serviço Social no âmbito da definição e prossecução da missão organizacional se mostra fundamentada em valores – dignidade e respeito; individualidade; privacidade; participação/autonomia; qualidade de vida – os quais são reconhecidos transversalmente pelas profissionais como sendo a referência nas suas práticas face ao cuidar e aos serviços do cuidado.

Com efeito, segundo esta autora, as entrevistadas incorporam nas suas práticas os princípios e valores assentes nos direitos fundamentais e na dignidade da pessoa humana, referindo “encarar o idoso com seriedade”, “cada idoso é um ser único”; “potenciar a tomada de decisões pelo próprio e estimular a capacidade funcional”, “envolvimento em aspetos relativos a decisões e ações que afetam as suas vidas”, “foro pessoal e familiar”. Estes são valores que devem contornar a intervenção, tendo por base a melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas (Luz, 2018).

O assistente social, nas organizações prestadoras de cuidados, desempenha diversos papéis, sendo que, mais concretamente nos lares, estes papéis passam frequentemente por funções de direção às quais estão inerentes a direção administrativa, a gestão geral, o planeamento e a organização, a gestão e a supervisão das equipas, a organização e a distribuição de tarefas, a identificação das necessidades de formação das equipas e a representação. É com base nestas tarefas que se materializa o desenvolvimento da prestação de cuidados (Luz, 2018) às pessoas integradas em lar.

2.2.1. COMPETÊNCIAS NA INTERVENÇÃO EM CONTEXTO DE LAR

O trabalho desenvolvido com pessoas idosas demanda que os assistentes sociais detenham valores e conhecimentos específicos, assim como habilidades práticas (Mali, 2013), para a promoção da dignidade humana, convocando a pessoa na sua plenitude. Assim, considera-se importante o desenvolvimento de diversas competências que, em conjunto, concorram para uma intervenção que vise o respeito pela pessoa e pelos seus direitos sociais e políticos, permitindo ao profissional e à pessoa idosa criarem uma relação alicerçada na confiança, no respeito e na empatia. Neste ponto do trabalho pretende-se abordar as competências que o assistente social necessita de mobilizar, na atuação com pessoas idosas institucionalizadas.

O Serviço Social, enquanto profissão de princípios e valores, estrutura-se “a partir do princípio universal de promoção do bem-estar” (*ibidem*, p. 3). O Código Deontológico dos Assistentes Sociais em Portugal (APSS, 2018) é um documento normativo e orientador do agir profissional, e nele encontram-se definidos os princípios, os valores e a conduta ética que devem servir de referência aos assistentes sociais, assim como um conjunto de competências:

- Políticas – exercer influência no sistema político e na opinião pública, visando a definição de políticas públicas, consciencializando e mobilizando pessoas e grupos para a defesa dos seus direitos;
- Relacionais – criar relações de respeito, confiança, empatia e cooperação para as mudanças necessárias, incluindo a construção de redes e parcerias;
- Psicossociais – desenvolver processos de ajuda, capacitação e acompanhamento social e suporte sociopedagógico;
- Assistenciais – responder a necessidades básicas das pessoas;
- Técnico-operativas e reflexivas – saber comunicar, mediar, diagnosticar, planear, executar e avaliar no quadro de uma abordagem de base científica, multidisciplinar e interdisciplinar.

Deste modo, ao clarificar as competências que o assistente social coloca no seu agir profissional, importa fortalecer as competências mais relevantes para a atuação com pessoas idosas institucionalizadas. Estas competências desenvolvem-se numa base de ação reflexiva, pretendendo a mobilização das pessoas idosas institucionalizadas para a defesa dos seus direitos, dentro e fora da instituição. Uma atuação antiopressiva

permite estimular competências relacionais e psicossociais, colocando a pessoa idosa no centro de toda a atuação.

No desenvolvimento das competências é fundamental a compreensão de que estas se relacionam num processo de interdependência, conjugando a compreensão, a sensibilidade, a responsabilidade, a empatia e a transparência, e revestido de atitudes baseadas em valores éticos. O desenvolvimento das competências requer um encontro entre a teoria e a prática; contudo, a importância de fundamentar o conhecimento numa prática predefinida pode significar a ausência da criatividade na intervenção, o que deve ser alvo de análise crítica. Uma das competências fundamentais que os profissionais devem desenvolver assenta na intervenção sem julgamentos, uma vez que todas as pessoas devem ser tratadas com dignidade, respeito e justiça, pois todas têm valor social (Freire, 1987; Thompson, 2002, 2003).

Para Thompson (2003), o conhecimento funciona como uma bússola da ação, embora esta necessite de estar incorporada num conjunto de competências e habilidades que apoiem o desenvolvimento da intervenção. Do mesmo modo, diversos autores (Thompson 2003; Lymbery, 2005; Berkman *et al.*, 2006; Tanner e Harris, 2008; Payne, 2012; Trevithick, 2012; Dijkman *et al.*, 2016) consideram fundamentais um conjunto de competências no desenvolvimento da intervenção.

É no contexto diversificado de atendimento, entrevista, acompanhamento e interação de cada situação, no seu contexto de vivência diária, que o assistente social coloca em prática diversas competências. Para uma melhor reflexão, abordam-se em seguida, de forma mais detalhada, algumas das competências que enformam a relação de cuidado, assente na dignidade da pessoa idosa, e, em particular, as competências chave na atuação com as pessoas idosas institucionalizadas.

Comunicação

A comunicação é uma das competências que requerem maior habilidade por parte dos profissionais, mais ainda quando a intervenção se desenvolve com pessoas idosas institucionalizadas. Importa, desde já, referir que a comunicação envolve troca de informações verbais e formas não-verbais. Toda a comunicação é bidirecional e deve basear-se no respeito e na sinceridade, de forma a permitir criar uma aliança com a pessoa. Compreender e entender o que as pessoas comunicam, entendendo o significado da mensagem que está a ser transmitida, é uma das habilidades

fundamentais do trabalho desenvolvido pelos assistentes sociais, a comunicação é um meio através do qual a relação se constrói (D'Almeida, Sousa, Caria, 2021). É no contacto direto entre o assistente social e a pessoa idosa que se dá lugar à importância do outro, ilustrado na afirmação de Robertis (2011, p. 142) “acolher é de facto o primeiro ato social”. Deste modo, a forma como a comunicação se desenvolve relaciona-se com o tom de voz, o estado emocional da pessoa, a forma como a pessoa se posiciona no diálogo, a forma como interage, a sua comunicação corporal e o ambiente em que ocorre o diálogo, entre outros fatores, a que o assistente social deve estar atento.

O tom de voz com que a pessoa comunica pode dar indicação do estado emocional em que se encontra. Assim, é importante ter em consideração esse estado emocional, de forma a encontrar um equilíbrio; é fundamental, a consciência de que a comunicação ocorre “dentro de uma teia complexa de emoções” (D'Almeida, Sousa, Caria, 2021, p. 29). De igual modo, é também importante a utilização de uma linguagem num tom calmo, acessível e gentil, respeitando os silêncios e dando oportunidade às pessoas para gerirem a informação. É igualmente de considerar o ambiente onde ocorre o atendimento, a avaliação e o desenvolvimento da relação de cuidado com as pessoas idosas que já se encontram a viver em lar. Este tem uma implicação direta com a forma como o diálogo se pode desenvolver, pelo que a escolha deve recair por um local que permita à pessoa estar confortável, confiante, calma e sem bloqueios externos, na medida em que um ambiente assim favorece o desenvolvimento da comunicação, permitindo à pessoa idosa sentir-se confiante para poder refletir, partilhar a sua história de vida ou os acontecimentos que a possam levar a pedir ajuda (Thompson 2003; Lymbery, 2005; Tanner e Harris, 2008; Payne, 2012; Trevithick, 2012). Considerando o referido, a comunicação é uma competência que permite a humanização, ou seja, colocar a outra pessoa num lugar de importância enquanto centro da intervenção. Desta forma, a eficácia da comunicação depende da forma como se comunica, o que pode requerer a utilização de técnicas e estratégias de comunicação específicas para se conseguir comunicar de forma mais eficaz: falar de forma clara, precisa, articular bem as palavras e de forma mais pausada e com calma, transmitindo confiança e, se necessário, fazendo uso de objetos facilitadores. Granja (2008) considera que a comunicação, como atividade discursiva, se encontra no centro da profissão do assistente social, enformando a interação entre o profissional e a pessoa idosa.

É importante ter em consideração que a pessoa idosa se encontra muitas vezes num estado de alienação, interagindo sem se questionar sobre a sua realidade, aceitando o

que lhe é dito sem questionar os seus direitos, não advogando por diferentes possibilidades e oportunidades, tornando-se uma pessoa passiva em todo o seu processo, dominada pela alienação e pela apatia, pelo que o profissional tem de estar atento a práticas de desumanização. Num prisma de construção de relação dialógica, o processo inicia-se pela realidade da pessoa idosa, pois é através dessa realidade que se vai desencadear a relação, as ações e as possibilidades de humanização, assentes num diálogo que torna a pessoa livre e consciente da sua condição. Na conceção de Freire (1987), a liberdade permite a construção cultural dos direitos humanos, assentes na necessidade de o homem se construir ao longo da vida para a humanização da relação enquanto ser inacabado e em constante crescimento e recriação.

Para Sousa (2015) e Granja (2008), a comunicação é influenciada pelo respeito que se confere à pessoa em reciprocidade. A oralidade é um meio pelo qual se processa a maioria das trocas entre os assistentes sociais e as pessoas a quem se dirige a sua ação, e é através da comunicação que as pessoas tomam consciência das suas experiências e do seu contexto, sendo este diálogo uma oportunidade de serem ouvidas e de questionarem. Deste modo, a forma como o diálogo se desenvolve deve ser cuidada e construtiva, já que o estilo de comunicação pode contribuir para a capacitação da pessoa idosa, contribuindo para o desenvolvimento da autoestima e da eliminação de obstáculos ao desenvolvimento de todo o processo (Thompson, 2002). Contudo, o diálogo não se esgota em si mesmo, pois implica a práxis na libertação. Assim, é importante que o profissional dê espaço para que a pessoa idosa ocupe o seu espaço de diálogo, rejeitando-se a desvalorização da pessoa, não permitindo a sua invisibilidade em todo este processo.

Comunicação não-verbal

A comunicação não-verbal é uma habilidade de comunicação, mas é importante ter em conta a mensagem que a comunicação não-verbal transmite. A linguagem corporal, incluindo a expressão facial, fornece informação, mas esta pode ser intencional ou não, o que faz com que esta forma de comunicação seja bastante significativa. As expressões corporais e faciais transmitem sinais que podem passar diversas mensagens: de satisfação, de tédio, de impaciência ou de preocupação, entre outras. Porém, esta pode ser transmitida de forma não intencional, o que pode ocorrer sem que a pessoa o deseje. Contudo, existem sinais não-verbais, como o falar sem olhar para a pessoa, que podem transmitir preocupação, indiferença ou censura. Um simples sorriso

pode ter vários significados, sendo que o seu significado será interpretado pela outra pessoa tendo em conta as suas percepções. Considerando que uma comunicação muito diretiva na forma não-verbal pode deixar a outra pessoa desconfortável, é importante que o profissional esteja atento quer à mensagem que lhe é transmitida quer à mensagem que transmite. Na comunicação não-verbal podem surgir falhas entre a mensagem recebida e a mensagem enviada, e também pode a mensagem verbal não corresponder à mensagem enviada pelo comportamento corporal. Em toda comunicação, mas particularmente nas formas não-verbais, pode haver uma falha de comunicação entre a mensagem enviada e a mensagem recebida (Thompson 2002; Lymbery, 2005; Payne, 2012; Trevithick, 2012).

Comunicação escrita

A comunicação escrita é outra forma de interação, quer seja com as pessoas que usufruem dos serviços, quer com os familiares, quer com os outros profissionais. Esta forma de comunicação deve ser de fácil compreensão para o recetor da mensagem, e é fundamental que a utilização do jargão profissional não leve à incompreensão da mensagem. A comunicação escrita pode desenvolver-se de diversas formas, como por carta, *e-mails* ou relatórios. No âmbito desta pesquisa, considera-se da maior importância a comunicação escrita.

Por sua vez, o *e-mail* é outra forma de comunicação escrita usualmente utilizada quer no trabalho desenvolvido em equipa quer na comunicação organizacional. Este apresenta flexibilidade e rapidez na transmissão da mensagem e permite uma manutenção dos seus registos; contudo, nem tudo é vantagem, pois o recetor da mensagem pode não dedicar a atenção necessária ao *e-mail* recebido (Thompson 2002; Trevithick, 2012), este pode ser lido de relance ou, devido ao volume de *e-mails*, pode passar despercebido, sendo esta uma forma de comunicação muito impessoal para o desenvolvimento do trabalho em lar.

Os relatórios podem ser desenvolvidos com regularidade, quer por obrigações organizacionais quer por necessidade de resposta a outras entidades; deste modo, a adequação do mesmo ao seu objetivo é um propósito adequado.

Na elaboração de um trabalho escrito, quer seja mensagem mais informal, *e-mail* ou relatório, deve-se ter em consideração a relevância da informação a incluir, uma vez que o excesso de informação pode desviar a atenção do leitor. Assim, a informação

deve ser a necessária, central e tocando os pontos essenciais (Thompson, 2002; Trevithick, 2012).

Escuta ativa e empática

A escuta ativa é fundamental para o desenvolvimento da escuta empática, e vai além do simples ouvir, pois valoriza a pessoa, transmite segurança e incentiva a pessoa a falar, reforçando a relação de confiança. Vê-se assim como a capacidade de escutar ativamente uma pessoa, é fundamental no desenvolvimento da intervenção e na relação interpessoal.

Segundo Trevithick (2012, p. 171), o escutar de forma ativa permite recolher diversas informações sobre as experiências e os eventos da vida da pessoa, permitindo conhecer tanto as potencialidades como as suas fragilidades. Permite, de igual modo, a possibilidade de recolher informação importante sobre as expectativas e os gostos, e permite também prestar atenção às inseguranças e aos receios que a pessoa possa evidenciar. Verifica-se assim que a escuta ativa e empática permite identificar o que não é dito.

A relação profissional que se desenvolve na compreensão do papel do outro através da escuta ativa é primordial para a libertação do outro, para a sua alteridade, no compreender além do que é dito. A escuta empática permite o desenvolvimento de uma relação em que o profissional se coloca no lugar da pessoa idosa, tentando compreender, com sensibilidade, as suas emoções e pensamentos. O dicionário *Social Work & Social Care* (Harris e White, 2018) define empatia como: a capacidade que a pessoa tem de se colocar no lugar do outro e perceber como a outra pessoa se sente. Esta compreensão ativa dos sentimentos e das reações do outro permite um elevado grau de aprofundamento da pessoa e da forma como a pessoa vê o mundo. A relação que se cria gera liberdade e confiança, levando a pessoa a comunicar de forma segura, confiando, assim, que a mensagem que pretende comunicar será ouvida com exatidão, e nesta interação a pessoa idosa desenvolve respeito pelo profissional. A comunicação através da empatia leva à compreensão da situação da pessoa idosa, ainda mais relevante no caso das pessoas idosas institucionalizadas, pois a compreensão das suas emoções, da sua situação de dependência e das capacidades requer que esta escuta e relação empáticas estejam desenvolvidas. O assistente social desenvolve a escuta ativa e empática como forma de estar na relação, criando espaços de libertação e de

afirmação do outro enquanto pessoa (Payne, 2009, 2011, 2012; Thompson, 2002; Trevithick, 2012).

O acompanhamento às pessoas idosas implica ter em consideração questões técnicas, que apoiem na relação que se desenvolve na intervenção. Deste modo, é importante sentar-se ao lado da pessoa para ouvi-la atentamente, conferindo-lhe o direito a falar e a ser ouvida, respeitando o seu ritmo, falando com calma e com clareza, partindo desde o início de uma intervenção que confira importância, valorização, confiança e respeito pela pessoa e pelas suas decisões. Em todo este processo é importante reconhecer os sentimentos que a pessoa está a expressar, evitando interromper-lhe o discurso, não tecendo considerações precipitadas e estando atento à tentação do estereótipo, concluindo com pontos-chaves para confirmar que esteve a ouvir atentamente e que houve um entendimento e respeito pela pessoa. O assistente social deve desenvolver habilidades de escuta, sendo a escuta ativa uma atividade que deve ser alimentada e desenvolvida através da experiência, na medida em que escutar é uma forma de estar perante o outro, e o estar inteiramente disponível para a outra pessoa leva a pessoa a falar, a ganhar confiança (Thompson, 2002, Han, 2018). Para escutar-se verdadeiramente o outro, tem de se esvaziar a mente de estereótipos e preconceitos e estar-se predisposto a absorver verdadeiramente o que o outro tem para dizer, sem estar em constante produção de encaixe no quadro mental pessoal. Este esvaziamento da mente “manifesta-se como paciência” (Han, 2018, p. 89), pois uma escuta ausente de preconceitos tem de estar disponível para a aceitação do outro, convidando o outro a falar.

Considerando a importância da escuta, tal como referido até aqui, é de realçar as habilidades envolvidas na escuta. No pensamento de Trevithick (2012, pp.172-173), é importante ter uma postura aberta e transparente, natural, fazer-se presente, transmitindo essa confiança à outra pessoa para falar, sendo empático e autoconsciente do seu papel, compreendendo os silêncios da pessoa e mantendo o contacto visual, estando atento ao retorno para poder devolver os pontos fortes e importantes; também o ambiente deve ser positivo, potenciando um clima de tranquilidade.

Sendo o Serviço Social uma profissão de relação e de escuta, a escuta ativa e a escuta empática são fundamentais para o desenvolvimento de um agir profissional eficiente e eficaz na intervenção com pessoas idosas.

Observação

A capacidade de analisar os contextos e as interações entre as pessoas desenvolve-se através da observação. A observação permite avaliar, do ponto de vista da linguagem não-verbal, o comportamento das pessoas, as inseguranças, as hesitações e as ausências. A observação pode ser geral ou específica. Se considerarmos a observação em contexto de lar, é importante observar as vivências, as relações, a forma como a pessoa interage com o ecossistema e a forma como a pessoa se relaciona com as pessoas e se posiciona perante a instituição. A observação permite analisar contextos, ações, atitudes e interações e entender a natureza das interações, assim como compreender padrões de comportamento (Trevithick, 2012).

Avaliação diagnóstica e planeamento dos cuidados

A avaliação diagnóstica é um processo que requer conhecimento, e, no que respeita às pessoas idosas institucionalizadas, importa ter conhecimento sobre os processos de envelhecimento e sobre os recursos disponíveis. O processo de avaliação conjuga diversas dimensões da vida da pessoa, realizando-se através de uma abordagem holística (Milne *et al.*, 2014), biopsicossocial. Conhecer a pessoa na sua biografia e continuidade leva a um conhecimento mais profundo da pessoa, percebendo, assim, as necessidades da pessoa, os seus processos de continuidade, as ruturas e transições que foram ocorrendo na sua vida, permitindo ter a perceção das competências e habilidades que a pessoa adquiriu para ultrapassar essas ruturas. Para conseguir que a pessoa partilhe a informação necessária importa desenvolver uma relação com a pessoa. No decorrer da avaliação é preciso conhecer os gostos e desejos, contextualizando as relações e as vivências, pois toda esta informação permite proceder ao planeamento dos cuidados com a pessoa. Neste processo de continuidade é imperativo criar uma conexão entre os ciclos passados e as potencialidades da pessoa. A avaliação em contexto de lar é desenvolvida num *continuum* que requer um envolvimento do profissional no planeamento, na monitorização e na revisão enquanto processo cíclico que requer uma abordagem interdisciplinar e a participação da própria pessoa e das suas pessoas de referência (família e amigos). A habilidade do profissional permite proceder à avaliação com base nos seus conhecimentos teóricos e práticos, contextualizando a pessoa no centro da intervenção, consoante os fatores relacionais, sociais e ambientais (lar e comunidade) em que a pessoa interage.

O planeamento dos cuidados requer que os profissionais desenvolvam uma relação positiva com a pessoa, colocando-a no centro do serviço, e as rotinas e as dinâmicas

desenvolvidas devem corresponder ao desejado pela pessoa, sendo o planejamento dos cuidados realizado com a própria e com a restante equipa. A personalização dos cuidados é um fator crucial, e no seu desenvolvimento devem ser envolvidas as pessoas que são consideradas pela pessoa idosa como importantes para o efeito. O planejamento dos cuidados deve corresponder ao que a pessoa espera do serviço e deseja para a sua vida, correspondendo às suas capacidades e necessidades, conjugando outras potencialidades e recuperando capacidades que possam não estar a ser desenvolvidas. Este planejamento tem implícito o desenvolvimento desses cuidados, pois uma das competências e habilidades do Serviço Social é cuidar do outro, em muitos casos considerada como ajudar o outro, mas cuidar é muito mais do que fornecer ajuda, uma vez que o cuidar envolve uma conexão interpessoal direta, implica estar em presença com essa pessoa. Cuidar significa ser com o outro, estar emocionalmente em presença com a outra pessoa, revelando gentileza, atenção, preocupação e conforto. A intervenção desenvolvida com pessoas idosas institucionalizadas enfatiza o cuidado (Thompson, 2002; Lymbery, 2005; McDonald, 2010; Payne, 2009, 2011, 2012; Trevithick, 2012).

No planejamento de cuidados, na gestão e na liderança de equipas e serviços, o assistente social necessita de desenvolver capacidades de gestão e planejamento, quer ao nível dos cuidados quer de gestão e coordenação de recursos humanos, assim como de gestão administrativa. Na intervenção com pessoas idosas é importante que o assistente social desenvolva competências ao nível da gestão do planejamento dos cuidados, do acesso aos serviços e da própria organização. As competências administrativas na gestão de cuidados, que englobam a gestão orçamental, a gestão de pessoal e dos recursos e a tomada de decisões a diversos níveis da prestação de cuidados, são fundamentais. Os assistentes sociais, no prosseguimento de uma intervenção eficaz, desenvolvem as suas habilidades de gestão. Neste prisma, importa que as habilidades de planejamento permitam ao assistente social construir e implementar planos de cuidados que visem relações de cuidados positivas, assentes num modelo de cuidados capacitador para a pessoa idosa. Os assistentes sociais ancoram o conhecimento que detêm dos serviços para a construção do processo de planejamento dentro das organizações. O conhecimento privilegiado sobre as pessoas idosas, as famílias e os cuidadores, obtido através de processos de monitorização para a (re)avaliação do plano de cuidados, é fundamental para um planejamento eficiente (Thompson, 2002; Lymbery, 2005; Payne, 2009, 2012; Trevithick, 2012). O ponto de equilíbrio entre os papéis que o assistente social desempenha, as orientações, os

valores e as habilidades, segundo Lymbery (2005), é o que o distingue dos outros profissionais.

Negociação

A negociação é um processo aberto, transparente, revestido de ética, que considera que a interação com as pessoas idosas e os seus familiares se deve desenvolver com honestidade, respeito e confiança. Nesta assunção, a negociação é fundamental quando existem desigualdades de poder entre as partes envolvidas. A negociação é importante no que respeita à intervenção direta realizada com a pessoa, na superação de problemas e no que respeita à contratualização dos serviços. A negociação desenvolve-se igualmente ao nível da organização e com a comunidade (Lymbery, 2005; Trevithick, 2012).

Mediação

A mediação é um processo que tem como objetivo apoiar as pessoas a expressar as suas preocupações, encontrando soluções e chegando a um acordo. Na mediação, o assistente social desenvolve um papel neutro entre duas ou mais pessoas. A mediação passa por gerir situações que possam ocorrer, assim como, tem por objetivo o “restabelecimento de laços sociais” (D’Almeida, Sousa e Caria, 2021, p. 80). No caso de um lar para pessoas idosas, a mediação pode ser necessária com familiares ou com outras pessoas idosas institucionalizadas, pelo que ter um papel neutro, mas conciliador, permitirá chegar a um ambiente mais equilibrado em que as pessoas se sintam mais confortáveis em colocar as suas opiniões (Lymbery, 2005; Trevithick, 2012).

Advocacia social

A advocacia integra o trabalho desenvolvido pelos assistentes sociais com pessoas idosas, na defesa dos direitos individuais e coletivos. Na ótica da defesa dos direitos coletivos, a intervenção dos assistentes sociais é projetada para o nível mais macro da sua atuação, procurando alterações que enformem as políticas em prol das pessoas idosas, contribuindo assim para o bem-estar geral e coletivo das pessoas idosas. Por outro lado, considerando a defesa dos direitos ao nível micro, pode considerar-se que a defesa se concretiza no dia a dia das vivências em lar, tendo o assistente social um papel importante a desempenhar na garantia das necessidades e das preferências das pessoas idosas, avaliando o seu nível de satisfação. A compreensão da representação

das necessidades das pessoas idosas na instituição é um dos pilares da intervenção realizada em contexto de lar. A advocacia pretende apoiar as pessoas idosas a desenvolverem os seus direitos e a serem ouvidas nos serviços, de forma a que possam existir alterações nas atitudes, nas políticas e nas práticas dos serviços (Lymbery, 2005; Payne, 2012; Trevithick, 2012).

Analisadas as competências-chaves a mobilizar na intervenção com pessoas idosas e, em particular, em contexto de lar, importa sublinhar que o Serviço Social é uma profissão de relação; desta forma, toda a intervenção do assistente social com pessoas idosas institucionalizadas implica estabelecer uma relação (Payne, 2011). Como esta relação tem por base a compreensão do outro enquanto pessoa, na sua complexidade em relação com o seu meio ambiente, os profissionais devem ter em consideração as relações individuais, de grupo e com o próprio contexto organizacional. A capacidade de construir um relacionamento com a pessoa para a ajudar a falar dos seus problemas conjuga o respeito, a empatia, a confiança, a segurança e a simpatia (Froggatt, 1990). Toda a atuação requer conhecimento, contextualizado no desenvolvimento das competências mencionadas, sendo a palavra-chave a relação.

2.3. MODELOS E PERSPETIVAS DE INTERVENÇÃO EM LAR

Não se pretende neste ponto fazer uma exposição exaustiva dos modelos que servem de base para a intervenção com pessoas idosas, mas evidenciar alguns modelos que podem apoiar uma intervenção mais ajustada.

Na arena de intervenção do assistente social, vários conhecimentos e competências são colocados em atuação, requerendo um conhecimento especializado. A intervenção correlaciona-se concretizando e invocando diversos modelos de intervenção para a compreensão, análise e diagnóstico da realidade social de cada pessoa (Menezes, Elvas e Bestetti, 2020). Kolb (2004, p. 5) corrobora referindo que “[...] social workers need to be familiar with many theories of aging, especially those that explain and validate diversity in the experiences of older adults”.

Neste campo de atuação fundamenta-se uma abordagem psicossocial, numa interação entre diferentes sistemas sociais com um contributo importante para o bem-estar das pessoas e da comunidade. Payne (1991, p. 235) advoga que “we need to look at the

social circumstances in which social work theory is used in practice to see how current trends and developments in theory reflect present social assumptions”.

Esta concepção desloca a visão do Serviço Social para uma intervenção organizada em modelos de intervenção, contextualizados na pessoa e no agir coletivo. Relaciona a pessoa com o seu meio, em interação com as transições entre os diferentes elementos. A explicação do social não se faz pela identificação de causas isoladas, mas pela estruturação do sistema e das relações, numa associação de diversas estratégias de intervenção que se operam no seu interior, aceitando e integrando a complexidade do diagnóstico e da intervenção (Santos, 2012; Luz, 2018).

A atuação do assistente social tem por base diversos modelos que se correlacionam e interagem com base nos contextos específicos da intervenção com pessoas idosas, sendo importante no âmbito da atuação a contextualização das políticas sociais e de administração social, considerando uma interligação micro, meso e macro que deve servir de base para o desenvolvimento de modelos de intervenção, tendo em conta a conexão entre ação e reflexão (Restrepo, 2003; Amaro, 2009).

Na sua prática diária, o assistente social vê-se confrontado com a necessidade de responder às solicitações das pessoas e da comunidade, sendo obrigado a tomar decisões que visem a promoção da mudança. Nesta atuação, o profissional coloca em campo as suas competências e conhecimentos para a tomada de decisão (Oliveira, 2016). A pessoa idosa institucionalizada em lar deve ter um papel ativo no seu projeto de vida e no seu plano de cuidados, sendo convocada pelo assistente social a participar no seu projeto através da criação de um ambiente que seja propício à sua participação, procurando também a participação da família, sem inibir a sua autodeterminação.

A intervenção desenvolvida é contextualizada tendo por base as situações vivenciadas e percebidas. Os modelos e as teorias em Serviço Social devem ter a capacidade de acompanhar as necessidades e as evidências no contexto de intervenção, atendendo aos valores e às estruturas sociais no desenvolvimento da atividade do assistente social (Payne, 1991). A teoria deve, portanto, ter em conta a construção social, procurando o equilíbrio dos recursos e a flexibilidade entre modelos de atuação que se interrelacionam. Tendo em conta a pessoa idosa, toda a atuação do assistente social em lar conflui para a interação de diversos modelos que, em harmonia, se conjugam para a prestação de cuidados e para uma relação de cuidado. Deste modo, a intervenção em gerontologia assume e percorre diversos modelos e perspectivas que

permitem desencadear um trabalho mais direcionado às necessidades e expectativas das pessoas.

2.3.1 CONTEXTUALIZANDO A INTERVENÇÃO

Tal como já referido, a intervenção gerontológica assume uma diversidade de modelos e perspectivas que se complementam entre si. Como se de um *puzzle* se pudesse falar, a aceção da interdependência do conjunto de modelos de intervenção aspira atingir o bem-estar, garantir as dinâmicas e o compromisso da atuação do assistente social para com as pessoas, “promovendo o acesso aos direitos sociais básicos como uma componente indispensável do movimento de cidadania” (Santos, 2012, p. 134).

A noção de *puzzle* e de correlação remete para a atuação sistémica, que para Oliveira (2016, p. 113) é a “interação entre os diferentes sistemas sociais”, sendo através destes que se desenvolvem estratégias para o bem-estar das comunidades. A teoria dos sistemas tem em consideração que um sistema funciona em interdependência, equacionando no seu todo as sinergias, as interações, as transações e os interrelacionamentos como elementos fundamentais para compreender a dinâmica complexa que é produzida. Na intervenção em Serviço Social, a importância da contextualização da pessoa, os comportamentos, os processos sociais e as interações no seu meio potenciam a análise das causas em contexto (Viscarret, 2012; Oliveira, 2016). A intervenção sistémica dá, então, um novo enfoque às interações e transições entre as pessoas e os sistemas (recursos) e entre os próprios sistemas (sistemas e subsistemas), assumindo uma intervenção integral (Viscarret, 2012). A análise da diversidade potencia a intervenção, equacionando o sistema como uma estrutura complexa na sua funcionalidade e nas transações geradas entre as pessoas e os seus contextos. Os sistemas podem, assim, dividir-se em informais ou naturais (a família, os amigos e os colegas), formais (grupos, sindicatos, associações) e sociais (escolas, hospitais) (Viscarret, 2012).

Diversos autores (Payne, 1991; Viscarret, 2012; Oliveira 2016) abordaram o processo de intervenção com base na teoria dos sistemas, modelo este que procede à avaliação dos problemas através da recolha de dados, desenvolvendo-se através de contratos, estabelecendo regras, comportamentos e compromissos, formando, mantendo e coordenando sistemas de ação, assim como influenciando esses sistemas, avaliando e

estabelecendo mudanças de diagnóstico e na recolha de dados, através de técnicas de intervenção.

O modelo ecológico permite um constructo social imputado à análise no ambiente em que a pessoa esta inserida, considerando assim uma vertente ecológica relacionada com os valores sociais, permitindo valorizar a intervenção e os sistemas nos quais as pessoas estão inseridas. A articulação entre o modelo ecológico e o modelo sistémico favorece o desenvolvimento da pessoa nos seus ambientes (físico e social), sendo que a perspetiva ecológica conjuga uma abordagem adaptativa e evolutiva. Nestes processos de interação, o meio ambiente e o ser humano moldam-se mutuamente, sendo preocupação do assistente social apoiar as pessoas a evoluir através de interações positivas (Gitterman e Germain, 1976; Payne, 1991; Viscarret, 2012). Considerando as interações realizadas, o modelo ecológico, conhecido por modelo de vida, atende a um Serviço Social que considera as interações entre a pessoa e o seu meio. Por sua vez, o modelo ecológico de envelhecimento, desenvolvido por Lawton e Nahemow, nos anos 1970, permite desenvolver a compreensão da relação entre a pessoa idosa e o contexto ambiental, considerando a capacidade de cada pessoa idosa em comandar esses contextos (Fields, 2016).

Conforme aludem Lawton *et al.* (1997, p. 83), a interação entre a pessoa e o ambiente tem implícita uma ligação inseparável na relação com o bem-estar; deste modo, a intervenção em contexto de lar não pode ser dissociada do ambiente da instituição, uma vez que a relação da pessoa com o ambiente é primordial para a compreensão dos seus comportamentos, decisões e rotinas, que se encontram correlacionados com a forma como a pessoa interiorizou a transição para o ambiente institucional.

Nesta conjugação, a intervenção ancorada numa perspetiva ecossistémica considera que o entendimento sobre a situação em que a pessoa se encontra, o seu problema e o seu sentimento de pertença, se encontram influenciados pelo ambiente. Esta perspetiva tem como foco as perceções e mudanças que vão ocorrendo nos processos naturais de vida. Este modelo permite uma maior flexibilidade entre modelos, constituindo-se como estrutura para os modelos mencionados (Payne, 1991). Com base nesta perspetiva, a forma como uma organização se encontra arquitetonicamente estruturada, a forma como os seus espaços confluem, é extremamente importante para a facilitação da adaptação ao meio ambiente, assim como as cores e a decoração, sendo que a intervenção direta do assistente social deve contribuir para implementar

um ambiente mais saudável (Gitterman e Germain, 1976). Este constante intercâmbio entre a pessoa e o seu meio ambiente pode engajar-se de forma mais positiva ou de forma negativa nas transições que são operadas, sendo que o assistente social deve ser promotor de mudanças e interações que foquem uma adaptação positiva ao ambiente e às pessoas que se encontram integradas em lar.

Segundo Viscarret (2012), a intervenção assente no modelo ecossistémico divide-se em três fases: a fase inicial, a fase de desenvolvimento/realização e a fase final/avaliação. A fase inicial enquadra várias subfases, sendo que se inicia com uma preparação do assistente social para conseguir lidar com a problemática. Afirma Viscarret (2012, p. 291) que “la realidad subjetiva del cliente es considerada a través de un proceso de anticipación empática [...] una buena forma es efectuar un role-playing previo al encuentro com el cliente”. A definição da origem do problema, a duração e a intensidade conjunta permitem uma interação entre o assistente social e a pessoa que recorre ao serviço. Juntos definem os objetivos, as tarefas e as propostas para a intervenção, traduzindo-se num contrato claro que ajuda a capacitar, motivar e potenciar a pessoa. Na fase de desenvolvimento/realização, o assistente social assume um papel de potenciador, capacitador, educador, facilitador e mediador, apoiando os indivíduos, as famílias, os grupos e a comunidade a interagir e a aceder aos recursos, assim como a aceder a toda a informação pertinente para a tomada de consciência e decisão, de modo a diminuir as inadaptações e obstáculos existentes. Viscarret (2012, p. 293) reforça que “[...] el trabajador social lleva a cabo [...] actividades de fomento, mantenimiento y refuerzo de las motivaciones que tienen las personas para tratar com el problema y estrés asociados a la situación de transición por la que atraviesan”.

Tendo em consideração a intervenção do assistente social com pessoas idosas institucionalizadas, o foco da atenção é apoiar a pessoa, ajudando-a a utilizar os recursos disponíveis e apoiando-a em diversos problemas, sendo que o profissional, na relação com o meio ambiente, desenvolve o papel de mediador, defensor e organizador, estando igualmente focado para aspetos do ambiente físico que podem ser geradores de tensão e problemas nas pessoas idosas, atendendo ao facto de passarem a residir em coletivo com pessoas que desconhecem e com hábitos e padrões de continuidade diferentes dos seus. A fase final e/ou de avaliação requer, da parte do profissional, uma planificação cuidadosa. Esta fase pode ser final considerando que a pessoa criou autonomia e avaliou o processo de ajuda, analisando os resultados (Viscarret, 2012). O processo deve ser avaliado ao longo das fases, mas a análise nesta fase permite avaliar

a continuidade ou a finalização do mesmo. Em contexto institucional, existe um encontro constante com a reavaliação e a necessidade de ajustar o projeto de vida, o plano de cuidados e de potenciar a capacidade da pessoa em ter um papel ativo no seu processo.

Considerando a capacidade e a competência de cada pessoa, esta consegue responder de forma mais positiva ou negativa aos problemas e riscos impostos pelo ambiente em que se encontra inserida. Conforme o processo de envelhecimento, as suas capacidades, tendencialmente, vão diminuindo, podendo a competência para lidar com os fatores ambientais ser menos eficiente. As mudanças na vida das pessoas idosas podem ter um impacto na sua condição humana e na forma como a pessoa ao longo da vida adquiriu competências para lidar com essas mudanças. O modelo estruturado na ecologia permite aos profissionais aferirem, com base em cada contexto, quais os modelos mais adequados para a intervenção, considerando com esta reflexão que os modelos a praticar são avaliados através dos contextos em que as pessoas se encontram inseridas (Fields, 2016).

Uma das críticas apresentadas por Kolb (2004) é o facto de a literatura existente na área da gerontologia não se dirigir ao envelhecimento de forma mais específica, utilizando sempre uma abordagem universal. Considera também ser necessário fazer uma abordagem à diversidade das experiências do envelhecimento, nomeadamente focando os autores Atchley e Fisher, referindo que é importante nesta área fazer-se uma abordagem às suas teorias. Deste modo, dá-se voz a Atchley (1989), na abordagem às mudanças que as pessoas vão experimentando ao longo da vida e as competências que adquirem ao lidar com essas mudanças, assente na perspetiva da continuidade, já que, conforme refere Atchley (1989, p. 184), “this sense of continuity is tied to the individual’s perceived past”. O autor identifica a importância desta perspetiva, tendo por base a identificação de padrões e estilos de vida, mas também de decisões e comportamentos que perduram nas diversas mudanças da vida, sendo que as influências internas e externas, ou seja, biológicas e sociais, podem provocar alterações e transformações. As experiências de vida levam a diferentes caminhos, sendo que a tese apresentada por Atchley (1989) se constitui como uma estratégia que caracteriza o percurso de vida da pessoa.

Um contributo fundamental para a compreensão dos comportamentos e das atitudes, assim como dos gostos e das decisões das pessoas idosas, enquanto espaço de oportunidade para os assistentes sociais, na compreensão de todo o processo de vida

da pessoa, é poder adaptar-se de forma capacitadora aos recursos de cariz psicológico e social de interesses das pessoas idosas, integrando-os em programas e atividades adequados a cada um, potenciando assim a sua autodeterminação. A compreensão destes processos e da necessidade de redefinir estilos de vida, consoante a condição de cada pessoa, permite aos assistentes sociais apoiarem as pessoas idosas nesta transição e adaptação, dando ainda mais ênfase à necessidade de uma atuação reflexiva e crítica no que se refere ao conhecimento da biografia de cada pessoa para a capacitação da intervenção do assistente social, que deve estar atento aos detalhes biográficos devidamente contextualizados. (Adams, 2002; Kolb, 2004; Fisher, 1993; Luz, 2018).

A dignidade das pessoas idosas, na arena da intervenção do Serviço Social, requer um conhecimento sobre o envelhecimento, sobre a história de cada pessoa, sobre a construção das relações sociais e das relações de inclusão e exclusão, inseridas nas suas dinâmicas multidimensionais. A adaptação a situações de mudança e os padrões comportamentais de escolhas e decisões conferem um papel mais ativo ou mais inativo na continuidade do seu processo de envelhecimento. As vivências de cada pessoa, a sua participação na vida laboral, familiar e social podem ser fatores predominantes de um processo de envelhecimento mais saudável e contínuo ou mais patológico e descontínuo. Deste modo, o processo de continuidade, segundo Luz (2018, p. 94), é de relevante importância para o Serviço Social, atendendo a que “[...] alerta para as variações relativas aos padrões de desenvolvimento que se mostram singulares na idade avançada”.

Para a compreensão de cada pessoa é importante não negligenciar a perspetiva da continuidade, atendendo a que a mesma permite ao assistente social analisar os padrões de continuidade, tendo em conta as vivências e experiências da pessoa idosa, sendo que as pessoas idosas vão continuar a desenvolver esses padrões, podendo o profissional “compreender o facto de certas pessoas manterem preferências e interesses em atividades mais solitárias” (Luz, 2018, p. 94). As transações entre a pessoa e o seu meio ambiente devem ser consideradas na intervenção que é desenvolvida em gerontologia, sendo que estas são fundamentais para a compreensão das suas respostas emocionais, comportamentos, adaptações bem-sucedidas e qualidade de vida geral, atendendo às suas interpretações sociais, significados e contextualização histórica (Golant, 2003; Batistoni, 2014). Nesta base de reflexão, Batistoni (2014, p. 648) considera o microambiente (doméstico e privado, a casa de

família e a sua satisfação), o mesoambiente (contextos institucionais) e o macroambiente (o estudo das transações com os contextos urbanos/rurais, questões de vizinhança, segurança, acessibilidade e políticas públicas).

O modelo humanista é indissociável do Serviço Social, sendo transversal em toda a atuação do assistente social; este encontra-se ancorado aos princípios e fundamentos do Serviço Social, baseando-se na compreensão de que a pessoa se constrói na interação com os outros e de que cada ser humano é um ser social. As abordagens humanistas reconhecem que todos os seres humanos são iguais, sendo que cada pessoa deve ser tratada de forma igual. Na perspetiva do Serviço Social reconhece-se a igualdade através da promoção da diversidade na contextualização de cada situação. Esta abordagem concebe a pessoa como um todo em interrelação com todas as dimensões da sua vida, pois a intervenção humanista desenvolve a sua atuação com todas as pessoas, no seu meio social, e o ser humano desenvolve uma maior capacidade e eficácia através do desenvolvimento das relações sociais interpessoais e estruturais. Atendendo à relação interpessoal que se estabelece assente em princípios éticos, este modelo requer que as pessoas sejam ativas no seu processo, na liberdade de decisão e na sua autodeterminação (Payne, 2011; Viscarret, 2012).

Nas palavras de Payne (2011, p. 31), “[...] humanistic social work, it is a practice that seeks human and social well-being by developing human capacities; personal growth; and social relationship of equality, freedom, and mutual responsibility through shared social experience”. A relação é a base do modelo humanista, e, deste modo, o relacionamento entre todos os atores (assistente social, equipa, pessoa idosa, familiares e comunidade) requer uma troca de aprendizagens e de interações, sendo uma relação que se baseia numa dimensão ética (*ibidem*).

Todas as perspetivas de intervenção focadas anteriormente enfatizam uma atuação com base no bem-estar e nos direitos da pessoa humana, numa lógica integrativa na compreensão da pessoa enquanto elemento de um sistema societal e ecológico e como influenciador da adaptação de cada pessoa ao meio. Ao intervir, o assistente social confronta-se com um campo de atuação que requer um conhecimento teórico e uma capacidade analítica para explicar os contextos (Oliveira, 2016, p. 24).

2.3.1.1. A PESSOA NO CENTRO DA INTERVENÇÃO

O Serviço Social, na intervenção com pessoas idosas institucionalizadas, utiliza o modelo centrado na pessoa, de carácter holístico e integral, assente nos valores da pessoa humana, enquanto pessoa de direitos e participativa na tomada de decisões sobre a sua vida. Este modelo advoga princípios éticos e individuais que envolvem o projeto de vida de cada um (Mulas *et al.*, 2014); assim sendo, este modelo convoca o modelo humanista, os princípios que norteiam a intervenção social, dando especial ênfase no planeamento centrado na pessoa, com base no planeamento de cuidados, na relação de cuidado e nos recursos gerontológicos (*ibidem*).

A abordagem centrada na pessoa parte da sua autodeterminação em relação ao seu bem-estar; este é o foco da intervenção enquanto metodologia, que envolve um conjunto de técnicas e instrumentos que permitem uma intervenção personalizada e orientada para a pessoa. Enquanto modelo, surge a partir do reconhecimento da dignidade de cada pessoa, respeitando a sua autodeterminação e a maior independência possível, com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida e o seu bem-estar subjetivo. Este modelo tem como principal objetivo o respeito pela dignidade e pelos direitos da pessoa idosa, assente na sua participação efetiva, na obtenção de melhorias nas diversas áreas da qualidade de vida e de promoção do seu bem-estar (Rodríguez, 2010; Rodríguez, 2011).

No desenvolvimento deste modelo, o cuidado é holístico e integral, desenvolvendo-se de forma sistémica, considerando a história da pessoa, os seus desejos, capacidades e necessidades, o que faz com que o desenvolvimento do planeamento dos cuidados permita melhorar o bem-estar e a satisfação da pessoa idosa. Deste modo, vai permitir à equipa desenvolver planos ajustados às decisões individuais de cada pessoa. Este modelo permite criar um afastamento das lógicas tradicionais centradas em modelos baseados nos serviços/instituições, delineando metas que permitam alcançar as vontades da pessoa idosa (Mulas *et al.*, 2014; Ribeirinho, 2020). Com vista a evidenciar as diferenças entre o modelo centrado no serviço e o modelo centrado na pessoa, entendeu-se pertinente proceder a uma análise comparativa entre estes dois modelos. É o que se faz no quadro que se apresenta a seguir, tomando por base os contributos de Ribeirinho (2020) e Mulas *et al.* (2014).

Quadro 6 – Modelo centrado no serviço e Modelo centrado na pessoa

Modelo centrado no serviço	Modelo centrado na pessoa
A pessoa idosa é um agente passivo dos recursos.	A pessoa idosa é um agente ativo e colaborador em todo o seu processo.
Modelo paternalista-diretivo, no qual os outros decidem pelo próprio, alegando o seu bem-estar.	Modelo democrático-participativo, participação ativa da pessoa na toma de decisões, interesses, gostos e vontades.
Centra-se nas limitações e dependências da pessoa idosa, numa vertente incapacitante.	Centra-se nos recursos e nas competências das pessoas idosas. Confere individualidade, centrando-se nas capacidades, sinergias e forças, como foco positivo.
Intervenção microespecífica – condutas cristalizadas.	Intervenção macroglobal – confere uma abordagem de continuidade e dinâmica.
Enquadra-se a pessoa idosa nos recursos sociais. Adequa-se a pessoa ao serviço.	Intervém-se com a pessoa idosa na adequação dos melhores serviços à pessoa.
Enfoque nas diferenças e nos aspetos mais negativos.	Enfoque nas semelhanças e na experiência para uma partilha.
Estilo de vida enquanto integrante dos programas e planos do serviço.	Estilo de vida construído a partir do que a pessoa idosa valoriza e deseja.
Centra-se na cobertura de recursos/programas (procura-se “distribuir” as pessoas idosas pelos diversos programas preexistentes).	Centra-se na qualidade de vida (é valorizada a qualidade de vida objetiva e subjetivamente – como cada pessoa idosa percebe o seu bem-estar).
Atua-se com equipas interdisciplinares clássicas.	Criam-se equipas de planificação e intervenção gerontológica centradas na pessoa idosa.
O processo de intervenção respeita a hierarquia, desenvolvendo-se de forma padronizada.	Processo em coconstrução, flexível, ativamente participado pela pessoa idosa.
Programas e serviços padronizados. A pessoa ajusta-se ao serviço.	Programas e serviços adaptados às necessidades (é de cada pessoa).
Usa-se linguagem distante, complexa, clínica e com tecnicismos (privilegia-se o distanciamento na relação).	Usa-se linguagem próxima, coloquial, familiar e clara (privilegia-se uma comunicação humana calorosa e empática).
A pessoa idosa é a recetora final das ações planificadas pela equipa.	A própria pessoa idosa decide sobre o seu processo e sobre quem se implica no mesmo.
A equipa tem poder e controlo sobre a definição dos planos de intervenção.	O especialista é a pessoa idosa, pondo os profissionais as suas competências e conhecimentos em prol da pessoa, com quem escuta e aprende.

Fonte: Adaptado de Ribeirinho (2020) e Mulas *et al.* (2014)

Este modelo, assente na premissa do empoderamento e dando ênfase ao acompanhamento desenvolvido pelo assistente social, visa a consolidação das capacidades da pessoa. Esta abordagem apresenta diversas mais-valias, como é o

caso do respeito pela biografia e individualidade de cada pessoa, assim como o respeito pela tomada de decisão sobre o seu processo. O cuidado centrado na pessoa ancora processos flexíveis, sendo possível a realização de ajustes na tomada de decisões e nas medidas adequadas a cada momento. Este processo contínuo deve ser realizado de forma dialógica, em que a comunicação permanente surge como um fator-chave no desenvolvimento da intervenção (Rodríguez, 2010).

A intervenção centrada na pessoa encontra-se definida com base nos seguintes princípios e critérios:

Quadro 7 – Princípios e critérios da intervenção centrada na pessoa

Princípios	Crítérios
Dignidade	Direitos
Autonomia	Diversidade
Participação	Acessibilidade e interdisciplinariedade
Integralidade	Globalidade
Individualidade	Flexibilidade e atenção personalizada
Inclusão social	Proximidade e enfoque comunitário
Bem-estar	Promoção da atenção contínua
Independência	Prevenção/reabilitação
Continuidade da intervenção	Coordenação e convergência

Fonte: Adaptado de Rodríguez (2006), Rodríguez (2010); Mulas et al. (2014) e Ribeirinho (2020)

Neste paradigma de mudança de foco, é fulcral o real conhecimento da pessoa idosa, para que se possam adaptar os serviços e os planos de cuidados no seu projeto de vida, tendo como valor-base a individualização, tendo em conta que nenhuma pessoa é igual a outra e que se pretende envolver todas as dimensões do ser humano (Lopez, Marín e Parte, 2004).

Tendo em consideração o pensamento de Mulas *et al.* (2014) sobre o desenvolvimento da metodologia centrada na pessoa, esta inclui: a preparação e o planeamento antecipado; o conhecimento sobre a pessoa idosa, a sua biografia, os seus gostos e atividades; as suas pessoas de referência; a promoção da sua autonomia, criando ambientes flexíveis e de individualização; o acompanhamento da pessoa, na descoberta de outros interesses, fomentando a sua presença na comunidade com participação ativa, apoiando no desenvolvimento de competências e potenciando o controlo sobre a sua vida; as avaliações e reavaliações que permitem ajustar metodologias, planos de intervenção e os planos de cuidados, que devem ser contínuas e flexíveis, conjugando as mudanças que também possam ocorrer nos interesses e nas expectativas das pessoas idosas.

Este modelo, além de estimular a capacitação da pessoa idosa, aborda o espaço onde a pessoa se encontra inserida enquanto espaço seguro, acessível, com privacidade e respeito pela intimidade. A decoração deve ter um cunho pessoal, sendo permitida a sua participação, inclusive na decoração do espaço comum, que deve ser aberto aos familiares e visitas, sendo proporcionadas atividades e reuniões (Mulas *et al.*, 2014). Este modelo vem igualmente convocar o empoderamento das pessoas idosas para que assumam e retomem o controle sobre as suas vidas, visando uma abordagem anti-idadista.

Enquanto modelo centrado na pessoa, o desenvolvimento da intervenção tem por base a comunicação e o diálogo na construção da relação de cuidado e de empatia.

3. O SERVIÇO SOCIAL NA GESTÃO E LIDERANÇA DE LAR PARA PESSOAS IDOSAS

A atuação do assistente social nas instituições apresenta um grande desafio, considerando todas as demandas éticas com as quais os profissionais são confrontados diariamente. Nesta atuação o assistente social defende os interesses da instituição, assim como dá a conhecer e providencia o debate e o diálogo na defesa e no entendimento do respeito pelos princípios e valores do Serviço Social, com vista ao desenvolvimento de serviços e cuidados que promovam a dignidade, os direitos e o bem-estar das pessoas idosas.

Diversos autores (Coulshed, 1990; Selber e Austin, 1997; Sullivan, 2016) referem que o assistente social sempre teve uma ligação com a coordenação e gestão, pese embora não a tenha encarado de tal forma. Nesta atuação os assistentes sociais têm desenvolvido um papel crucial na defesa dos direitos das pessoas; exemplo disso foi o papel desenvolvido por Jane Addams, Lillian Wald e Julia Lathrop através de modelos de defesa organizados na promoção do bem-estar social, conjugando a administração com a defesa dos direitos das pessoas de forma organizada (Mosley, 2009).

A evolução histórica do Serviço Social encontra-se associada a movimentos de luta pela democracia. Neste contexto de lutas sociais e políticas, e em processo de reflexão profissional, no Brasil, num contexto de afirmação da profissão e de questionamento ideológico, dá-se o processo de reconceptualização do Serviço Social. Em 1967, o Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio de Serviço Social realiza o Seminário de Araxá “Teorização em Serviço Social”, tendo-se seguido outros seminários. O Seminário de Araxá dá origem ao Documento de Araxá, produzido em 1969, por setecentos e quarenta e um assistentes sociais. Este é um documento abrangente, e faz referência à “Utilização da Administração em Serviços Sociais”, considerando a atuação dos assistentes sociais em direções, no planeamento e na execução de atividades, requerendo a necessidade de existirem estudos e uma conceituação da administração focada no campo específico do Serviço Social. Esta tomaria a forma de especialização na Administração do Serviço Social, e capacitaria o assistente social para exercer as funções administrativas no seu campo de atuação técnica. Aqui é revelada uma preocupação com o papel os profissionais no desenvolvimento de gestão de serviços, considerando o papel de reguladores da sociedade que se encontram a desenvolver.

Em Portugal, parafraseando Branco e Fernandes (2005), o desenvolvimento do papel do assistente social, na área da gestão e liderança, toma maior relevância após a Revolução de 25 de Abril, com o surgimento de novos campos de intervenção, como é o caso da intervenção nas organizações sem fins lucrativos, como as organizações não-governamentais, as instituições particulares de solidariedade social, entre outras. Pese embora esta atuação de coordenação faça parte da história do Serviço Social no apoio às pessoas vulneráveis e desprotegidas, nas quais se incluíam as pessoas mais velhas, nesta nova ancoragem surge o reconhecimento do assistente social neste papel, sendo o desempenho deste encarado numa lógica de articulação com os princípios e valores do Serviço Social e de reforço dos direitos sociais.

Mary Parker Follett (1868-1933) é considerada por vários autores (Selber e Austin, 1997; Nelson, 2017) como uma impulsionadora da gestão moderna, com uma visão da importância da gestão de serviços humanos, com abordagens orientadas para as pessoas, com ênfase nas equipas e nos clientes, considerando os resultados orientados em termos de qualidade definida pelo cliente, de forma empírica e baseada na experiência. É de referência o seu trabalho como assistente social e a sua preocupação com a gestão das organizações de serviços humanos. Os seus escritos foram tidos em conta nas teorias da administração, mas os seus pensamentos ficaram à margem, sendo considerados como utopias num mundo dominado por homens. Deste modo, as suas teorias não foram valorizadas, não tendo tido visibilidade nos estudos para o Serviço Social. Mary Parker Follett considerava as relações interpessoais, as habilidades de comunicação e a supervisão como competências na gestão associadas ao Serviço Social. Desenvolveu programas comunitários, muito semelhantes ao trabalho desenvolvido por Jane Addams. Mary Parker Follett conjugou as suas teorias de gestão com o movimento dos centros comunitários e das escolas públicas, sempre conciliando esta atuação com a cidadania. Desenvolveu a liderança baseada no poder e na autoridade da pessoa assente nos seus valores, direitos e responsabilidades, ou seja, transportou a liderança centrada na pessoa ancorada a uma gestão de continuidade através de um processo participado, inclusivo e não-hierárquico (Selber e Austin, 1997; Nelson, 2017).

Segundo Selber e Austin (1997), o Serviço Social terá perdido uma grande oportunidade de reivindicar uma teoria de gestão de serviços humanos assente no trabalho pioneiro de Mary Parker Follett, nas suas experiências como assistente social comunitária e na sua conceção relativamente à gestão das relações humanas.

Assumindo o Serviço Social as funções que tem vindo a desenvolver na gestão e coordenação de serviços, nomeadamente nos lares para pessoas idosas, importa no seu desempenho implementar modelos diferenciadores. Parafraseando Ray e Phillips (2002), os profissionais necessitam de se distanciar de lógicas de serviços ao pacote, em que a mesma medida e os mesmos serviços encaixam em todas as pessoas. A humanização da estrutura organizativa, o modelo de acesso, o planeamento, a organização dos serviços, os recursos humanos disponíveis, as suas qualificações, as competências pessoais e profissionais, assim como as suas atitudes e valores, são processos que implicam uma reflexão por parte dos assistentes sociais. Pode, então, considerar-se, na linha de pensamento de Luz (2018, p. 136), que a intervenção nas organizações se encontra assente na “ética de responsabilidade, ética de convicção”, assim como no “sentido de dever”, sendo esta canalizada *a priori* “para as pessoas e para as suas necessidades”.

Um Serviço Social comprometido com o desenvolvimento de uma prática profissional reflexiva, tendo por base um pensamento estratégico, associado ao planeamento (da intervenção social e da organização), requer uma ética e um compromisso com a missão da organização, estimulando a mudança organizacional e desenvolvendo processos de capacitação alicerçados nos princípios éticos da justiça social, canalizados para as pessoas e para uma prestação de serviços eficiente e eficaz (Albuquerque, 2013; Ribeirinho, 2013; Luz, 2018). O Serviço Social é desafiado a deixar de ser o intermediário, e um simples executor das políticas sociais, passando a encarar as suas potencialidades e competências na esfera da reconstrução de espaços de negociação do bem-comum, na garantia da equidade e da qualidade de vida, assumindo assim um compromisso enquanto agente de transformação. Cabe ao profissional não perder o rumo do respeito e da dignidade humana, desenvolvendo competências e mantendo um espírito crítico que contribua para a reflexão crítica e antiopressiva na procura de serviços mais qualificados, menos burocratizados e normatizados. Caso contrário, corre o risco de um exercício profissional assente na tecnicidade das práticas, o que pode significar o risco de reduzir a intervenção social a um formalismo e tecnicismo burocrático (Ribeirinho, 2013; Madeira, 2016).

3.1. ORGANIZAÇÃO SEM FINS LUCRATIVOS E GESTÃO SOCIAL

As organizações têm sido o espaço ocupacional de atuação privilegiada do assistente social, encontrando-se, assim, ancoradas ao contexto histórico do Serviço Social. No caso das organizações do terceiro setor, estas têm como objetivo apoiar pessoas, grupos ou causas e não prosseguir proveitos próprios, não tendo como finalidade o lucro; contudo, a sua sustentabilidade é fundamental, não deixando de ter receita como “meio para o alcance do seu fim verdadeiro, social ou de interesse público” (Storto e Reicher, 2014). As organizações sem fins lucrativos “procuram a satisfação plena dos seus clientes (utentes), satisfação cujo grau traduz em que medida a sua atividade está a ser bem-sucedida [...] mas em função da qualidade dos serviços prestados” (Teixeira, 2017, p. 396). As organizações sem fins lucrativos, com base na classificação internacional de organizações não lucrativas, dividem-se em: cultura e lazer, educação e investigação, saúde, serviços sociais, ambiente, desenvolvimento e habitação, participação cívica e defesa de causas, intermediários filantrópicos, internacional, congregações religiosas, empresariais e profissionais, sindicatos e outros (*ibidem*).

A maioria destas organizações intervém na área social, com maior incidência na população idosa, através de respostas sociais e equipamentos sociais. Os modelos de gestão mais reconhecidos nos lares enquadram a vertente burocrática e do capital; o conceito de gestão encontra-se interligado com o desenvolvimento de processos de liderança, como responsável por definir a missão e a visão da organização e o seu planeamento estratégico, estando igualmente interligado com a motivação e a capacitação dos vários profissionais. O processo de gestão acarreta diversos desafios de coordenação, de supervisão e de suporte técnico aos profissionais na intervenção direta e indireta com as pessoas idosas. A gestão é um processo pelo qual se pretende obter resultados – bens ou serviços – através do esforço de outros. Sendo a direção uma das tarefas da gestão, esta tem por base quatro funções: planeamento, organização, direção e controlo (Carvalho, 2011; Teixeira, 2017; Luz, 2018, União das Misericórdias, 2021).

Face ao exposto, nesta atuação em diferentes organizações, os assistentes sociais desenvolvem “várias abordagens metodológicas” em diversos “campos organizacionais e prestam serviços sociais a vários setores da população nos níveis microssocial, intermediário social e macrossocial” (Nações Unidas, 1995, p. 13). Estes profissionais têm vindo, ao longo dos tempos, a assumir o papel de gestores e líderes nas

organizações sem fins lucrativos, nomeadamente nos lares, onde têm contribuído para a humanização das relações e dos cuidados e para a prossecução dos pressupostos da organização.

A gestão empresarial e tradicional nas organizações sem fins lucrativos dá lugar ao conceito de gestão social, enquanto conceito polissémico na sua abrangência e contextos, exigindo ao assistente social uma “reconfiguração ideológica e intervencionista” (Santos e Nunes, 2013, p. 96), apontando para “um conjunto de novos referenciais problematizadores das leis, conceitos, modelos, valores, regras e critérios” (Maia, 2005, p. 14). A gestão social é, assim, a afirmação dos valores da cidadania, democracia e justiça social, sendo estes valores acoplados à atuação do Serviço Social devido ao “conjunto de compromissos e referenciais ético-políticos, teórico-metodológicos e técnico-operativos” (Maia, 2005, p. 14). Os assistentes sociais, enquanto profissionais com diversas competências e habilidades, têm, na prática da gestão social, um “novo desafio teórico e metodológico de intervenção social” (Santos e Nunes, 2013, p. 99).

O tema da gestão social, segundo diversos autores (França Filho 2003, 2008; Maia, 2005; Pimentel e Pimentel, 2010; Tenório, 2006), tem vindo a crescer e a ter uma maior visibilidade ao longo dos tempos. Verifica-se, assim, que desde os anos 1990 se têm vindo a desenvolver estudos, análises, encontros e congressos. Vários autores (Cançado, Villela e Sausen, 2016; Cançado, Tenório e Pereira, 2011) conferem a Tenório as principais pistas e análises sobre a gestão social. Para Tenório (2006), o tema da gestão social está relacionado com a gestão das políticas sociais e com as organizações do terceiro setor, enquanto processo ligado com a prestação de serviços. A expressão “gestão social” tem vindo a ser usada para identificar as mais diversas práticas sociais, à luz de diferentes autores, com maior incidência pelos atores das organizações não-governamentais, associações e fundações. Os atores sociais apropriam-se do termo “gestão social” consoante o contexto organizacional em que se encontram inseridos (França Filho, 2008; Schommer e França Filho, 2008).

Tenório (2008, p. 40) entende a gestão social “como o processo gerencial dialógico onde a autoridade decisória é compartilhada entre os participantes da ação”. A gestão social é de âmbito público, privado ou de organizações não-governamentais; este processo deve seguir pela concordância, em que a solidariedade deve ser a base, desenvolvendo-se através de um processo dialógico, relacional, de inclusão de diversos

atores para a tomada de decisão (Tenório 2008; Conti, 2010; Fischer, 2007). A gestão social, desenvolvida pelas organizações do terceiro setor, não tem por objetivo o lucro, mas a sua estabilidade económica é fundamental para a concretização dos fins sociais. Estes desenvolvem-se em “termos culturais (de promoção, resgate ou afirmação identitária, etc.), políticos (no plano de uma luta por direitos, etc.) ou ecológicos (em termos de preservação e educação ambiental, etc.)” (França Filho, 2008, pp. 21-32).

A gestão social suprime os vazios criados pelo Estado, atuando assim para colmatar necessidades, sendo as organizações espaços de emancipação dos sujeitos sociais. Deste modo, a gestão social não pode “obedecer a uma organização hierárquica, militar, com regras e ordens rígidas impostas de cima para baixo” (Conti, 2010, p. 37). A gestão social integra os diversos níveis meso e micro nas instituições do terceiro setor, mais concretamente em respostas sociais de prestação de serviços. Encontrando-se associada à intervenção do Serviço Social, enquanto profissão de justiça social, dos direitos humanos e da responsabilidade coletiva, procura a mudança social, a coesão social, o empoderamento e a promoção da pessoa e o seu bem-estar, considerando a sua multidimensionalidade.

A gestão social “articula a liderança e *management*, eficácia, eficiência e efetividade social” (Fischer *et al.*, 2006, p. 797), em torno de mediações sociais realizadas por indivíduos e gestores nas organizações. Diferentes tipos de liderança podem estar associados aos objetivos a atingir e à missão da organização, passando pelo contexto e o ambiente envolvente.

3.2. MISSÃO E CULTURA ORGANIZACIONAL

Neste ponto do trabalho pretende-se fazer uma breve abordagem à missão, cultura e comunicação organizacional.

A missão das organizações consiste na definição dos “fins estratégicos gerais” da organização (Teixeira, 2017, p. 54). É através da definição da missão que é manifestada a filosofia de atuação, a intenção e a orientação de uma organização. A missão permite o desenvolvimento de objetivos, que devem ser assumidos por todos os departamentos da organização, sendo estes, de entendimento comum da missão a atingir (*ibidem*). Face ao exposto, a missão deve ser entendida dentro e fora da organização; deste modo, a passagem da missão internamente, é realizada quer através de declarações internas formais, quer através das ações que vão traduzir a cultura e os valores da

organização. No que respeita à transmissão da missão para o exterior, esta é feita através de declarações públicas formais, entre outras possibilidades (*ibidem*).

Os objetivos harmonizam-se ao nível organizacional, através da divisão por níveis de gestão: nível de gestão institucional desenvolve objetivos estratégicos da organização; nível intermédio desenvolve objetivos táticos; nível operacional desenvolve objetivos operacionais. Estes objetivos vão ser desenvolvidos e integram o planeamento que de forma igual respeita a cada nível de gestão (Teixeira, 2017). Deste modo, ao nível institucional o planeamento estratégico requer “avaliação de oportunidades e ameaças, pontos fortes e pontos fracos” (*ibidem*, p. 66); ao nível intermédio o planeamento tático requer o “desdobramento do plano estratégico em planos táticos ao nível departamental” (*ibidem*); ao nível operacional o planeamento operacional requer o “desdobramento dos planos táticos em planos operacionais ao nível das tarefas” (*ibidem*). Pelo que, fica perceptível que o desenvolvimento do planeamento estratégico comanda todo o funcionamento e guia toda a atuação e desenvolvimento da organização, dando lugar a diversos planos que ao nível do planeamento operacional são colocados efetivamente na prática direta.

Deste modo, a assimilação da missão é fundamental para o seu desenvolvimento, considerando que os profissionais se vão envolver com “em torno de um ideal a cumprir” (Vieira, 2018, p 358), assim, importa que as equipas assumam um projeto comum com um “ideal, propósitos, valores, plano de ação,...- suficientemente estruturado e claro a que o conjunto dos membros possa aderir e desejar implementar” (*ibidem*). Para que as equipas assumam este projeto, é fundamental a passagem formal da missão e dos objetivos, devendo a comunicação ser realizada de forma concreta, assumindo um conjunto de valores que reforce o compromisso de cada profissional com a organização (*ibidem*). Esta comunicação contínua que permite refletir e desenvolver um pensamento conjunto, assume-se como mecanismo facilitador da apropriação da missão.

É de salientar, que não só de missão se constrói uma organização, a cultura organizacional é muito importante para a construção da sua identidade. A cultura define-se através de um conjunto de valores, crenças e hábitos, definindo a forma como os profissionais se posicionam. Deste modo, a cultura de uma organização que presta serviços humanos deve ancorar princípios humanos que visem a dignidade humana, devem assentar em princípios e valores éticos. Para Fleury (1987), a cultura desenvolvida com base em crenças e valores além de partilhados e apropriados pelos

profissionais, deve seguir uma linha de consonância com a estrutura, a tecnologia e a liderança implementada. Nas organizações que desenvolvem a sua cultura associada à sua história, esta assume uma elevada importância quando os seus profissionais detêm conhecimento sobre a mesma e a reconhecem como importante para a organização.

Cada organização desenvolve a sua cultura, consoante a sua história, os seus valores e crenças. Diversos autores abordam classificações de culturas organizacionais, como é o caso de Deal e Kennedy, Harrison e Charles Handy (Teixeira, 2017). Deal e Kennedy identificam quatro tipos de cultura genéricas baseadas em duas medidas, a quantidade de risco e a velocidade de *feedback*. Por sua vez, Harrison apresenta quatro tipos de cultura organizacional com base no grau de centralização do poder e o grau de formalização da estrutura, sendo a classificação utilizada como: cultura burocrática ou de função, cultura de tarefa ou de adocracia, cultura de poder ou autocrática e atomista ou democrática. A cultura burocrática assume uma elevada formalização e elevada centralização; a de tarefa uma elevada formalização e reduzida centralização; a de poder uma elevada centralização e reduzida formalização; a atomista uma reduzida formalização e reduzida centralização (Teixeira, 2017). Uma organização pode apresentar várias culturas, sendo estas desenvolvidas em graus diferentes e consoante a sua dimensão.

A cultura organizacional, enquanto processo de desenvolvimento de valores e crenças, tem associado o processo de socialização de cada pessoa (profissional), deste modo importa recorrer a Berger e Luckmann (2004, pp. 184-185), ao que os autores definem como socialização secundária, considerando que esta é a “interiorização de “submundos” institucionais ou baseados em instituições [...] que estruturam interpretações e condutas de rotina em uma área institucional”. A socialização secundária requer que a pessoa assimile valores e crenças, que podem de alguma forma ser divergentes das aprendizagens adquiridas na socialização primária, sendo este último um processo de aprendizagem com elevada identificação do indivíduo, aos valores e aprendizagens que lhe foram transmitidos. Deste modo, a cultura organizacional assume o que os autores advogam como socialização secundária, uma aceitação e identificação por parte dos profissionais, dos valores e crenças da organização, sendo este, igualmente, um processo de aprendizagem e de transmissão de conhecimento, associados à conduta, rotina e linguagem da organização. Assumindo todo este processo, segundo os autores, um universo simbólico que integra um conjunto

de significados, possibilitando aos profissionais integrarem os significados enquanto processo dialético de sustentação e legitimação.

A cultura organizacional pode sofrer influências da cultura dos seus profissionais, sendo este um dos motivos que leva a mudanças na cultura organizacional. A cultura organizacional encontra-se associada à eficiência e eficácia da organização, pelo que a identificação e apropriação dos valores organizacionais devem ser interiorizados e assumidos pelos profissionais. A assimilação e identificação da cultura organizacional por parte dos profissionais, conduz a um ambiente organizacional mais positivo, assumindo este um papel importante na eficácia do serviço. De igual modo, a cultura organizacional em sintonia com os estilos de liderança implementados, conduzem à eficácia da própria organização, aliando ao estilo de liderança, líderes eficazes, inovadores, ágeis, flexíveis, comprometidos e solidários. Sendo qualidades fundamentais quando os profissionais lidam com organizações burocráticas (Teixeira, 2017; Glisson, 2009).

A organização enquanto espaço de relações e interações sociais, remete para a sociabilidade enquanto processo de comunicação que pressupõe trocas que assumem diversos significados culturais e de valores, considerando Maffesoli (Gioseffi, 1997). As organizações assumem-se enquanto espaços de sociabilidade compostos por diversas pessoas (profissionais), estas apresentam espaços de sociabilidade, assumindo a noção de sociabilidade intensa focada por Fantinel (2016), como as zonas do café, do vestiário, de comer, as zonas de trabalho, como gabinetes e escritório e os corredores; estas zonas são espaços de interações entre as pessoas que trabalham na organização e os seus clientes.

A comunicação assume-se com especial destaque, face ao exposto, em todo este processo de passagem da missão, de construção ou assimilação da missão e da cultura. Enquanto processo de transferência de informação, ideais e conhecimento, a capacidade de comunicar pode ser o que separa o líder do sucesso, pela sua capacidade e habilidade de transmitir a missão, os objetivos e a cultura organizacional. A comunicação divide-se em dois grupos: o formal e o informal. O canal de comunicação formal ocorre de forma descendente e ascendente; por sua vez o canal de comunicação informal pode ocorrer de forma horizontal ou diagonal. A comunicação descendente ocorre de forma vertical, respeitando a hierarquia da organização, transmitindo orientações de serviço, comunicações, definição de objetivos e informações estruturais

e de organização interna. A comunicação ascendente assume relatórios e informações de evolução dos serviços, passagem de informação sobre ocorrências e problemas correntes e o retorno das comunicações recebidas. A comunicação informal, por sua vez, desenvolve-se através de pessoas que desenvolvem relações laborais e/ou pessoais, fora da organização e que desta forma fazem fluir a informação de forma mais célere na organização. É exemplo deste tipo de informação a comunicação diagonal entre diretores de diferentes serviços, entre pessoas de diferentes níveis de hierarquia. Esta comunicação ocorre pela necessidade de informação que o sistema formal da organização não transmite, assim, esta assume as seguintes características: maior rapidez na passagem de informação; é seletiva na sua transmissão; a informação não respeita uma hierarquia; não respeita o espaço definido pela organização, ou seja, é transmitida fora do espaço organizacional (Teixeira, 2017).

O nível das características da comunicação, à semelhança das características já referidas sobre a comunicação no ponto 2.2.1., a comunicação organizacional assume as mesmas características, de igual modo, o tema da comunicação é retomado e desenvolvido mais à frente nos pontos que se seguem.

3.3. O ASSISTENTE SOCIAL NA GESTÃO E LIDERANÇA DE LAR

Pretende-se, neste ponto de desenvolvimento do trabalho, contribuir para o conhecimento e entendimento das atividades e tarefas desenvolvidas pelo assistente social na gestão e liderança de lar. As funções do assistente social serão analisadas à luz dos dois contratos coletivos de trabalho considerados relevantes para a situação em estudo, assim como da descrição de funções da direção técnica em lar. Nesta parte do trabalho, desenvolvem-se ainda estilos de liderança que se encontram associadas ao Serviço Social e à monitorização e supervisão da equipa.

Os assistentes sociais desempenham diversos papéis, tal como referem Bures, Toseland e Fortune (2003, p. 115), “social work’s fill a variety of roles in service agencies: including caseworker, supervisor, and administrator”. É certo que existem diversos papéis, que são influenciados pelas dinâmicas sociais e pelas forças em presença, contudo, na área da gestão e administração, existe um compromisso com a instituição e com as pessoas idosas baseado nos princípios éticos do Serviço Social, na justiça social, na dignidade humana e na cidadania, em consonância com o compromisso para com as pessoas e a instituição. Em estruturas organizacionais de promoção de bem-

estar e qualidade de vida das pessoas idosas, o objetivo do Serviço Social é a promoção da dignidade, da autodeterminação, do bem-estar e da privacidade, com base nos direitos humanos, sociais e políticos.

3.3.1. QUADRO NORMATIVO DA DIREÇÃO TÉCNICA EM LAR

O Serviço Social tem vindo a desenvolver a sua atuação na direção técnica das instituições particulares de solidariedade social, e, em particular, nas que se dedicam à intervenção com pessoas idosas. No desempenho da direção técnica em lar, o Serviço Social conjuga a justiça social, os direitos das pessoas e a responsabilidade social, pela via da gestão social, no cumprimento dos objetivos e do bem-estar das pessoas idosas institucionalizadas, assim como numa atuação mais abrangente, ou seja, projetando a gestão social por si realizada na comunidade.

Os assistentes sociais passaram a assumir a gestão das respostas sociais dirigidas às pessoas idosas, considerando que as organizações sem fins lucrativos são os principais prestadores de serviços sociais (Branco e Fernandes, 2005). Para Mouro (2013), a opção por assistentes sociais no papel de direção deve-se ao facto de estes serem profissionais generalistas, com grande capacidade de se relacionarem e de “desenvolverem aprendizagem entre pares” (*ibidem*, p. 31).

Com vista a identificar as funções atribuídas ao Serviço Social no contrato coletivo de trabalho entre a Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade e a Federação Nacional dos Sindicatos dos Trabalhadores em Funções Públicas e Sociais³, que regula

as relações de trabalho entre as instituições particulares de solidariedade social (IPSS) representadas pela Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade – CNIS e os trabalhadores ao seu serviço que sejam ou venham a ser membros das associações sindicais outorgantes, sendo aplicável em todo o território nacional com exceção da Região Autónoma dos Açores.

Procedeu-se à respetiva análise, tendo-se verificado que o assistente social é identificado como o profissional que

Estuda e define normas gerais, esquemas e regras de atuação do serviço social das instituições; procede à análise de problemas de serviço social diretamente relacionados com os serviços das instituições; assegura e promove a colaboração com os serviços sociais de outras instituições ou entidades; estuda com os indivíduos as soluções possíveis dos seus problemas (descoberta do equipamento social de que podem dispor);

³ Publicado no Boletim do Trabalho e Emprego, n.º 1, 8/1/2020.

ajuda os utentes a resolver adequadamente os seus problemas de adaptação e readaptação social, fomentando uma decisão responsável.⁴

O segundo contrato coletivo de trabalho considerado relevante para esta pesquisa diz respeito à convenção coletiva celebrada entre um vasto conjunto de Santas Casas da Misericórdia e a Federação Nacional dos Sindicatos dos Trabalhadores em Funções Públicas e Sociais e outros⁵, tendo-se apurado que a descrição de funções realizada é igual.

No seguimento desta descrição, o assistente social encontra-se assim associado aos serviços das instituições, existindo uma relação entre a profissão e o lado administrativo interventivo e de gestão ao nível microssocial (Luz, 2018).

No que respeita às funções do diretor técnico de lar, importa analisar como as mesmas são definidas na Portaria n.º 67/2012, de 21 de março. O primeiro aspeto a relevar reporta ao facto de a direção técnica da estrutura residencial não ser um domínio exclusivo do Serviço Social. Assim, e de acordo com o n.º 1 do art.º 11.º da referida portaria, esta “é assegurada por um técnico com formação superior em ciências sociais e do comportamento, saúde ou serviços sociais e, preferencialmente, com experiência profissional para o exercício das funções”. Quanto às funções, conforme o n.º 2 do mesmo artigo,

ao diretor técnico compete, em geral, dirigir o estabelecimento, assumindo a responsabilidade pela programação de atividades e a coordenação e supervisão de todo o pessoal, atendendo à necessidade de estabelecer o modelo de gestão técnica adequada ao bom funcionamento do estabelecimento, e em especial:

- a) Promover reuniões técnicas com o pessoal;
- b) Promover reuniões com os residentes, nomeadamente para a preparação das atividades a desenvolver;
- c) Sensibilizar o pessoal face à problemática da pessoa idosa;
- d) Planificar e coordenar as atividades sociais, culturais e ocupacionais dos idosos.

Não sendo a direção técnica da estrutura residencial um domínio exclusivo do Serviço Social, como já referido, tem sido reconhecido aos assistentes sociais conhecimento

⁴Publicado no Boletim do Trabalho e Emprego, n.º 1, 8/1/2020 – Anexo I – Definição de Funções.

⁵ Publicado no Boletim do Trabalho e Emprego, n.º 38, 15/10/2016.

científico e competências profissionais, que se traduzem numa capacidade global e holística de intervenção e gestão gerontológica.

Do levantamento do estado da arte realizado, conclui-se que o assistente social em funções de direção técnica deve ter conhecimentos sobre as pessoas que apoia, as características individuais e grupais, as necessidades e as expectativas das pessoas idosas institucionalizadas. Só através deste conhecimento sobre a história e o percurso da pessoa é que se pode contribuir para o planeamento dos cuidados a prestar. O assistente social, na gestão de lares, transporta a sua missão para o cuidado e para os colaboradores, sendo estes elementos cruciais na orientação estratégica e na sua implementação, devendo transmitir paixão, entrega, dedicação e respeito. Um dos elementos cruciais do Serviço Social é a forma como é gerida a relação entre o serviço e as pessoas a quem se dirige o serviço, ou seja, os utentes, famílias e a comunidade, sendo que o fornecimento de serviços impacta com a rede social onde os mesmos se encontram inseridos (Payne, 2002a; Névoa, 2016; Luz, 2018).

Contudo, a atuação do assistente social nas organizações pode confrontar-se com dificuldades no que respeita aos dilemas éticos e à afirmação da identidade profissional. A atuação do Serviço Social no campo organizacional responde a exigências que podem ser diferentes das arenas em que os profissionais se situam ao nível dos seus princípios e valores éticos (Luz, 2018). No pensamento de Mouro (2013), o assistente social, ao intervir em contexto organizacional, pode experimentar um afastamento da sua identidade, ficando mais centrado nas preocupações da instituição, no cumprimento das normas e lógicas de trabalho burocráticas, no respeito pela “ordem institucional” (Faleiros, 1997, p. 61). Esta atuação pode conduzir a um conflito de valores, quer profissionais quer pessoais, considerando o afastamento do projeto ético-político da própria profissão, uma vez que os dilemas éticos e políticos são presença constante na prática do Serviço Social enquanto profissão que procura a redução da injustiça social e das desigualdades.

No pensamento de Granja (2014), na atuação em contexto organizacional importa reduzir ou harmonizar as diferenças, com consciência de que se interage num espaço de poderes, nem sempre complementares e muitas vezes contrários. A afirmação identitária demanda a gestão de relações sociais, onde o assistente social precisa de conquistar poder explícito e implícito para gerir interesses diversos.

É neste desenvolvimento de competências relacionais ancoradas a valores éticos que o assistente social prossegue os seus objetivos, negociando e ultrapassando diversos obstáculos no que respeita à tomada de decisões do quotidiano (Luz, 2018). A afirmação identitária permite criar uma autonomia profissional que se revela através da capacidade de gestão e organização, não só na forma como recorre e gere os recursos existentes, mas também na forma como diligencia as respostas e articula o sistema no todo, usando as oportunidades de modo criativo e com conhecimento, afirmando o seu saber no seu campo de intervenção.

O reconhecimento do conhecimento permite ao profissional uma maior autonomia e legitimidade na tomada de decisões que o mesmo tem de levar a cabo diariamente. A tomada de decisões na esfera da gestão requer uma abordagem alargada, sendo que respeita: ao funcionamento do serviço; ao levantamento de necessidades de recrutamento de recursos humanos e necessidades de formação da equipa; à prestação de serviços e respetiva avaliação; à realização do planeamento estratégico da organização e à sua operacionalização; ao levantamento de necessidades sobre a aquisição de bens e materiais e a reparações e manutenções ao nível do edificado. A tomada de decisão considera a avaliação da equipa e tudo o que implique o bem-estar das pessoas idosas institucionalizadas. Estas tomadas de decisão dividem-se, assim, ao nível da organização, da equipa e das pessoas idosas institucionalizadas, sendo ainda de referir a participação em parcerias e em projetos externos à organização. É fundamental que a tomada de decisão sobre o quotidiano da organização possibilite perspectivas interrelacionais influenciadoras de futuras decisões (Luz, 2018).

Nesta senda, a avaliação das necessidades e o planeamento das prioridades, com vista à concretização de um plano, requerem um conjunto de saberes e de informações que se alicerçam nos objetivos organizacionais, promovendo a qualidade e efetivação dos serviços, respondendo às demandas e necessidades da organização e das pessoas idosas (Andrade, 2001; Luz, 2018). Na mobilização de saberes, o assistente social em funções de gestão articula os sistemas sociais, cria e gere os serviços, influencia e adapta os processos de ação (Granja, 2014) na interação das relações sociais.

Face ao exposto, o desempenho do assistente social na gestão passa “por humanizar as organizações, ou seja, acentuar os elementos humanos nos sistemas organizacionais e de gestão; significa olhar para os clientes como sendo a essência das organizações” (Luz, 2018, p. 139), encontrando-se este processo correlacionado com a

autonomia, o controlo e a tomada de decisão destes profissionais. A tomada de decisão procura conciliar o mandato ético com as solicitações da intervenção diária, permitindo gerir com maior eficácia e conquistar uma maior humanização dos serviços sociais, quer através do carácter organizacional e planeamento, quer através da definição e coordenação das tarefas diárias (Névoa, 2016; Luz, 2018). Importa assim, na intervenção concretizada em organizações, garantir os direitos, a satisfação das necessidades, a qualidade de vida e o bem-estar, a cidadania e a autodeterminação das pessoas idosas.

A atuação do Serviço Social difere com base no contexto organizacional em que está inserida, enformando a sua atuação à luz dos modelos que melhor servem os objetivos a atingir. Com base no sistema global de ações, a que o assistente social na gestão de lar tem de fazer face, encontra-se implícita a gestão estratégica em toda a sua atuação: a pessoa, a família, a comunidade, as parcerias, a gestão de serviços, a gestão de recursos (humanos, financeiros, materiais) e políticos. Patti (2009) considera que existem três níveis de gestão: a gestão em que os gestores gerem toda a organização ou grande parte dela, à qual o autor chama de *“executive or institutional”*; a gestão de departamentos ou subunidades dentro da organização, sendo responsáveis por metas ao nível meso – por exemplo, alocar pessoas aos diversos projetos, coordenar em parceria com outros departamentos –, dimensão da gestão a que o autor chama de *“middle or program management”*; e a gestão de serviços ou respostas sociais – o foco deste trabalho –, em que é desenvolvido um trabalho mais direto e de proximidade, o *“the front line”* como o autor refere, designado de *“supervisory management”* (*ibidem*, p. 12). Assim, a noção de intervenção holística toma o seu lugar, enformada nas dimensões de atuação do assistente social no trabalho direto com a pessoa idosa e no trabalho indireto, que implica a coordenação e a mobilização de recursos que visem uma prestação de serviços qualificada, correspondendo aos objetivos da organização em interrelação com o seu compromisso ético.

Os gestores assumem, assim, diversas demandas, como a delegação e distribuição de tarefas e a supervisão do desenvolvimento dos processos de trabalho. A orientação e o aconselhamento permitem facilitar as relações interpessoais, apoiando os profissionais ao nível emocional e social. A direção, o planeamento e a organização de respostas requerem, no seu processo de liderança, o envolvimento de recursos humanos, a gestão de equipas, a organização e distribuição de tarefas, a supervisão, a identificação de necessidades de formação das equipas e o envolvimento em funções administrativas e

de representação (Patti, 2009; Luz, 2018). Neste sentido, Henning-Smith (2017, p, 181) refere que “social workers have a unique perspective, differing from other healthcare professionals”.

Considerando o exposto, e não sendo objetivo deste trabalho a desvalorização de qualquer tipo de profissão, importa referir que na sua identidade, nos seus saberes e práticas ético-políticas, teórico-metodológicas e técnico-operativas, o assistente social possui um saber teórico, um saber-fazer e um saber-ser que, ancorados a um conhecimento global, capacitam o profissional para a gestão de respostas sociais, concretamente nos serviços humanos.

A gestão não é encarada como um campo novo do Serviço Social, sendo intrínseco ao agir profissional do assistente social tarefas e procedimentos associados à gestão. No desempenho do papel enquanto gestor, o assistente social desenvolve diversas tarefas (Menefee, 1998; Ribeirinho, 2013, 2020) ao nível da organização, da equipa e das pessoas idosas institucionalizadas. Deste modo, e tendo por base diversas abordagens, é possível considerarem-se as tarefas a seguir elencadas.

Ao nível da organização

- A representação da organização em vários eventos, como, por exemplo, congressos e encontros; em reuniões de parcerias mais alargadas, como parcerias ao nível das autarquias, assim como em redes de parcerias ao nível local. O assistente social articula-se com diversas entidades, o que requer o desenvolvimento de um papel importante de negociação ao nível das políticas;
- O desenvolvimento de mecanismos de comunicação que facilitem os processos de comunicação internos e externos;
- A realização de um planeamento estratégico e a gestão de diversos recursos, como: financeiros, materiais e humanos;
- A transmissão de um pensamento de promoção de mudança, inovação e proativo, visando o desenvolvimento de procedimentos internos, definindo regras e normas internas que permitam a prossecução da missão da organização;
- A avaliação dos serviços de forma dimensional, programando ações que possam ser necessárias para a melhoria da qualidade dos serviços prestados.

- A realização de supervisão do cumprimento das normas laborais das organizações no que diz respeito aos horários, férias e planos de trabalho, entre outros;
- A organização e distribuição de tarefas e funções dos profissionais da equipa interdisciplinar.

Ao nível da equipa

- A comunicação interna desenvolvida deve garantir uma gestão participada e dialógica, implicando a transmissão da informação à equipa para que esta se aproprie da mesma. A comunicação ganha um especial destaque no trabalho desenvolvido em equipa, permitindo gerar ambientes positivos e de partilha.
- As reuniões de equipa constituem-se como espaços de partilha e de conhecimento aprofundado dos procedimentos de trabalho e dos elementos da equipa, permitindo, ainda, uma reflexão da prática diária, o que leva ao autoconhecimento. As reuniões podem servir diferentes objetivos: a discussão da estratégia e da missão a seguir; a construção do plano estratégico global e a construção dos planos operacionais, consoante a atividade de cada subgrupo; o desenvolvimento da coesão do grupo, promovendo o sentimento de união e partilha através de processos empáticos e de coordenação e complementaridade entre profissionais, prevenindo conflitos interpessoais e problemas de eficácia; a formação de equipas, capacitando os profissionais para resolução de conflitos; a compreensão de necessidades de formação e elaboração do respetivo planeamento de formação interna e externa; o desenvolvimento de discussão de casos, de desenvolvimento de planos de intervenção e planos de cuidados, a sua avaliação e reavaliação;
- A supervisão e a monitorização da equipa, permite apoiar e providenciar suporte, quer técnico quer emocional, assim como garantir o cumprimento dos princípios éticos e deontológicos desenvolvidos por toda a equipa na concretização da relação de cuidado às pessoas idosas.
- Desenvolver mecanismos de ressonância na equipa, capacitando-a a criar dinâmicas de empatia e de cuidado entre os seus elementos.

Ao nível das pessoas idosas

- A comunicação interna e externa com as pessoas idosas, com as suas famílias e as pessoas da sua relação devem privilegiar mecanismos facilitadores e empáticos;
- O desenvolvimento de reuniões com a pessoa idosa pode igualmente assumir diferentes objetivos: o planeamento e a definição do plano de intervenção e de cuidado e, se assim for sua vontade, com os seus familiares ou pessoa por si identificada (em situações previamente identificadas com seu representante legal); o conhecimento aprofundado da sua biografia, os seus gostos, vontades, necessidades e expectativas, fora do âmbito da avaliação diagnóstica; a discussão e o debate sobre as vivências no lar, regras e normas a instituir, criando espaços de participação ativa no contexto de lar e com representatividade da pessoa idosa.

No desenvolvimento das tarefas que o assistente social desenvolve no campo da gestão e liderança persiste um vazio nas tarefas que este profissional desenvolve diariamente e que se centram em si mesmo. Deste modo, considera-se importante referi-las.

Ao nível do gestor e líder

Todas as tarefas e os procedimentos identificados têm um impacto no assistente social enquanto pessoa e enquanto profissional. A capacidade de refletir sobre os atos diários e as tomadas de decisão e posição – no que diz respeito à intervenção diária de gerir serviços, de planear e implementar os planos operacionais e de os levar a cabo, e de tomar decisões que vão ter impacto no quotidiano das pessoas idosas, nas relações e nos mecanismos de comunicação internos – são decisões que exigem do profissional reflexão e autoconhecimento, assim como um conhecimento dos processos de gestão e de gerontologia.

O reconhecimento das suas capacidades enquanto líder vai ser legitimado pela equipa, pelo que a forma como o líder se percebe a si mesmo vai ter um impacto na liderança desenvolvida. Deste modo, a reflexão, o aumento de conhecimento e o autoconhecimento são aliados do profissional no desenvolvimento dos processos de liderança.

3.3.2. LIDERANÇA DE EQUIPAS

Ao longo dos tempos, a gestão, a coordenação e a liderança de equipas têm feito parte do espaço ocupacional do assistente social, sendo que estes profissionais incorporam os modelos e os valores da profissão na liderança desenvolvida (Mary, 2005). Contudo, Haworth, Miller e Shaub (2018) consideram ser surpreendente a inexistência de um modelo de liderança promovido pelo Serviço Social. Consideram que “this lack of clarity may create complications for the profession to develop its voice, to develop its knowledge base, and to respond to external threats” (*ibidem*, p. 9). Esta situação pode advir do contexto socio-histórico da profissão, neste campo de ação no qual o Serviço Social desenvolve a sua prática desde sempre, mas sem se afirmar através da produção de conhecimento. Face ao exposto, importa levar a cabo o desenvolvimento de novos conhecimentos e competências, assim como o desenvolvimento de estratégias para uma prestação de cuidados que espelhe o bem-estar das pessoas idosas e a qualidade da instituição.

Apesar do Serviço Social não ser uma disciplina dotada de corpo teórico na gestão e liderança, foram analisados diversos estilos de liderança que são desenvolvidos pelo Serviço Social; neste âmbito, diversos autores identificam estilos de liderança que se encontram ancorados aos princípios e valores do Serviço Social (Coulshed, 1990; Spears, 2005; Mary, 2005; Patti, 2009; Lawer e Bilson, 2010; Drouin, 2013; Sullivan, 2016; Rocha, 2016; Luz, 2017, 2018; Haworth, Miller e Shaub, 2018).

A liderança em Serviço Social faz parte do percurso do Serviço Social, e prova disso são as funções que os assistentes sociais têm vindo a desenvolver em liderança e coordenação de serviços humanos, neste caso em contexto de lar. Deste modo, o estilo de liderança a desenvolver respeita o contexto em que esta se vai desenvolver, sendo adaptada a cada situação; assim, passamos a desenvolver os seguintes estilos de liderança: participativa e distribuída; adaptativa; centrada na pessoa; transformacional e de serviço.

A liderança participativa ou distribuída (*participatory or distributed leadership*) encontra-se associada ao desenvolvimento de propósitos e valores compartilhados, culturas colaborativas, empoderamento, igualitarismo e melhoria contínua. Encontra-se, segundo Haworth, Miller e Shaub (2018), relacionada com a definição global de Serviço Social definida pela FIAS (2014): “A liderança distribuída alinha-se estreitamente com a

base de valor do serviço social, incorporando ideais profissionais de empoderamento e igualitarismo” (Haworth *et al.*, 2018, p. 6).

A liderança adaptativa (*adaptive leadership*) encontra-se associada à mudança e engloba a interação entre os líderes e as equipas, abrindo a liderança a outros elementos da equipa; esta inclui comportamentos de aprendizagem, inovação e adaptação (Haworth, *et al.*, 2018), considerando o assistente social como um profissional com habilidades e competências no apoio aos processos de mudança.

A liderança centrada no cliente (*client-centred leadership*), como o nome indica, é um modelo baseado no cliente, com o objetivo de responder às necessidades da pessoa, assim como melhorar a sua qualidade de vida através da motivação e satisfação da equipa para atingir o objetivo principal. Este modelo implica uma interação regular entre os líderes e os utentes (Haworth, *et al.*, 2018), sendo criados espaços de decisão e poder partilhados, dando especial atenção aos profissionais. Sullivan (2016, p. 558) acrescenta que esta liderança, além de assumir os valores do Serviço Social, apresenta uma reflexão numa conjugação mais ampla de capacitação da pessoa idosa.

A liderança transformacional (*transformational leadership*) implica uma interação entre o líder e a equipa, sendo esta motivada por oportunidades de maximizar o potencial de cada um para atingir um objetivo comum, existindo um compromisso com os valores e a visão da organização (Sullivan, 2016). Deste modo, a associação aos valores e à missão em organizações que promovam serviços humanos encontram-se associados ao Serviço Social, assim como a liderança transformacional se encontra associada a lógicas de empoderamento, transformação das perceções da equipa e oportunidades, criando espaços de decisão e poder partilhados, assumindo um compromisso coletivo na prossecução dos objetivos (Haworth *et al.*, 2018). Luz (2017, p. 107) refere ainda que a liderança transformacional tem “características de liderança capacitadora e participativa, exercendo um efeito transformador sobre a vida dos colaboradores e das organizações”.

A liderança de serviço (*servant leadership*) teve como seu impulsionador Robert Greenleaf, em 1970, mas não foi um estilo de liderança que na época reunisse consensos, considerando que se centra na entrega do líder, que tem como primeiro objetivo servir, enquanto profissional que serve uma organização e que serve a equipa, transmitindo e criando ressonância através dos seus princípios e valores éticos. Só mais recentemente é que este estilo de liderança começou a ser recuperado e a integrar

teorias sociais que visam os princípios e valores do líder ao serviço do outro (organização, equipa e cliente). O estilo de liderança de serviço encontra-se associada por Spears (2005) e Eva *et al.* (2019) às instituições de solidariedade social sem fins lucrativos que prosseguem a gestão de serviços humanos, considerando a sua preocupação assente no seguimento do líder pelas suas qualidades e comportamentos e pela concretização da missão e não pela conquista da recompensa.

Este tipo de liderança apresenta-se associado a líderes empáticos, bons ouvintes, com forte sentido de confiança e com uma forte identificação com a organização. Os líderes são focados na equipa, na sua escuta ativa e empática, transmitem sensação de pertença e de segurança emocional no ambiente de trabalho, manifestam preocupação, compaixão e entrega ao outro. Esta liderança desenvolve-se através de um conjunto de princípios, valores e atitudes transmitidos pelo líder, assumindo-se o líder como igual. Esta posição do líder, assumida no dia-a-dia, leva à construção de ambientes emocionalmente estáveis, onde as pessoas se vão sentir livres para partilhar ideias, práticas e conhecimentos. Este clima organizacional, onde coexiste a confiança, o apoio, a compaixão, o humor, a paciência, a liberdade de risco, o medo mínimo, a coragem e a gentileza, transforma-se num lugar de comunidade, onde as pessoas são encorajadas a descobrir e a usar os seus pontos fortes, sendo identificado como um local de trabalho onde se encontra muita paz, estabilidade e alegria (Spears, 2005; Smith, 2005; Packard, 2009; Drouin, 2013; Eva *et al.*, 2019).

No geral dos processos de liderança, segundo Luz (2017, p. 92), os assistentes sociais “suscitam o envolvimento dos colaboradores, comprometendo-os com um desempenho convergente com a missão e visão da organização”. Assim, evidencia-se o papel do assistente social enquanto líder, encontrando-se no centro da organização, servindo a organização na prossecução dos seus objetivos e na partilha da visão (Lopes, 2017).

O estilo de liderança a concretizar irá depender do contexto, pelo que é difícil manter, de forma continuada, o mesmo estilo de liderança. A liderança é um processo dinâmico e sistémico; nesta assunção, a gestão da equipa requer uma ancoragem à coordenação, planeamento, divisão de trabalho e supervisão e no desenvolvimento de competências de reflexão em ação e sobre a ação. O líder detém responsabilidades que visam o cuidar, a capacitação, a estimulação e a articulação. Deste modo, e segundo Rego *et al.* (2019), o cuidar possibilita a satisfação da equipa, estimulando o desenvolvimento

de competências e do seu capital psicológico, criando um ambiente social, desenvolvendo sinergias e potenciando os três anteriores.

No estudo realizado por Mary (2005), os assistentes sociais identificaram quer os tipos de liderança concretizados quer os tipos de liderança dos seus superiores, com a liderança transformacional que se revê na capacitação e numa visão proativa. Os assistentes sociais são considerados profissionais ativos, com bastante envolvimento na organização, revelando capacitação e empoderamento; assim, canalizam uma abordagem positiva conducente a uma liderança transformacional, envolvendo os outros profissionais no compromisso, nos valores, na missão e na visão da organização. Estas características de liderança, associadas à liderança transformacional, são concretizadas pelos assistentes sociais em organizações provedoras de serviços sociais e humanos (Luz, 2017).

Neste seguimento, diversos autores (Fisher, 2009; Sullivan, 2016; Luz, 2017) identificaram práticas de liderança dos assistentes sociais: o apoio e a supervisão, a mediação de conflitos, a realização de mudanças positivas nas organizações e nas equipas de trabalho – influência idealizada; o sentimento de pertença, a responsabilidade profissional resultante de práticas de promoção de autonomia, a criatividade, a autoconfiança, a aptidão técnica e a capacidade de resolução de conflitos – estimulação intelectual; a capacitação dos profissionais, a identificação de necessidades de formação e a realização do plano de formação – consideração individual; a capacidade em aproximar os colaboradores em torno da visão, a participação na definição da estratégia e com o envolvimento dos colaboradores no planeamento estratégico – inspiração motivacional.

Com base na descrição anterior dos tipos de liderança, com características associadas ao Serviço Social, é possível fazer a associação entre liderança de serviço, liderança transformacional, liderança centrada na pessoa e participativa que leva ao empoderamento. Assim, a conjugação destes modelos de lideranças permite atingir o objetivo das organizações prestadoras de serviços sociais e humanos, com o entendimento de que a participação ativa das pessoas idosas é fundamental para o seu empoderamento, assim como para o co-empoderamento da própria organização. O empoderamento desenvolve-se através da ação em que cada pessoa integra verdadeiramente a tomada de decisão do seu projeto de vida, tendo como base, na intervenção realizada pelos assistentes sociais, um foco positivo nas potencialidades e

nas capacidades das pessoas (Pinto, 2013, p. 51). Na arena organizacional, práticas de liderança mais tradicionais e conservadoras tornam míope o foco de intervenção do Serviço Social na liderança de serviços dirigidos às pessoas idosas.

Luz (2017, p. 109) acrescenta à discussão que “a participação dos colaboradores, a participação dos clientes [...] na agenda organizacional e como compromisso de desenvolvimento social e exercício da cidadania social, complementa a abordagem compreensiva do empoderamento organizacional inclusivo”. Esta lógica de liderança transformacional, centrada na pessoa, permite uma liderança antiopressiva, convocando as pessoas idosas para a participação na tomada de decisões, diminuindo assim as assimetrias de poder, potenciando uma maior transparência da atividade da organização, associando a transformação e a mudança, o que, segundo Fisher (2009), se encontra em harmonia conceitual com os princípios de Serviço Social.

Nesta equação, a missão da organização prestadora de serviços humanos, assente nos princípios e nos valores do Serviço Social, na promoção da qualidade de vida das pessoas, na justiça social, nos direitos e na dignidade, só será concretizável prosseguindo uma liderança que congregue a organização, a equipa e as pessoas idosas, assim como o ambiente e o contexto em que está inserida. Segundo Glisson (2009), as organizações que promovem serviços humanos veem a sua eficácia e o seu sucesso, ancorados às relações e interações entre as equipas que desenvolvem os serviços e as pessoas que os recebem.

3.3.3. COMUNICAÇÃO, MONITORIZAÇÃO E SUPERVISÃO DA EQUIPA

O desenvolvimento de uma resposta qualificada e especializada, tendo em consideração as pessoas nos seus gostos, expectativas, interesses e a comunidade, assenta numa prática reflexiva, alavancando a gestão e a liderança do Serviço Social (Lawer e Bilson, 2010). Os líderes, no desempenho das suas funções, geram ambientes de envolvimento e de crescimento organizacional, promovendo a criatividade e a inovação na prossecução dos objetivos definidos (Sullivan, 2016; Harris e White, 2018). Para se ser líder é necessário o desenvolvimento de competências ao nível das relações interpessoais, sendo este um processo em que se estabelecem relações e se influenciam os outros, assente no poder de comunicar, através do diálogo e o debate, capacitando e motivando a equipa (Coulshed, 1990; Névoa, 2016; Rocha, 2016; Teixeira, 2017).

O diálogo, o debate e a discussão, alicerçados na capacidade de comunicar e de criar relações interpessoais positivas, permitem alavancar o poder de liderança; esta, junto das equipas, deve favorecer uma linha de liderança horizontal, com as equipas e com as pessoas idosas institucionalizadas, em detrimento da tradicional liderança vertical. O líder deve ser flexível, sensível, atencioso, paciente, bom ouvinte e apoiar na solução de situações complexas (Coulshed, 1990; Névoa, 2016; Rocha, 2016).

A comunicação, além de ser uma competência do assistente social em qualquer função que o mesmo desempenhe, assume na liderança um papel crucial no que respeita à estratégia e à sua transmissão. A comunicação eficaz é fundamental para uma transferência de informação, ideias, conhecimentos ou sentimentos em todo o processo de gestão. Os gestores que atingem um maior sucesso desenvolvem processos de comunicação que visam dar conhecimento aos profissionais sobre os objetivos que devem atingir de forma clara. Os gestores passam a maioria do seu tempo a comunicar, sendo impossível motivar as equipas sem uma comunicação eficaz; deste modo, para atingir esta eficácia emerge a necessidade de as equipas interpretarem corretamente a mensagem que lhes é transmitida, sendo que esta pode sofrer diversos bloqueios.

As barreiras técnicas podem relacionar-se com tempo, ou seja, a oportunidade da informação para que a mesma produza efeito, o excesso de informação, que pode levar a que o profissional retenha só alguma informação, e a diferença cultural. As barreiras da linguagem ocorrem no vocabulário usado, sendo que é fundamental ter em consideração quem são os destinatários da informação e a linguagem específica usada por determinados grupos, neste caso o dos assistentes sociais. As barreiras psicológicas podem afetar o relacionamento, podendo ocorrer: a filtragem da informação, que faz com que vários nós na linha da informação a possam distorcer; a confiança e abertura perante o gestor, que pode influenciar uma boa ou má receção da informação, preocupação e stresse, podendo fazer com que a pessoa não esteja disponível para rececionar a informação; a tendência para ouvir o que se espera e diferenças de perceção, pois pessoas e experiências diferentes têm atribuições de significado diferentes às mesmas palavras e situações (Teixeira, 2017).

A liderança da equipa alicerça o desenvolvimento da inteligência emocional; ao compreender os estados emocionais, associam-se sentimentos positivos, através de uma comunicação clara, permitindo valorizar as equipas, fazendo com que as transmissões de mensagens menos positivas sejam transmitidas de forma evolutiva e

de melhoria (Roque, 2012; Graça, 2016; Rocha, 2016). A liderança, através da inteligência emocional, cria processos de ressonância, estando harmonizada com um caminho emocionalmente positivo. A liderança desenvolvida por líderes emocionalmente inteligentes potencia sentimentos de cooperação, acolhimento e apoio. Esta encontra-se interligada através de quatro domínios: autoconsciência, autodomínio, consciência social e gestão das relações. A autoconsciência abre caminho para a empatia e o autodomínio, sendo que em conjunto permitem uma melhor gestão das relações (Goleman, Boyatzis e McKee, 2007). A consciência social, assente na empatia, permite estar relacionado com os outros, e assim “partilhar os valores e as prioridades que podem guiar a ação do grupo” (*ibidem*, p. 50). Os líderes que compreendem as suas próprias emoções, os seus valores e, por sua vez, as emoções do grupo, apresentam “aptidão para gerir relações” que “pode conseguir catalisar a ressonância” (*ibidem*, p. 50).

O desempenho das equipas na relação de cuidado é fundamental para a concretização da missão, assim como para a garantia da dignidade da pessoa. O desenvolvimento da inteligência emocional nos processos de gestão permite ao assistente social desenvolver técnicas de supervisão e de apoio à equipa, alavancando a compreensão, o apoio e a colaboração.

A monitorização da equipa pode passar por uma abordagem racional ou relacional. Na gestão racional, o líder faz a monitorização das tarefas dos elementos da equipa, analisando as competências e as capacidades, tendo como objetivo a melhoria da prestação de serviços. A gestão racional implica a definição e o planeamento das tarefas, conjugando-os com a gestão relacional, que pretende um envolvimento dos elementos da equipa de forma eficaz e criativa. Assim, é necessário fazer a interação entre as duas abordagens. Nesta senda, a monitorização e a avaliação assumem um papel de grande relevância na liderança da equipa (Payne, 2002b). A monitorização implica assim uma verificação consistente da prestação de cuidados e dos planos de cuidados desenvolvidos, e se estes se encontram a ser desenvolvidos de forma adequada. Nesta lógica, o desempenho do assistente social em funções de gestão passa também pela monitorização da motivação da equipa, considerada fundamental para o desenvolvimento eficaz das tarefas e para o envolvimento de forma ativa e comprometida no desenvolvimento dos objetivos (Névoa, 2016). Monitorizar passa igualmente por dar suporte e confiança à equipa. A monitorização e o processo de supervisão de apoio à equipa implicam o desenvolvimento de reflexão e análise em

conjunto, permitindo, através da experiência de cada profissional, de sugestões de intervenção, que tenham como foco o prosseguimento da missão e dos objetivos assentes na capacitação dos profissionais para a melhoria da prática (Ribeirinho, 2020).

Neste seguimento, será feita uma abordagem à monitorização e avaliação do trabalho da equipa. Alguns autores analisados abordam a monitorização do trabalho da equipa enquanto supervisão. Neste contexto, a supervisão será sinónimo de monitorização, na abordagem ao papel do assistente social em funções de gestão e liderança de equipa, mais concretamente dos agentes de geriatria, numa supervisão/monitorização interna feita pelo gestor. Face ao exposto, será de considerar a monitorização da equipa nas seguintes abordagens: administrativa, formativa e de suporte (Payne, 2009). As abordagens administrativas e formativas são as que absorvem mais tempo aos diretores técnicos, tendo estes como propósito capacitar os profissionais para serem mais eficientes, permitindo à instituição, de forma geral, ter maior qualidade e eficácia (Ribeirinho, 2016).

Podemos, assim, considerar que a monitorização administrativa, ou seja, ao nível dos procedimentos, se encontra relacionada com a gestão da estrutura organizacional, tendo as seguintes tarefas: recrutamento e seleção dos recursos humanos; acolher o profissional; fixar objetivos; coordenar, planear e distribuir o trabalho, evitando sobreposições; delegar responsabilidades; avaliar e reavaliar as dinâmicas das equipas e as suas interações; ser facilitador na resolução de conflitos, minimizando-os; comunicar de forma clara e transparente, sendo a via de comunicação decisiva para a coordenação; desenvolver reuniões de equipa; aconselhamento; gerir o orçamento de forma sustentável; ser um agente de mudança e de ligação à comunidade (Sobreiro, 2009; Luz, 2018).

A monitorização formativa pretende conjugar o conhecimento e as competências para o desenvolvimento da equipa, articular a formação, a capacitação dos profissionais e a estruturação da prática em ambientes saudáveis e positivos. Deste modo, a monitorização da equipa significa que o gestor tenha de demonstrar capacidades de gestão e possuir competências técnicas e pedagógicas (Sobreiro, 2009; Luz, 2018). Enquanto líder, o assistente social deve analisar as necessidades da equipa no que respeita à formação e à aprendizagem no desenvolvimento de competências.

A monitorização de suporte relaciona-se com a motivação, a participação, a realização e a satisfação no trabalho, assim como com a reflexão e o desenvolvimento de

estratégias que promovam o autocuidado, a gestão do stresse e a sobrecarga emocional, mais especificamente dos agentes de geriatria, evitando assim os perigos e riscos associados à prestação de cuidados às pessoas idosas. A monitorização de suporte relaciona-se com o suporte emocional, desenvolvido através de processos de inteligência emocional, privilegiando a pessoa cuidadora, sendo esta apoiada na gestão das emoções, fortalecendo a autoestima e os sentimentos de confiança, contextualizando os estados emocionais. Este fator é fundamental para o equilíbrio individual e coletivo, atendendo a que elevados níveis de stresse podem interferir no desempenho e ter um impacto negativo na prestação e na relação de cuidado. Segundo Luz (2018, p. 151), este suporte permite apoiar a equipa “no desempenho das suas tarefas ou para trabalhar aspectos do foro moral/emocional que decorrem da sua atividade [...] e de forma a que possam desenvolver as tarefas associadas às suas funções”.

O assistente social, na monitorização de suporte emocional à equipa, reforça a confiança dos elementos da equipa através de uma abordagem positiva, recorrendo ao elogio e à valorização e desenvolvendo a escuta atenta, possibilitando o aumento da motivação e o compromisso com a missão, inspirando e aumentando a satisfação com o trabalho realizado (Ribeirinho, 2016), considerando que, no desenvolvimento do trabalho de equipa, as relações positivas permitem melhorar a sua eficácia (Payne, 2002b).

Contudo, o trabalho de equipa potencia o desenvolvimento de conflitos; estes surgem pelas diferentes visões e abordagens, tendo a equipa como objetivo ultrapassar esse conflito através do diálogo e da partilha, constituindo-se esta como um espaço privilegiado de crescimento conjunto. Uma equipa interdisciplinar é entendida numa relação entre diversas disciplinas e áreas de saber, contribuindo para o enriquecimento do conhecimento entre diversas áreas do conhecimento (Santos, Rech e Vieira, 2007). O trabalho de equipa pressupõe o conhecimento e a compreensão do papel e os limites de cada disciplina e profissão. O papel do líder deve passar por esbater o seu poder profissional junto da equipa, para que os saberes disciplinares se constituam como espaço de construção de conhecimento, de crescimento da equipa e de resolução de conflitos. A coordenação e o trabalho em equipa são complexos, o apoio aos clientes e uma boa prestação de serviços não pode ter falhas na coordenação e no trabalho em equipa, sendo o papel do diretor na liderança da equipa o de transmitir segurança (Payne, 2002b).

A motivação pode assumir-se enquanto intrínseca, estando relacionada com a autorrealização, e extrínseca, estando relacionada com recompensas esperadas ou com prémios ou promoções. No que respeita à motivação intrínseca, consideram-se os modelos de Maslow e Herzberg. Para Maslow assenta na satisfação das necessidades primárias, sendo que enquanto estas não estiverem satisfeitas, as necessidades secundárias (segurança, sociais, estima, autorrealização) não podem ser ascendidas, pelo que pode ser gerador de desmotivação. Herzberg identifica dois fatores que considera influenciadores do comportamento das pessoas: o fator higiénico e o fator motivacional. Os fatores higiénicos compreendem o salário, *status*, segurança, condições de trabalho, benefícios, políticas e práticas de gestão da organização e as relações interpessoais. Os fatores motivacionais abrangem a realização pessoal, o reconhecimento, o desenvolvimento, o crescimento da responsabilidade, o próprio trabalho, entre outros. Para Herzberg, a satisfação dos fatores higiénicos pode reduzir a insatisfação, enquanto os fatores motivacionais podem conduzir à satisfação. A teoria das necessidades desenvolvida por McClelland considera que as pessoas vão adquirindo e acumulando experiências consoante a interação que vão desenvolvendo com o ambiente. Daí a necessidade de: realização, o atingir de objetivos; poder, influenciar; afiliação; relações pessoais próximas e amigáveis (Teixeira, 2017).

A implementação de serviços humanizados no contexto de lar encontra-se ancorada a diversas dimensões: organizacional, ambiental, gestão e liderança, a pessoa/pessoa idosa institucionalizada, a família, a comunidade e a sociedade. O modelo de humanização de serviços é um modelo multi e interdimensional, que se desenvolve em diversos níveis em correlação. Cada dimensão inclui lógicas de relação, de partilha e de comunicação envolvidas em princípios e valores assentes no objetivo e real motivo da organização, ou seja, a dignidade da pessoa humana, que de forma circular leva ao próprio empoderamento da organização, com base na imagem, na cultura e no empoderamento dos seus profissionais, sendo legitimada a sua atuação pela própria sociedade.

4. HUMANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E DA RELAÇÃO DE CUIDADO

Os capítulos anteriores abordaram a intervenção em gerontologia, as competências e as capacidades dos assistentes sociais no trabalho com pessoas idosas, a gestão e a liderança. O capítulo que se segue pretende abordar a humanização da relação de cuidado em lar, assim como debater a prestação de cuidados direta, como um cuidado integrante da relação de cuidado, desenvolvida com pessoas idosas institucionalizadas. Neste âmbito, importa ter sempre presente que nos serviços que prestam cuidado às pessoas idosas “as pessoas são tudo [...]”. No seio destas entidades, a qualidade do cuidado traduz uma focalização interventiva do Serviço Social fortemente acoplada às suas funções de gestão social organizacional” (Luz, 2018, pp. 142-143).

Assim, ao iniciar, importa reter algumas noções que vão acompanhar e apoiar o desenvolvimento deste capítulo. A origem da palavra cuidado é latina, provém do termo “*cogitare, cogitatus*” (Boff, 2005, p. 29), que significa “pensar no outro, colocar a atenção nele, mostrar interesse por ele” (*ibidem*). O cuidado é a ação de cuidar (preservar, guardar, conservar, apoiar, tomar conta). O cuidado implica ajudar os outros, tentar promover o seu bem-estar, enquanto liberdade. Boff (1999, p.1) considera que no cuidado “se encontra o *ethos* fundamental humano. Quer dizer, no cuidado identificamos os princípios, os valores e as atitudes que fazem da vida um bem-viver e das ações um reto agir”. Boff (1999), no seu livro, relata uma fábula-mito greco-latina, obra literária romana do final da era pré-cristã. Esta fábula mitológica retrata a criação do homem, mostrando que o cuidado desde sempre fez parte da sua história, da sua evolução, sendo um ato carregado de grande sentido e simbolismo.

O cuidado é um conceito holístico e multidimensional, que se encontra em todas as dimensões da vida, considerando que as pessoas precisam de ser cuidadas desde a nascença (um bebé sozinho não sobreviveria). Contudo, o cuidado não se encontra somente associado à sobrevivência biológica, mas encontra-se igualmente relacionado com as questões sociais, as relações interpessoais, a cultura (Payne, 2009), as emoções e com o bem-estar. O cuidado encontra-se, assim, intrinsecamente relacionado com a existência humana, pois emerge do ser na preservação da vida, da interligação e conexão entre as pessoas. Neste seguimento, Ramírez-Pérez, Cárdenas-Jiménez e Rodríguez-Jiménez (2015, pp. 150-151) referem que o cuidado “es una forma de estar en el mundo, en la relación consigo mismo, y con los otros se logra la

trascendencia, entre más conoce la persona su existencia como ser y la hace consciente, mayor es su actitud respecto al cuidado”.

Cuidar significa dar apoio em atividades que a pessoa sozinha já não consegue realizar, como atividades da vida diária (higiene corporal, mobilidade física, apoio na alimentação, entre outras), assim como as atividades instrumentais da vida diária (fazer compras, preparar refeições, tratar da roupa, usar o dinheiro, usar transportes ou deslocar-se sozinha, entre outras), apoio emocional e suporte. Segundo São José (2012), existe uma trajetória de cuidar que se encontra relacionada com os acontecimentos e sentimentos no decorrer dos cuidados. Para Mafra (2011), o cuidar encontra-se em todas as culturas, pese embora cada uma tenha a sua forma de o concretizar. Nesta lógica, Payne (2011) acrescenta que a sociedade vê como uma responsabilidade moral o cuidar de outras pessoas. O processo de cuidar de alguém encontra-se envolvido num contexto complexo, com diversas variantes, associando aspetos positivos ou negativos que se encontram relacionados com a forma como o cuidador foi cuidado (Mafra, 2011). O cuidado entra assim na natureza e na constituição do ser humano. “O modo-de-ser cuidado revela de maneira concreta como é o ser humano. Se não receber cuidado, desde o nascimento até à morte, o ser humano desestrutura-se, define-se, perde sentido e morre” (Boff, 1999, p.13).

Segundo Harris e White (2018, p. 55), no dicionário *Social Work & Social Care*, o termo cuidado em Serviço Social “usually refers to the act or process of looking after people by undertaking tasks that they are unable to do for themselves”. Os autores consideram que os assistentes sociais têm a capacidade de conferir ao tema dos cuidados uma conotação menos negativa, deixando de estarem associados à dependência como fator de discriminação e opressão. Deste modo, o Serviço Social tem como objetivo responder às necessidades humanas que resultam das interações pessoa/sociedade e ainda ao desenvolvimento do seu potencial humano, deixando o foco da dependência. Os assistentes sociais têm como objetivo o bem-estar e a autorrealização das pessoas idosas; o desenvolvimento e o uso disciplinado do conhecimento a respeito do comportamento humano e social; e também o desenvolvimento de recursos para ir ao encontro das necessidades e aspirações, tanto dos indivíduos como dos grupos e da sociedade, em ordem a uma maior justiça social. O assistente social é obrigado a reconhecer e a aplicar as normas de conduta ética baseadas na Declaração Internacional dos Princípios Éticos de Serviço Social (FIAS, 2014).

A ética guia a prática profissional, que tem o propósito de refletir o agir humano, a ação humana e de compreender os critérios e valores que orientam a realização dessas ações. Fortin (2009, p.114) refere que a ética, enquanto ciência da moral, é a “arte de dirigir a conduta”, e que esta conjuga permissões e interdições que permitem à pessoa orientar a sua conduta, sendo implícito “à conduta humana desenvolveram-se preceitos e leis provenientes das normas e de um sistema de valores para orientar os julgamentos, as atitudes e os comportamentos das pessoas, dos grupos e das sociedades” (*ibidem*).

A ética, enquanto orientadora da conduta humana, desenvolve princípios, normas e valores, desenvolvendo-se de forma universal (ONU, 1999), dando aporte para o desenvolvimento das ações da pessoa, considerando as “soluções mais adequadas para os dilemas que se colocam” (Menezes, 2016).

A ética respeita à conduta humana, ao ser em socialização e convivência com os outros, em sociedade, e é neste contexto de vivências, de forças, de poder e de interações que atua o Serviço Social. Estes contextos complexos de intervenção em constante mudança, numa sociedade que muda a um “ritmo acelerado, onde cada situação nova aparece do nada e, quando aparece, já sabemos que não pode durar muito tempo, porque será, uma vez mais, substituída” (Carvalho, 2016, p. IX). É nesta sociedade em constante mutação que o Serviço Social adquire o conhecimento da sua prática, sendo este conhecimento necessariamente construído com as pessoas através das suas experiências, vivências e histórias.

Carvalho (2011) refere que “a ética deve conciliar a autonomia (justiça) e a relação (cuidado). Na ética da responsabilidade social, estas duas dimensões não devem ser descuidadas”. A responsabilidade social encontra-se associada à solidariedade e proteção e à defesa da liberdade individual do sujeito, sendo “o exercício da ética na ação do Serviço Social parte do princípio de que todos os seres humanos têm uma dimensão ética que implica o respeito, a tolerância, a aceitação do ser humano” (*ibidem*, p. 244).

Considerando que a ética ocupa um lugar de grande destaque na relação de cuidado com as pessoas idosas, no seu conjunto deve equacionar-se a ética do cuidado, a responsabilidade social e a solidariedade nas interações dentro da organização social, sendo que o cuidado é mais do que um ato, “é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação,

preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro” (Boff, 1999, p. 12).

Na sociedade atual, as relações rápidas e fugazes desresponsabilizam as pessoas na relação com o outro, e, na perspectiva de Bauman (1999), as relações rápidas e sem sentido levam a uma fluidez das relações, fazendo com que a velocidade a que se vive, quer no trabalho quer nas relações pessoais, não permita desenvolver relações significativas e mais profundas, criar raízes, tudo se torna líquido, fluido e fugaz. Nesta lógica, as relações de cuidado não se distinguem nesta fragilidade, sendo criadas relações irregulares, sem rosto, sem sentimento, sem conexão, ausentes de ligação empática. Torna-se urgente a manutenção e a persistência de gerar e cimentar laços reais, de humanizar os cuidados e de manter a solidariedade numa sociedade construída por pessoas em que a sua humanização não se pode limitar à liquidez e fluidez do sem sentido, sem rosto. Para Brustolin (2006, p. 445), “a crise do indivíduo coloca em risco as relações sociais”.

Considerando-se o lar enquanto espaço de relação, de humanização, de crescimento, de empatia e de convivências positivas, e sendo a prestação de cuidados um ato humano que define o bem-estar das pessoas idosas, esta relação de cuidado deve desenvolver robustez e uma base sólida. Associada aos princípios e aos valores éticos e à responsabilidade da garantia efetiva de bem-estar e de direitos, a relação de cuidado enquanto fator de humanização dos serviços eleva-se a um plano mais macro, considerando-se que as instituições voltadas para o cuidado de pessoas idosas “têm uma função social indiscutível, por vezes vital, na organização e no funcionamento da sociedade” (Vieira, 2003, p. 23). Fazendo do envelhecimento um processo de direitos e de humanização, é uma responsabilidade social, uma obrigação coletiva, sendo um marco fundamental, esta prática nas instituições que prestam cuidados e promovem o bem-estar.

4.1. CUIDADO E ÉTICA

Tal como referido anteriormente, o Serviço Social tem a sua origem nos ideais e nas filosofias humanitárias, religiosas e democráticas, tendo como objetivo responder às necessidades humanas que resultam das interações pessoa/sociedade e ainda ao desenvolvimento do seu potencial humano.

Em 1988, a Federação Internacional dos Assistentes Sociais declara o Serviço Social como uma profissão dos Direitos Humanos, não obstante a sua intervenção já ser anteriormente compatível com a defesa dos direitos humanos, desde as pioneiras do Serviço Social, Jane Addams, Mary Richmond, Alice Saloman e Bertha Reynolds (Carvalho, 2016). O livro lançado em 1999 pela ONU, de seu título *Direitos Humanos e Serviço Social*, foi o resultado de várias iniciativas, ficando firmemente declarado que a satisfação das necessidades não podia caminhar separada dos restantes Direitos Humanos.

A Declaração de Princípios Éticos foi elaborada em 2004 pela Federação Internacional dos Assistentes Sociais e pela Associação Internacional de Escolas de Serviço Social. Nesta declaração é referido que “a consciência ética é uma componente fundamental da prática do(a)s assistentes sociais. A sua capacidade e empenho em agir eticamente é um aspecto essencial da qualidade do serviço que prestam aos cidadãos” (FIAS e AIESS, 2004).

Em 2018 é elaborada a Declaração Global de Princípios Éticos, tendo sido aprovada pela Federação Internacional dos Assistentes Sociais e pela Associação Internacional de Escolas. Esta declaração vem afirmar a valorização das pessoas, estando igualmente implícito o compromisso com a defesa dos valores e princípios fundamentais da profissão de Serviço Social, assentes no compromisso de não causar danos no que respeita à justiça social, ao reconhecimento da dignidade indissociável da humanidade e dos direitos universais e inseparáveis das pessoas.

Em Portugal, o Código Deontológico dos Assistentes Sociais foi aprovado em Assembleia Geral da Associação de Profissionais de Serviço Social em 25 de outubro de 2018 e publicado em 2019. Este apresenta-se como uma bússola que orienta o agir dos profissionais, permitindo guiar a sua atuação e fundamentar os seus atos profissionais.

Banks (2015, p. 4) refere que o termo “valores” é usualmente utilizado para a referência a valores éticos – sendo estes considerados como tipos específicos de crenças, sobre o que é geralmente considerado como digno ou valioso para o bem-estar humano, tendo em presença que os valores se encontram dependentes da pessoa, das suas influências sociais, morais e das suas vivências. Para Crawford e Walker (2008, p. 3), os valores podem ter diversas influências (sociais, morais, religiosas ou políticas) e podem igualmente derivar das experiências ocorridas ao longo da vida, se foram mais ou menos

positivas. Na intervenção, o assistente social atua com base nas leis, nas políticas e em regulamentos, assumindo a promoção da justiça social e o compromisso da não-discriminação, agindo contra a opressão institucionalizada nas suas diversas formas (FIAS e AIESS, 2018). Nesta senda, o assistente social necessita de refletir e entender de que forma os valores organizacionais, societários e políticos influenciam ou podem vir a influenciar no desenvolvimento da intervenção junto das pessoas idosas, sendo que os dilemas dos assistentes sociais podem refletir as divergências entre a ética profissional e as regras que as organizações desenvolvem (Ballesteros Izquierdo, 2009).

Os desafios com que o assistente social se confronta no quotidiano apresentam-se com contornos complexos que derivam dos sistemas sociais, assumindo os códigos de ética a orientação do agir profissional, considerando-se que “os valores éticos em Serviço Social são únicos e fundamentais para o exercício profissional” (Carvalho, 2016, p. 89). Toda a intervenção desenvolvida é baseada em princípios e valores e requer uma série de competências fundamentais para fortalecer a intervenção no que diz respeito aos papéis que os assistentes sociais necessitam de desempenhar na tomada de decisões e na prática em contextos organizacionais.

Esta atuação pressupõe uma continuidade que se encontra envolta num processo de reflexividade crítica. Deste modo, os assistentes sociais são confrontados diariamente com várias demandas, orientando a sua prática para a satisfação de necessidades humanas e para a garantia dos direitos humanos e efetivação da proteção social, trabalhando para o bem-estar e realização pessoal dos seres humanos. Neste sentido, “esta profissão exige uma consciência ética vinculada a um corpo de valores e atitudes comuns à profissão” (Serafim, 2004, p. 28) e a uma prática reflexiva crítica. Neste âmbito, importa desenvolver uma relação com as pessoas idosas com base no respeito pela vida, a dignidade do ser humano, a autodeterminação, a autonomia, a participação ativa, a justiça e a responsabilidade social (Serafim, 2004).

Quando falamos em ética no Serviço Social, pretende-se destacar “uma visão dinâmica, uma ética teleológica, com um propósito, uma ética reflexiva e uma ética reconstrutiva que possa ser aplicada à ação humana” (Carvalho, 2016, p. 48). Assim, a ética baseia-se em princípios gerais, do dever e do bem-estar, tendo como princípios: dever, liberdade, razão prática, justiça, responsabilidade jurídica, respeito, boa vontade, felicidade, utilidade, e com princípios de carácter e nas relações, a ética do cuidado e do olhar (*ibidem*).

Os valores éticos podem ser “definidos como o conjunto de características de uma determinada pessoa ou organização, que determinam a forma como a pessoa ou organização se comporta e interage com outros indivíduos e com o meio ambiente” (Carvalho, 2016, p. 73). Em Serviço Social, toda a intervenção procura o respeito pelos direitos humanos, sendo que estes englobam diversos valores e princípios (*ibidem*, p. 76):

Valores gerais (modernos) – Autodeterminação; Respeito; Individualização; Responsabilidade; Confidencialidade;

Emancipatórios (pós-modernos) – Desindividualização; Igualdade; Justiça social; Partenariado; *Empowerment*; Cidadania;

Emocionais – Expressão de sentimentos; Controlo emocional; Aceitação incondicional; Não Julgamento; Consideração Positiva; Empatia; Congruência; Autenticidade.

Assim, pensar a ética da justiça para o Serviço Social é pensar a ética do compromisso, da solidariedade e da tolerância, na complexidade das dinâmicas de um tempo e de um lugar. A visibilidade e a criatividade promovem novas soluções e permitem ampliar o debate crítico em torno dos direitos humanos e sociais, e é nesta conjugação que se implementam estratégias de mediação institucional e política (Tomé, 1999). Os assistentes sociais atuam com base nas seguintes normas (APSS, 1994): normas gerais de conduta ética; normas com relação às pessoas/utentes; normas relativas a instituições/serviços e organizações; normas em relação aos colegas; normas relativas à profissão.

Kierkegaard é considerado como sendo o primeiro filósofo a fazer uso da noção de cuidado ou preocupação. O cuidado é próprio da existência humana, em todas as suas esferas: *sorge* (cuidar de si), *fürsorge* (cuidar de alguém) e *besorgen* (cuidar de algo) (Cherix e Júnior, 2017, p. 586). Zoboli (2004, p. 24) aborda a humanidade como estando a experimentar um mal-estar geral de ausência de personalização, que se reflete numa apatia e cinismo, vendo o cuidado como um “antídoto” para este mal-estar. Encara o cuidado como uma raiz ética, como uma tomada de decisão para o bem-estar dos outros, dependendo o seu próprio bem-estar do bem-estar dos outros.

No seguimento da reflexão, o cuidado pode ser relacionado com o conceito de Ubuntu, no respeito pela pessoa, pela sua humanidade e dignidade, considerando a relação com a “humanidade, cooperação, respeito, acolhimento, generosidade, existindo como um *ethos* comunitário, pois representa as ações que realizamos em sintonia com nós

mesmos na busca do nosso bem-estar e de todos à nossa volta” (Negreiros, 2019, p. 112). O significado de Ubuntu, “eu sou porque nós somos”, termo que ficou reconhecido por Nelson Mandela, faz parte da agenda global do Serviço Social, reconhecendo a interligação entre as pessoas e a importância do ser em conexão (FIAS, 2020). Este conceito considera a ligação entre as pessoas que se conjuga num bem-estar comum humanístico, considerando que o bem-estar pessoal implica o bem-estar coletivo (Roque Amaro, 2017).

Assim, o ato de cuidar é muito mais do que um ato técnico (Abejas e Dias, 2021); o cuidar enquanto relação do ser em conexão transforma o homem numa pessoa melhor, através da reflexão e dos afetos que projeta na vida dos outros, refletidos na própria vida. O ato de cuidar permite a construção ou reconstrução do carácter da pessoa, sendo um ato que a pessoa desenvolve na procura de ser melhor pessoa. “É por sentirmos cuidado que usufruímos da nossa capacidade de raciocínio e reflexão; da capacidade de sentir afeto e de nos interessarmos pela vida do outro” (Setúbal, 2009, p. 32).

A teoria sobre a ética do cuidado, desenvolvida por Gilligan (2013), baseia-se numa ética feminista, e as suas limitações associadas ao desenvolvimento das mulheres (preocupação com os sentimentos e relacionamentos, inteligência emocional e racional) passaram a ser vantagens humanas quando estas passaram a ter voz, a “voz diferente” que, segundo a autora, combina a razão, a individualidade e as relações contextualizadas no tempo e no espaço. Ao desenvolver o trabalho sobre a ética do cuidado, a autora tinha como objetivo compreender as vozes das mulheres, considerando que os seus conceitos de *self* e moralidade não eram aceites pelos “cajones mentales dominantes” (*ibidem*, p. 61). O seu objetivo era expor que o que se considerava como limitador do desenvolvimento ou mesmo fraqueza feminina poderia ser uma virtude humana, o que levou a reconhecer o valor da inteligência emocional, “una inteligencia que une el sentimiento con el pensamiento, que procura estar todo lo despierta que puede, al tanto de cuanto sucede, consciente de donde pisa, receptiva y responsable, que cuida de uno mismo y de los demás” (*ibidem*, p. 61). Deste modo, Gilligan (2013), ao abordar a ética do cuidado, apresenta a distinção entre a ética de cuidado no patriarcado e a ética do cuidado num contexto democrático. Segundo a autora, a ética do cuidado num contexto patriarcal é uma ética feminina, na qual o cuidar é um ato de boas mulheres, é um ato feminino. Num contexto democrático, cuidar é uma ética humana, é o que os seres humanos fazem.

Gilligan (2013) questiona como é que a humanidade perdeu a capacidade de cuidar uns dos outros, o que levou a inibir a capacidade e a habilidade de desenvolver empatia, questionando mesmo como se perdeu a capacidade de amar. Cuidar e desenvolver empatia requer entrega e dedicação, tem na sua fundação o desenvolvimento de uma relação que pressupõe confiança e entrega, dedicação e aceitação. Nesta construção o tempo assume um enfoque especial, sendo atualmente o tempo considerado como fugaz e apressado. Este processo de cuidar e de crescimento são intrínsecos aos valores morais, às responsabilidades e aos compromissos que derivam das relações externas ao processo de cuidar. “Cuidar de alguém é prestar-lhe atenção” (Zoboli, 2004, p. 25), pois escutar de forma atenta ajuda o outro a falar, libertando-o para a sua alteridade. A pessoa que cuida torna-se ouvinte, sendo uma caixa de ressonância na qual o outro se liberta, exteriorizando as suas necessidades, o seu eu que necessita de esvaziar-se, expondo-se à disposição do outro sem reservas, sendo a escuta considerada outra máxima da ética. Só a escuta cria laços e mediação entre os homens, de modo a que estes configurem uma comunidade. A escuta devolve a cada um o que é seu (Han, 2018).

O cuidado tomado como proposta ética não se resume a um ato isolado. É uma atitude, um modo de ser, ou seja, é a maneira como a pessoa estrutura e funda suas relações com as coisas, os outros, o mundo e, também, consigo mesma [...]. É uma atitude de ocupação, preocupação, responsabilização radical e aproximação afetiva e vincular com o outro, que possibilita a sensibilidade para com a experiência humana e o reconhecimento da realidade do outro como pessoa e como sujeito, com suas singularidades e diferenças. (Zoboli, 2007, p. 159)

Tal como alude Faleiros (2013, p. 84), “cuidar [...] significa assegurar a autonomia, reverter as discriminações, desenvolver a autonomia, inclui os sujeitos em serviços e direitos, como propõe, aliás, a visão humanizadora [...]”. A atuação do assistente social em lar direciona-se para a manutenção da identidade, do bem-estar, da dignidade e da autodeterminação da pessoa idosa institucionalizada, considerando que a mudança para um lar pode ser mais ou menos perturbadora, como refere Faleiros (2013, p. 84) “[...] a pessoa que chega ao estabelecimento pode ser destituída da concepção que tem de si mesma, de sua autoestima, sendo possível ocorrer, nas instituições totais, uma série de rebaixamentos, degradações, humilhações e profanações do eu”.

No âmbito das instituições de prestação de cuidados, fica claro que só com uma prestação de serviços e o desenvolvimento de uma relação de cuidados com valores e princípios é possível desenvolver uma prestação com qualidade. Apesar de o cuidado

ter estado ao longo dos tempos associado à medicina e enfermagem, considerando o campo biomédico e estando dissociado da integralidade da pessoa, este tem vindo a receber outras perspectivas, reflexões associadas à sua multidimensionalidade e subjetividade, contribuindo para as orientações éticas e para os comportamentos morais.

Vieira *et al.* (2011) analisam que o desenvolvimento do cuidado se expressa em categorias temáticas: técnica; interação; expressão de subjetividade; atitude; descaracterização do sujeito, sendo estas caracterizadas pelas falas das cuidadoras formais entrevistadas no estudo dos autores.

O cuidado como técnica direciona-se à execução de atividades e à satisfação das necessidades básicas, “[...] é suprir as necessidades básicas e mais importante deles, que é o cuidado físico [...]” (*ibidem*, p. 351).

O cuidado como interação desenvolve-se em interação, reconhecendo o outro como pessoa, em diálogo e presença, “[...] que estou exercendo que é cuidar do idoso, mas pelo lado humano” (*ibidem*, p. 352).

O cuidado como expressão de subjetividade encontra-se relacionado com sentimentos de compaixão e de valorização do outro, “[...] também o afeto que não deixa de ser um cuidado dele, a afetividade com eles” (*ibidem*, p. 353).

O cuidado como atitude é associado ao compromisso, responsabilidade, respeito “[...] ter muita disponibilidade pra trabalhar, você tem que ter paciência” (*ibidem*).

O cuidado como descaracterização do sujeito associa a fragilidade à idade, estereotipando o envelhecimento, associando sentimentos negativos ao processo de cuidado, “é como se fosse uma criança”, “[...] o idoso é uma pessoa bem frágil, muito frágil” (*ibidem*, p. 354).

O cuidado na sua multidimensionalidade conjuga as dimensões da pessoa, pelo que diminuir o cuidado a mera prestação de cuidados básicos retira-o da sua essência, na sua forma integral. Deste modo, Boff (2005) apresenta uma reflexão sobre a necessidade de se resgatar o cuidado enquanto relação, valores, acolhimento, respeito e convivência, reconquistando a sua sociabilidade, sendo um cuidado empático, com preocupação, tempo e dedicação para as pessoas. O autor considera que o cuidado está presente em tudo, pelo que importa “conceder direito de cidadania fundamental à

nossa capacidade de sentir o outro [...] obedecer mais à lógica do coração, da cordialidade e da gentileza do que à lógica da conquista e do uso utilitário das coisas” (*ibidem*, p. 34). Esta concepção do cuidado permite combater sentimentos de abandono.

Após a reflexão sobre o que se entende por cuidado, considera-se que este se compõe da prestação de cuidados básicos na satisfação das necessidades mais básicas, de uma construção relacional que se vai desenvolvendo numa relação de empatia e confiança, elevando-se ao seu bem-estar holístico. Nesta construção abrangente associa-se a autorrealização, autodeterminação, espiritualidade, segurança, os direitos e a dignidade da pessoa idosa institucionalizada. O papel do assistente social no desenvolvimento e na garantia de uma relação de cuidado humanizada é garantir que os direitos das pessoas, o seu bem-estar e a qualidade de vida se encontram garantidos, estando imbuído nesta perspetiva todo um quadro ético que se reflete na responsabilidade da qualificação de quem desenvolve uma relação de cuidados, transportando o cuidado além das necessidades fisiológicas.

4.2. A RELAÇÃO DE CUIDADO EM SERVIÇOS HUMANIZADOS

A humanização na estrutura organizativa dos serviços, os recursos humanos disponíveis, as suas qualificações, competências pessoais e profissionais, as atitudes e os valores dos profissionais são processos que implicam reflexão e empenho por parte dos assistentes sociais em processos de gestão. As organizações prestadoras de serviços humanos são serviços reflexivos, e o seu planeamento, a intervenção e o trabalho de equipa espelham a concepção que o gestor e a equipa têm das pessoas idosas institucionalizadas (Payne, 2002a). Por sua vez, Carvalho (2016, p. 266) considera que “é necessário introduzir humanidade na competência técnica”. A autora questiona como é possível em instituição ser resposta “às inquietações, questões da vida, de sentido, de sofrimento?” (*ibidem*, p. 266) e responde à sua questão referindo que a resposta está na “humanização do cuidado, do serviço” (*ibidem*, p. 266).

A humanização dos serviços e da relação de cuidado requer uma liderança cultural de aceitação do outro, em que o trabalho desenvolvido com a equipa e pela equipa possa ser uma das barreiras ao desenvolvimento do modelo de cuidados capacitador. Os profissionais devem desenvolver práticas que confirmam à pessoa o desenvolvimento do seu direito a poder viver uma vida o menos institucional possível, optando pelas suas preferências e gostos.

Com base na análise da literatura realizada, o cuidado é um conceito abrangente pelas diversas formas de cuidar, sendo o cuidado em relação composto por diversas dimensões. Como, então, a relação de cuidado é multidimensional, é possível identificar as seguintes dimensões:

Social

- A pessoa tem direito à sua autodeterminação, poder de decisão, hábitos, interesses, gostos e costumes, valorização das experiências do passado;
- Tem direito à sua liberdade e privacidade, a escolher as rotinas, fazer as atividades do dia-a-dia, fazer a cama, a preparar o pequeno-almoço, o lanche, organizar a sua roupa e levar a sua roupa à lavandaria, arrumar a roupa e o seu espaço;
- Tem direito à sua opinião e a ter voz e controlo sobre a sua vida e os serviços que lhe são prestados;
- Compreensão da pessoa como um todo e enquanto processo de continuidade, em construção e maturação do ser;
- Deve desenvolver a sua cidadania, ter acesso a outros serviços, ser defendida nos seus direitos e ter apoio na resolução dos assuntos que considerar pertinentes;
- Direito ao respeito, à justiça e a ser tratada de forma digna, não ser alvo de idadismo, nem de infantilismo. Sentir-se segura, não ser sujeita a maus-tratos nem a negligência;
- Ter direito a continuar a desenvolver a sabedoria e a aprendizagem, através de outras instituições, ou partilha de conhecimentos e capacidades. Permitir que o residente descubra novas potencialidades.

Participação e redes relacionais

- Relacionamentos pessoais, familiares e emocionais. Receber visitas familiares e dos seus relacionamentos em espaço adequado. Poder relacionar-se com as outras pessoas idosas institucionalizadas.
- Participar na comunidade e ter direito ao seu próprio isolamento social, sempre que o deseje;

- Dar condições e permitir a expressão, a criatividade e a descoberta de novos interesses;
- Ter um projeto de vida, sentir-se valorizada e útil, poder participar no dia-a-dia da organização, sendo ouvida e participando nas tomadas de decisão que digam respeito ao bem-estar do coletivo.

Espiritualidade

- Desenvolver competências sensoriais e emocionais, a satisfação com a vida e felicidade;
- Apoiar no desenvolvimento do conceito de si devido às alterações que ocorrem no processo de envelhecimento;
- Ter direito a frequentar atos religiosos, assim como a ter direito à sua fé.

Cultura e lazer

- Ter direito a frequentar eventos culturais e a poder sugerir e participar nas atividades proporcionadas que sejam do seu interesse.

Economia

- Ter direito a gerir e a controlar os seus bens e a sua situação económica.

Justiça

- Ter direito a ser tratada de forma justa e sem discriminação;
- Ter direito a aceder e a ser apoiada no acesso aos serviços de justiça.

Saúde

- Apoiar a pessoa na compreensão das alterações corporais, biológicas e cognitivas;
- Atuar com base na prevenção e no tratamento;
- Ter direito à informação sobre a sua saúde e medicação que toma. Ser informada da necessidade de atos de enfermagem;

- Ter direito a uma alimentação adequada e saudável, com base nas suas preferências;
- Ter direito à sua sexualidade;
- Respeito pelo seu sono.

Bem-estar

- Prestação de serviços, privacidade pessoal e o seu impacto emocional;
- Promoção de conforto, bem-estar e imagem (inclui a higiene pessoal);
- Ter direito ao apoio na higiene pessoal em horário decidido conjuntamente, ter acesso a cuidados de imagem, escolher a roupa que pretende vestir e poder realizar o seu autocuidado;
- Ser tratada com dignidade e humanismo. O profissional ter consciência da fragilidade do outro e não fazer uso do poder sobre o outro.

Ambiente interno e externo

- Ter direito a um ambiente saudável e estável;
- Proporcionar um ambiente familiar e acolhedor, de referência e pertença;
- Manter contacto com o exterior e com as suas redes de referência;
- Sentir-se segura, não ser alvo de violência interpessoal.

Sigilo profissional

- Ter direito a preservar a sua história de vida, sendo a partilha de informação pela equipa a estritamente necessária para o desenvolvimento da prática profissional;
- Ter direito a ser atendida de forma empática, a ser verdadeiramente ouvida, a elogiar ou a apresentar uma reclamação;
- Ter direito ao sigilo profissional e a consentir a partilha com quem considerar.

Relação de ajuda

- Ter direito a ser ouvida com atenção, respeito e de forma empática;

- A desenvolver uma relação de apoio com compromisso, quer por parte do profissional quer do próprio;
- Respeitar os seus deveres de cidadão e de respeito para com os profissionais e a instituição;
- Colaborar com a instituição para a manutenção de um ambiente saudável e positivo na partilha diária das vivências da instituição.

Considerando as dimensões identificadas, importa ter em conta todas as esferas da relação de cuidado, que o trabalho desenvolvido em equipa é fundamental para poder refletir e intervir nesta multidimensionalidade, associado à transmissão da missão e dos valores organizacionais, seguindo a estratégia de gestão do serviço onde se encontra imbuída a missão e os valores organizacionais, tendo em consideração que a um nível mais micro o objetivo são as pessoas e a humanização dos cuidados na sua vertente holística. É com base na transmissão dos valores, dos direitos e da dignidade da pessoa que se desenvolve a relação e o respeito pelo outro, sendo neste espaço que a gestão realizada pelo assistente social se torna relevante. A formação de Serviço Social do ponto de vista da sua matriz, baseada na sua identidade histórica, constitui-se como uma profissão bastante eclética, focada no reconhecimento da dignidade e no valor inerente à pessoa (Washburn e Grossman, 2017). Assim, constitui-se como uma profissão privilegiada para assegurar as responsabilidades da direção técnica em serviços que seguem uma missão de humanização de serviços e de dignidade da pessoa.

Segundo Wilson (2007), a abordagem de cuidado centrada no relacionamento dá maior oportunidade ao desenvolvimento da participação das pessoas idosas, quer nos seus cuidados quer nas vivências do lar. No estudo desenvolvido pelo autor, o estilo de liderança adotado pelo líder foi identificado como influenciador das abordagens dominantes nos cuidados. Cada estilo de liderança refletia uma diferente estratégia de comunicação, o que era influenciador das relações entre funcionários, pessoa idosa institucionalizada e famílias. A liderança pelo exemplo foi identificada como mais flexível na relação e na negociação entre pessoa idosa institucionalizada e funcionários. Ter uma equipa consistente e sem mobilizações revelou ser facilitador no desenvolvimento dos relacionamentos, o que foi identificado pelas pessoas idosas como valorativo da relação. A equipa também revelou que quando existe pensamento coletivo e uma estratégia de atuação semelhante, esta influencia a abordagem ao cuidado.

O desenvolvimento do cuidado é um trabalho complexo e implica uma relação interpessoal, onde se conjugam questões sociais e humanas, sendo necessário responder à complexidade humana e às suas interações e relações com o meio social (Payne, 2011). A reflexão de Payne permite criar uma ligação com as instituições onde as normas padronizadas retiram o fator da humanização do contexto. As práticas humanísticas requerem uma relação e conexão entre as pessoas, e, assim, cuidar desenvolve-se através de uma relação entre os profissionais e as pessoas idosas institucionalizadas.

Considerando a noção de sociabilidade, e enquanto parte integrante da discussão da relação, a noção de sociabilidade assume as relações nas suas diversas modalidades, fundindo-se na união, assumindo a relação sem interesses subjacentes, projetando as relações entre as pessoas sem assumir um sistema de regras e normas, assim como funções socialmente definidas (Araújo, 2015). Tendo em consideração que a relação desenvolvida nos cuidados às pessoas idosas institucionalizadas é uma relação que evidencia regras pré-definidas, não se pode deixar de considerar que a sociabilidade se reveste de significado quando estes cuidadores passam a assumir a relação enquanto estar e presença, assumindo a relação pela relação, procurando que esta relação seja o mais natural possível.

A noção de sociabilidade, retomada por Maffesoli (Gioseffi, 1997), assume a comunicação enquanto transmissora de significados, onde o estar e o ser presente é a marca dessa sociabilidade, através do desenvolvimento da comunicação. Esta relação supõe trocas, que assumem diversos significados culturais e de valores. As relações, no presente, seguem um ritmo que manifesta determinados rituais que se enquadram no quotidiano. O tempo da relação, enquanto tempo presente, permite o desenvolvimento de identificações múltiplas, como a vontade de pertencer a um grupo através da sua identificação, assumindo uma estética associada ao tempo histórico e às diferentes formas do viver social. Deste modo, a estética associada ao quotidiano aprecia a forma de sentimento e de vivenciar o que é comum, o aqui e o agora (Gioseffi, 1997; Araújo, 2015; Fantinel, 2016; Veronese e Cabral, 2016).

Por sua vez, Fantinel (2016) foca a noção de sociabilidade intensiva. A autora considera que as organizações que são compostas por diversas pessoas apresentam espaços de sociabilidade, como as zonas do café, do vestiário, de comer, as zonas de trabalho como gabinetes e escritório e os corredores; estas zonas são espaços de interações entre as

peças que trabalham na organização e os seus clientes. A forma como a sociabilidade se desenvolve vai além da interação, e concretiza a razão de existência da organização; no caso dos lares, a sua razão de existência são as pessoas idosas.

Sendo as pessoas idosas o foco das instituições prestadoras de serviços humanos, os modelos de cuidados implementados assumem um elevado relevo. Neste âmbito, Thompson e Thompson (2001) consideram que o modelo tradicional do cuidado assenta num princípio medicalizado que foca a doença e a vulnerabilidade da velhice, considerando as pessoas como meros destinatários de cuidados. Os autores consideram que este modelo deve ser alterado para um modelo de capacitação, conferindo às pessoas um olhar de direitos e de dignidade, sendo que este modelo aborda a autodeterminação e o poder de decisão de quem necessita de cuidados. Segundo os autores, no início dos anos 2000 dão-se os primeiros passos no conceito de capacitação dos cuidados. A intervenção passa pelo apoio às pessoas para que possam refletir sobre as suas necessidades e capacidades, proporcionando espaço para poderem decidir e serem participantes de todo o seu processo, numa lógica de continuidade. O modelo de cuidados na atualidade e na perspetiva da intervenção do assistente social é um modelo de cuidados que visa a capacitação através da parceria com a pessoa, para o apoio na tomada de decisão e para que esta se sinta livre na tomada de decisão e na partilha. Na perspetiva da capacitação e do empoderamento, permite combater abordagens idadistas, sendo que estes preconceitos podem ser um fator de bloqueio ao desenvolvimento de um modelo de cuidados capacitador. Assim, a equipa, no seu conjunto, permite uma atuação que confira igualdade e heterogeneidade, colocando o foco nos direitos, na participação e na dignidade das pessoas.

Em oposição ao modelo medicalizado, que se baseia na resposta às necessidades da pessoa, vendo a pessoa meramente no seu estado fisiológico, abordamos o modelo centrado na pessoa. Este permite concretizar um plano de cuidados holístico que tem por base a participação da pessoa idosa institucionalizada e da equipa. A intervenção centrada na pessoa enquadra o modelo de cuidados capacitador (Payne, 2009). Este desenvolve princípios assentes em diversas competências que os profissionais devem desenvolver. A intervenção centrada na pessoa é um modelo de atenção à pessoa, tendo como princípio que as pessoas idosas são seres humanos que têm o direito de serem tratadas de forma igual e com o mesmo respeito, com o reconhecimento de que todas as pessoas têm direito a ser tratadas com dignidade (Rodríguez, 2011).

Para que o modelo de cuidados centrado na pessoa seja efetivamente concretizado e para que inclua todos os princípios e valores a que o mesmo alude, “the paradigm needs to be shifted still further, placing the relationship between the social worker and the care recipient at the center of the model” (Washburn e Grossman, 2017, p. 241). A relação entre o assistente social e a pessoa idosa é fundamental para o desenvolvimento do plano de cuidados e de um modelo que pretende a pessoa no centro de toda a intervenção. Os autores argumentam que o plano de cuidados centrado na pessoa, apesar de considerar princípios e valores e de focar a pessoa como participante do seu processo e como sendo o foco principal no plano de cuidados, evidencia lacunas no que respeita ao desenvolvimento da prática no que concerne à relação que é estabelecida, considerando que a relação de cuidado necessita de se afirmar como uma relação séria baseada na empatia em confluência e com positividade incondicional, ou seja, que se deve conferir às relações humanas a sua importância no ser e na compreensão do mundo da pessoa.

4.2.1. O LAR COMO CASA

A relação de cuidado desenvolvida em contexto de lar tem tido ao longo dos anos, apesar da sua evolução histórica, uma ligação com a imagem e consciência coletiva agregada aos asilos. As instituições não conseguiram fazer um caminho de alteração de mentalidade da sociedade, sofrendo ainda mais com a forma como a comunicação social aborda os lares, conferindo-lhes sempre uma conotação negativa. O caminho de conferir à institucionalização uma conotação mais positiva encontra-se igualmente relacionado com a forma como a sociedade encara o processo de envelhecimento e, em simultâneo, as pessoas idosas. Deste modo, o asilo como “depósito de velhos” ainda persiste no imaginário coletivo da sociedade.

Nesta investigação utiliza-se o termo institucionalização, por ser um termo que se relaciona com a instituição-lar, não lhe estando associada nenhuma conotação negativa. Ambiciona-se ainda contribuir para o imaginário de instituição-lar como significado de casa, aconchego e afeto, não perdendo de vista que na sua globalidade existe uma instituição que, do ponto de vista administrativo, tem de respeitar as regras que legalmente lhe são impostas. No que respeita ao contexto do lar, este é um local que passa a ser a casa da pessoa idosa que faz a transição para este novo espaço, onde irá viver e desenvolver as suas relações de convivência. Este novo espaço deve ser confortável e acolhedor (Fragoso, 2016), permitindo que a pessoa faça a decoração

do seu espaço privado com pertences seus (respeitando as regras de espaço útil) consoante os seus gostos e sendo um espaço com sentido de casa, como um espaço seu. Para Pereira (2016, p. 125), “a identidade de lugar é a relação da identidade da pessoa com o lugar, ou seja, a relação entre a pessoa que sou e o lugar”.

O contexto de lar congrega em si um espaço com múltiplos significados: arquitetônico, moral, privacidade e individualidade, onde se desenvolvem as vivências e as relações humanas, na manutenção das condições de respeito e de dignidade (Braga, Bestetti e Franco, 2016). No estudo realizado por Braga, Bestetti e Franco (2016), foram realizadas catorze entrevistas semiestruturadas a pessoas idosas a viver em lares públicos e privados, sendo possível aferir que as pessoas consideraram importantes as necessidades sociais e psicológicas que permitem desenvolver atividades de lazer, de liberdade de relacionamentos, familiares, de apoio e suporte social, pelo que os autores inferiram a ausência de atividades e de autonomia com perda de identidade e de regras. É evidenciado pelas pessoas entrevistadas a ausência de ocupação, levando a sentimentos de inutilidade, o que impacta negativamente nas vivências das pessoas, pois a ocupação e a possibilidade de desenvolver uma atividade dá a sensação de liberdade, no caso dos passeios, sendo referido neste sentido que “ninguém tem liberdade aqui dentro. A liberdade que se tem é andar dentro de casa” (*ibidem*, p. 15).

Para os autores, estes lares apresentam programas e vivências com excesso de regras e horários pré-definidos, ausentes de flexibilidade, sendo uma rotina mecanizada. Payne (2009) refere que, em muitos lares, as pessoas são colocadas sentadas em cadeiras contra a parede e vêem o dia todo televisão, o que considera limitante. O Manual de Boas Práticas (ISS, c. 2005) foca o mesmo problema estrutural das organizações, no que se refere aos horários específicos para as atividades de promoção de bem-estar e refeições, sendo que em todas as organizações que tenham uma gestão assente na referida burocracia, os serviços não servem os interesses das pessoas, sendo estes serviços mecanizados. Neste contexto são focados os horários, enquanto importantes para o seu funcionamento adequado, considerando que as pessoas devem poder escolher os seus horários de acordar e de comer. É ainda salientado que a “escassez de colaboradores não é motivo legítimo para tais práticas – elas são, de resto, maus-tratos, no sentido de assim não se respeitarem os direitos dos residentes” (ISS, 2005, p. 51).

Os espaços no lar podem ser privados e comuns, constituindo muitas vezes um ambiente de comunidade, onde as interações são partilhadas, sendo um dos objetivos do lar proporcionar interação, relação e convívio significativo e positivo. Nesta assunção, o conforto das pessoas requer decisões que têm de ser partilhadas, pressupondo-se uma conexão entre as decisões partilhadas e o conforto. Contudo, Payne, (2009, p. 85) relembra que muitas vezes a única zona privada dentro de um lar é o espaço da administração, que segundo o autor é um “environment that is not appropriate for relationship-building”. Considerando os horários e as zonas privadas já mencionadas, Ribeiro e Vieira (2017), no seu estudo, evidenciam que as regras institucionais têm um grande impacto na liberdade, privacidade, intimidade e na identidade das pessoas idosas institucionalizadas, pois “só podem permanecer nos seus quartos à noite quando vão dormir” (*ibidem*, p. 316). Ao nível das visitas, existem horas rígidas de visitas, assim como existem horas “de refeições, de dormir, de aceder à residência, de atividades de lazer, de TV, de saídas, de higiene” (*ibidem*, p. 316). Deste modo, Braga, Bestetti e Franco (2016, p. 329) também confirmam que nas instituições “há restrições por conta das regras que o local impõe e a obrigatória convivência com pessoas de culturas diversas”.

No seguimento das abordagens evidencia-se o estudo de Hoof *et al.* (2016). Os autores desenvolveram uma pesquisa com 27 pessoas idosas a viver em lar, pretendendo avaliar o que as pessoas consideram como conforto. Assim, as pessoas consideram que, na transição para este novo local, as fotografias, pinturas e móveis são considerados objetos de valor sentimental. Consideram que estes objetos podem desenvolver sensações com um impacto positivo. A televisão é valorizada pela sua função prática, sendo referido pelos entrevistados que é a forma como passam o dia e mantêm contacto com o mundo. Contudo, foi igualmente referido por algumas pessoas entrevistadas que não se sentiam em casa, independentemente dos pertences que pudessem levar. Algumas pessoas referiram não poder levar pertences devido ao espaço dos quartos e porque os profissionais necessitam de espaço para se poderem movimentar. Deste modo, foi identificado pelas pessoas idosas institucionalizadas que espaços maiores potenciam o conforto na possibilidade de poderem levar alguns pertences e fazerem espaços mais aconchegantes nos locais onde vão passar a viver, considerando que este é igualmente um espaço onde recebem as visitas. É ainda evidenciado no estudo a necessidade de privacidade e de mais quartos individuais, tendo sido referido que as cores dos quartos poderiam ser alteradas ao seu gosto para serem mais acolhedoras.

Dijck-Heinen *et al.* (2014) realizaram um estudo em que analisaram o que as pessoas idosas integradas em lar consideram como verdadeiro lar, ou seja, a questão é se é sentido como um verdadeiro lar. Os autores referiram que existe um equilíbrio que tem de ser alcançado entre diversos fatores para que possa existir um “true sense of home” (*ibidem*, p. 57). Dos resultados do estudo, construíram um modelo de sentido de casa com base nas respostas das dez pessoas entrevistadas. Destas dez pessoas, quatro viviam em lar e seis tinham vivido em processo de reabilitação, estando naquele momento a residir nas suas casas com serviços ao domicílio. Assim, as pessoas referiram que a “sense of home was not only related to the physical environment, but to the total ecosystem of the nursing home” (Dijck-Heiner *et al.*, 2014, p. 61), tendo os temas mais evidenciados sido: segurança e proteção, relacionamentos e ações, cuidado e vivência.

4.2.2. DIREITOS E DIGNIDADE

O sentimento do lar como casa e as vivências num contexto institucional fazem ressaltar a garantia dos direitos e da dignidade das pessoas idosas. O apoio no acesso aos serviços, à cidadania e a todos os direitos que enquadram e envolvem a relação de cuidado são pontos fulcrais da relação de cuidado, proporcionando à pessoa idosa o direito à participação ativa no seu projeto de vida, na residência e na comunidade, independentemente da sua condição de saúde.

Considerando os direitos das pessoas idosas institucionalizadas, analisou-se o relatório do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (2014, p. 20), que faz referência aos seguintes direitos:

Os idosos devem ter a possibilidade de participar na decisão que determina quando e a que ritmo tem lugar a retirada da vida ativa.

Os idosos devem ter a possibilidade de viver em ambientes que sejam seguros e adaptáveis às suas preferências pessoais e capacidades em transformação.

Os idosos devem ter a possibilidade de utilizar meios adequados de assistência em meio institucional que lhes proporcionem proteção, reabilitação e estimulação social e mental numa atmosfera humana e segura.

Os idosos devem ter a possibilidade de gozar os direitos humanos e liberdades fundamentais quando residam em qualquer lar ou instituição de assistência ou tratamento, incluindo a garantia do pleno respeito da sua dignidade, convicções, necessidades e privacidade e do direito de tomar decisões acerca do seu cuidado e da qualidade das suas vidas.

Os idosos devem ter acesso aos recursos educativos, culturais, espirituais e recreativos da sociedade.

Os idosos devem ter a possibilidade de viver com dignidade e segurança, sem serem explorados ou maltratados física ou mentalmente.

Os idosos devem ser tratados de forma justa, independentemente da sua idade, género, origem racial ou étnica, deficiência ou outra condição, e ser valorizados independentemente da sua contribuição económica.

Os direitos focados desenvolvem-se em interligação com as vivências das pessoas idosas institucionalizadas, assumindo o direito ao exercício da sua plena cidadania, do poder de decisão, da pessoa manter o direito a assumir o controlo da sua vida. A pessoa integrada em lar mantém a sua integralidade e a sua plenitude enquanto pessoa, pelo que o desafio dos assistentes sociais no trabalho desenvolvido em contexto de lar é a garantia desses direitos, procurando alargar às pessoas idosas institucionalizadas um papel ativo na cogestão do lar, assumindo, assim, poder de decisão sobre as regras e normas instituídas, dando o seu contributo para o bem-estar geral, assumindo-se enquanto parte integrante do sistema do lar.

Evidencia-se que o espaço de decisão partilhada com as pessoas idosas, assim como o dar espaço para o desenvolvimento da sua autodeterminação e de respeito pela sua vida privada nem sempre se verifica (Cruz, 2014). Cruz (2014) considera que o desenvolvimento da dignidade das pessoas idosas apresenta diversas variáveis (*ibidem*, pp. 44-45):

O incentivo para a autonomia do idoso com a realização individual de tarefas;

A motivação e o envolvimento do idoso nas atividades com a sua efetiva participação;

A intimidade e privacidade com os aspetos de promoção dos direitos e liberdades do idoso;

A higiene do idoso com a questão da sua privacidade e intimidade;

A liberdade de expressão/informação e a questão da integridade do idoso por parte dos colaboradores;

A autorização do idoso a prestar informações com a prestação de informação a familiares e terceiros;

O sigilo profissional com o acesso a informações esclarecidas de saúde;

A existência ou não de situações de pressão com o cumprimento dos direitos dos idosos;

A confiança no lar com o empenho dos profissionais;

As preocupações nas situações de negligência e maus-tratos com o compromisso ético dos profissionais.

O tema da dignidade é transversal à atuação do assistente social com pessoas idosas institucionalizadas. Deste modo, a preocupação em delinear estratégias para o seu desenvolvimento leva à sua abordagem no Manual de Boas Práticas (ISS, 2005), onde os direitos e a dignidade da pessoa idosa são convocados e de extrema sensibilidade no que se refere à institucionalização, como é exemplo a sexualidade das pessoas idosas integradas em lar. A Organização Mundial de Saúde (2015, p. 5) sublinha a importância da saúde sexual: “Sexual health is fundamental to the physical and emotional health and well-being of individuals [...]”. O tema da sexualidade das pessoas idosas tem sido um tabu na sociedade, sendo de suma relevância a atitude da pessoa relativamente à sua própria sexualidade. O tema da sexualidade, só por si, ainda é tabu em algumas esferas da sociedade, o que faz com que seja um não-tema nas instituições, sobretudo o tema da homossexualidade, projetando as pessoas idosas para um patamar em que é inibida a sua liberdade. Neste sentido, é possível questionar se as pessoas ao envelhecerem e integrarem o lar passam a ser pessoas assexuadas, como referem Ribeiro e Vieira (2017), atendendo à ausência de abordagem à sexualidade das pessoas idosas.

É fundamental que os direitos das pessoas idosas não sejam diminuídos devido à sua idade, mas existe a percepção de que passam a ser ignorados e desvalorizados. Este é um fator que deve ser discutido para ampliar o debate sobre a sexualidade das pessoas idosas, a sua intimidade e expressão sexual, tendo em conta a sua desconsideração por parte da sociedade e dos serviços humanos dirigidos às pessoas idosas. Deste modo, a integração de um elemento do agregado familiar no lar pressupõe ter espaços adequados para que os casais possam ter os seus encontros privados, oferecendo um ambiente com qualidade onde as pessoas possam desenvolver as suas relações. Importa realçar a importância de receber e respeitar as necessidades das pessoas homossexuais, bissexuais, transexuais e intersexo (LGBTI) (Georgantzi, 2013).

O Manual de Boas Práticas (ISS, c. 2005) aborda o tema, conferindo-lhe importância e realçando a importância do respeito pela sexualidade das pessoas idosas, o que revela consciência sobre a necessidade da abordagem ao tema. A Constituição da República Portuguesa (Portugal, 1976), no 13.º artigo, referente ao Princípio da Igualdade, refere que:

Todos os cidadãos têm a mesma dignidade social e são iguais perante a lei;

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 econômica, condição social ou orientação sexual.

Por sua vez, a Carta Europeia dos Direitos e Responsabilidades das Pessoas Idosas em Necessidade de Cuidado e Assistência de Longo Prazo (2010) vem afirmar os direitos das pessoas idosas. No 3.º artigo menciona o direito à privacidade, “as you grow older and may depend on others for support and care you continue to have the right to respect for – and protection of – your privacy and intimacy” (*ibidem*, p. 10), considerando o direito à vida privada e referindo que o espaço privado deve ser respeitado independentemente do grau de dependência, sem restrições para a liberdade e respeito pelas relações de cada pessoa, “respect for your privacy is also reflected in the consideration given to your feelings of modesty; You have the right to be treated by caregivers with sensitivity and discretion” (*ibidem*, p.10).

Perante o exposto, importa capacitar os trabalhadores e as próprias pessoas idosas para os direitos, eliminando estereótipos, formando e informando os profissionais para combater a discriminação e a indiferença em relação ao tema da sexualidade das pessoas mais velhas na sociedade e nas instituições.

Cruz (2014) evidencia que as pessoas idosas não podem ser tratadas de forma indigna, caracterizando a indiferença, as omissões, as restrições e o excesso de regras, a falta de recursos humanos e a falta de tempo para a prestação de cuidados como uma ameaça à dignidade das pessoas. Reforça que deve existir um compromisso ético que prime pelos cuidados individualizados, diferenciados e respeitosos, acrescentando que “é preciso que haja um afastamento das abordagens atuais enraizadas em tradições antigas e seja reconhecida a individualidade do idoso numa unidade que agora é a sua casa e na qual deve decidir” (Cruz, 2014, p. 45).

O Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (1999, p. 6), no documento Reflexão Ética sobre a Dignidade Humana, refere a dignidade humana enquanto conceito evolutivo, dinâmico e abrangente, associando a ética do cuidado, do ponto de vista histórico, com “as mulheres na cultura ocidental, nas suas práticas quotidianas do cuidado dos vulneráveis da sociedade, [...] as crianças, os idosos, os doentes, os deficientes”. O termo “dignidade humana” é o reconhecimento de um valor. A dignidade

é um conceito ético, sendo a consciência de si próprio e a relação com os outros duas vertentes que se associam na conjugação do conceito de dignidade humana, sendo que a consciência de si se começa a construir na infância, e a relação com os outros, na dimensão da dignidade dos outros, desenvolve-se mais tarde (CNECV, 1999).

O conceito de dignidade humana conjuga diversas variantes, pelo que Nordenfelt (2004) aborda: a dignidade humana que é intrínseca aos direitos humanos, pois todos têm os mesmos direitos, como direito ao respeito, à justiça e a ser tratado de forma digna, não ser alvo de idadismo nem de infantilismo; a dignidade de mérito, onde as pessoas ganham direitos através do mérito das suas ações e conquistam o direito a determinados cargos; a dignidade da moral, de onde emergem as ações e omissões da pessoa, sendo uma dignidade oscilante com base nas ações; a dignidade da identidade pessoal, que se encontra relacionada com o respeito e conceitos como integridade, autonomia e inclusão. Esse tipo de dignidade pode ser retirado às pessoas quando, por exemplo, são humilhadas, insultadas ou tratados como objetos.

A dignidade de identidade é um fator fundamental na relação de cuidado, pelo que ser considerado um membro de um grupo estereotipado e homogêneo é um ataque à identidade de cada pessoa idosa. Segundo Nordenfelt (2004), a classificação de grupo estereotipado pode ser entendida como uma violação da dignidade de identidade da pessoa, dando o exemplo das violações do espaço privado da pessoa. A percepção de cada pessoa à intromissão do seu espaço vai variar consoante a relação de cuidado, sendo esta intromissão mais consentida ou menos consentida, podendo a intromissão e a ocupação do espaço de cada um ser uma humilhação. Se se considerar o quarto da pessoa idosa institucionalizada o seu espaço privado, a violação desta privacidade pode concorrer para a humilhação da sua identidade.

Associado à dignidade na relação de cuidado encontra-se o bem-estar geral da pessoa idosa institucionalizada. Segundo Tamer e Petriz (2007), o conceito de bem-estar, devido à sua abrangência, pode tornar-se ambíguo e impreciso, pois “no termo bem-estar confluem outras noções que nem sempre correspondem ao seu sentido estrito”. O bem-estar individual e coletivo, segundo os autores, está relacionado com o “contexto social global e complexo em que o sujeito está inserido” (*ibidem*, p. 197). O bem-estar social está diretamente ligado à satisfação geral das pessoas e da sociedade em interação, estando “ligado ao funcionamento da sociedade, aos valores e às normas sociais, às relações sociais, às aspirações das pessoas idosas e, especialmente, à

satisfação das necessidades fundamentais do homem” (*ibidem*, p. 197). Neste âmbito, o bem-estar social das pessoas idosas institucionalizadas encontra-se comprometido, se se considerar que a sociedade ainda não lhes confere um estatuto social de relevância de forma a que possam usufruir do sistema societal na mesma igualdade. O bem-estar subjetivo encontra-se relacionado com a experiência de cada um e, segundo Neri (2013), este está relacionado com a satisfação global, com referência a afetos positivos e afetos negativos. A autora considera que

a intervenção com relação ao bem-estar subjetivo deve apoiar-se em mecanismos cognitivo-afetivos que ajudem os idosos a compreender e a atribuir sentido às suas experiências evolutivas, a sentirem-se ajustados às normas sociais/etárias e a compreender e a nomear os seus estados subjetivos. O autoconceito, a autoestima, a autoeficácia, a comparação social, as estratégias de enfrentamento e a seletividade socioemocional são exemplos de mecanismos de autorregulação que se relacionam com o bem-estar subjetivo. (Neri, 2013, pp. 2069-2080)

O bem-estar subjetivo respeita diversas dimensões, sendo importante neste âmbito associar as experiências, relações e decisões que cada pessoa foi experimentando ao longo da sua vida. O bem-estar subjetivo acompanha a pessoa na transição para o contexto de lar, podendo, consoante a sua experiência, potenciar a pessoa na sua adaptação ou dificultar o processo de adaptação às novas vivências. O bem-estar subjetivo, além de abranger o contexto ambiental do lar, enquadra as relações e interações que se vão desenvolvendo. Este bem-estar pode ser mais positivo ou menos positivo, consoante a pessoa, no percurso da sua vida, foi adquirindo e desenvolvendo habilidades de relacionamento familiares, amizades, laços amorosos e até associativos. Assim, a consideração de bem-estar pode relacionar-se com o espaço privado da pessoa, podendo a pessoa permanecer sozinha em “sua casa”, nas vivências de um lar, o que implica o dever de oferecer a possibilidade à pessoa idosa institucionalizada de poder fechar o seu quarto à chave, o direito à inviolabilidade do domicílio – leia-se quarto ou espaço privado –, o dever de não entrar num quarto sem o consentimento da pessoa, pois “o direito à sexualidade de um casal implica o dever para o estabelecimento de dispor de um espaço onde esse casal possa ter relações sexuais, no respeito pela sua intimidade e sem desconforto” (Gineste e Pellissier, 2007, p. 249).

Na abordagem ao sentimento de bem-estar, Ribeiro e Vieira (2017), no seu estudo, concluem que “a ideia de bem-estar dos idosos está muito ligada à capacidade das instituições em satisfazer as necessidades básicas dos idosos [...] surge associada à higiene pessoal – intrinsecamente ligada ao cuidar do aspeto físico e da saúde” (*ibidem*,

p. 317). As autoras referem que a noção de bem-estar nunca foi, no decorrer das entrevistas, relacionada pelas entrevistadas com o “sentido de privacidade, intimidade ou sexualidade dos idosos como algo inerente ao seu bem-estar e à sua qualidade de vida” (*ibidem*, p. 317). Esta investigação vem constatar que, nestes lares, as diretoras técnicas entrevistadas verbalizam práticas não-opressivas, de liberdade, de respeito pela dignidade, pela autodeterminação, pela intimidade e liberdade, contudo, na verificação e efetivação das práticas, estas não se cruzam. A percepção real da prática encontra-se desvirtuada, o que ocupa um lugar de maior relevância quando a noção de bem-estar não espelha a autodeterminação, a dignidade, a liberdade e a privacidade de cada pessoa idosa institucionalizada, sendo limitada aos cuidados básicos.

Associada ao bem-estar encontra-se a possibilidade de a pessoa idosa poder tomar decisões sobre a sua vida, assumindo o seu controlo, sentimento de segurança e confiança, considerando que a segurança se contrapõe à vulnerabilidade. A dignidade, os direitos, a promoção do bem-estar social, coletivo e subjetivo, enformam a relação de cuidado humanizada, a valorização da pessoa idosa institucionalizada enquanto pessoa, considerando as suas experiências, o que contribui para o desenvolvimento da relação de empatia. O respeito por todos estes fatores da relação de cuidado permite à pessoa idosa desenvolver confiança no profissional.

Segundo Luz (2018), os serviços adquirirão uma maior aceitação por parte das pessoas idosas institucionalizadas se forem delineados com as próprias, mas permanece a necessidade de construção de respostas que sejam adequadas às pessoas, deixando cair práticas instituídas de que as pessoas se devem moldar aos serviços existentes. Nesta assunção, é necessário ter a noção que na arena da intervenção do dia-a-dia as pessoas idosas muitas vezes são pessoas fragilizadas, sendo fundamental trabalhar de forma visível a cidadania, a autodeterminação e o poder de decisão, com base num *modus operandi* instituído na organização.

Cuidar do outro pressupõe atenção à sua individualidade e às suas necessidades. A dimensão do cuidado está fundada na “arqueologia” do ser-com-o-outro (Fragoso, 2008, p. 53). Reconhecer o outro como sujeito constituinte dessa relação significa reconhecer as necessidades e os desejos do outro, no sentido de que é importante elevar a prestação de cuidados a uma relação de empatia, norteadas por aspetos afetivos positivos. A prestação de cuidados requer uma relação entre duas pessoas que se deve fundamentar em respeito, valores e princípios em torno da pessoa que é cuidada e a

pessoa que cuida, estando subjacente numa relação de cuidados a efetivação dos direitos da pessoa cuidada. A prestação de cuidados não se limita aos cuidados físicos, mas igualmente ao bem-estar do ser. Os seus direitos, a autodeterminação, a individualização e a necessidade da relação dual se revestir de empatia e de sentimentos no campo afetivo positivo é de extrema relevância.

A noção de que a prestação de cuidados a uma pessoa que não consegue, por diversos fatores, cuidar de si, pode resultar numa situação de poder por parte do cuidador, mesmo quando este não tenha essa noção, colocando o outro numa posição de inferioridade, fazendo com que as suas vontades, a sua autodeterminação e a sua história de vida deixem de existir como se se dissipassem no tempo. Toda a envolvente deve ser alvo de reflexão para quem cuida e para as instituições que prestam cuidados.

Segundo Foucault (1984), as relações de poder têm uma extensão consideravelmente grande nas relações humanas, existindo uma dominação que bloqueia as práticas de liberdade de outros indivíduos ou grupos. Neste contexto, é possível que as pessoas que residem em lar estejam sujeitas a esta relação de poder que restringe a liberdade de se expressarem, sentindo-se dominadas e oprimidas. O cuidador atua num sistema em que o cuidar toma lugar, como ato primordial de humanização e sentimento, para a continuidade da vida. O perfil do cuidador encontra-se intrinsecamente relacionado com os valores e princípios que implementa na relação e na prestação de cuidado. Poderá também relacionar-se com os valores morais que advêm da sua história, do seu percurso e de como vivenciou o cuidado na primeira pessoa, e principalmente como o vivencia nas vertentes pessoal e laboral, se como obrigação ou se como satisfação.

O cuidado não é um ato isolado, encontra-se inserido num contexto envolto num sistema com diversas influências e variantes, sendo realizado por pessoas que o vão desenvolver consoante os seus valores. O cuidador deverá empenhar-se na compreensão da realidade do outro, saindo da própria conceção, uma vez que é na relação com o outro e no desenvolvimento diário dessa relação que a pessoa idosa institucionalizada se dá a conhecer, o que enriquecerá o cuidado. Como esta relação é interpessoal, constituem-se como fundamentais a empatia, o respeito e a sinceridade para que se desenvolva a relação de cuidado, tendo o profissional uma responsabilidade na intervenção para com a pessoa cuidada.

Em todo o desenvolvimento da relação de cuidado existem valores, sendo alguns deles: a autodeterminação, o poder de decisão, a individualização, a dignidade da pessoa, o

respeito pela pessoa “que representa a liberdade de escolha e de participar na vida social” (Carvalho, 2016, p. 76), a tomada de decisão sobre a sua vida e sobre a sua vontade de ser respeitada. Os valores emocionais, enquanto integrantes da prestação de cuidados, desenvolvem-se através da expressão de sentimentos, do controlo emocional, na aceitação incondicional e na empatia. O espaço de partilha de sentimentos é fundamental, dando oportunidade às pessoas de poderem expressar e discutirem os seus sentimentos, podendo exprimir o que sentem, e de forma aberta, sobre a forma como gostam de ser cuidadas, tendo o assistente social aqui a oportunidade de fomentar esta partilha e de capacitar a equipa para a aceitação e para a sua prática. O controlo emocional permite uma maior sensibilidade na compreensão do lugar do outro, compreendendo os sentimentos dos outros, respondendo com sensibilidade e de forma solidária. A aceitação incondicional das pessoas tal como elas são, como refere Carvalho (2016), é um valor incontornável na relação de cuidado. Nesta assunção, o assistente social em funções de gestão deve criar mecanismos para que esta aceitação seja um valor inerente na relação de cuidado realizada por qualquer profissional da equipa. A empatia enquanto valor transmite-se muito frequentemente pela forma como se comunica, sendo esta reveladora ou não de empatia. É através desta comunicação que se pode desenvolver uma relação de confiança que permitirá concretizar a intervenção com a pessoa, expressando-lhe que se compreende os seus sentimentos e que os mesmos são legítimos.

O assistente social em funções de gestão tem um papel fundamental no planeamento e nos objetivos de trabalho que desenvolve com a equipa, que devem garantir que as pessoas idosas, na relação de cuidado e na prestação de cuidados, mantenham o poder de decisão e não percam os seus direitos de participação na vida social, da família, da instituição e da sociedade.

4.2.3. ATIVIDADES SOCIO-OCUPACIONAIS E ESPIRITUALIDADE

As atividades socio-ocupacionais ocupam um lugar de destaque no desenvolvimento da autodeterminação, no poder de decisão e na estimulação da cidadania. A relação que se estabelece no decurso do desenvolvimento de atividades lúdicas e de convívio pode ter um espaço de conhecimento mais aprofundado da pessoa idosa. A manutenção de reações interpessoais e em grupo permitem à pessoa o desenvolvimento de habilidades desconhecidas, assim como desenvolver atividades que a pessoa domina e que pode ensinar e partilhar com o restante grupo. Deste modo, este espaço relacional torna-se

um espaço privilegiado de dedicação à pessoa idosa, permitindo-lhe criar e explorar outros interesses, assim como dar-se a conhecer nos seus gostos. É nestes espaços que se pode levar a pessoa a ter um papel mais ativo, quer nas relações quer na vida quotidiana na residência. Segundo Payne (2011), o desenvolvimento de atividades lúdicas permite melhorar a comunicação, facilita o contacto visual e a atenção, podendo criar uma conexão mais espontânea e socialmente consciente. Segundo Estevam da Silva *et al.* (2020, p. 425), “ambientes amigáveis podem possibilitar a manutenção das atividades básicas e instrumentais de vida diária, da funcionalidade e da mobilidade”.

O desenvolvimento de atividades, além de ter impactos ao nível da mobilidade e do desenvolvimento funcional, tem um impacto ao nível do desenvolvimento ou manutenção cognitiva, ao nível das emoções e do desenvolvimento relacional com as restantes pessoas idosas institucionalizadas e com os profissionais, permite estreitar relações internas, assim como relações pessoais, familiares, de amizade e ter ainda um envolvimento de parceiros da comunidade. Os profissionais podem usar a sua criatividade em diferentes dimensões (Payne, 2011), ampliando e incorporando novas ideias e possibilidades conjuntamente com as pessoas idosas institucionalizadas. Estimular a criatividade das pessoas idosas, no desenvolvimento de atividades, permite um ambiente residencial e de cuidado mais saudável, potenciando momentos de relaxamento e felicidade.

A espiritualidade desenvolve-se ao longo da vida, pois a pessoa procura continuamente um real significado para a sua vida. A espiritualidade vai além da religião, e cada pessoa desenvolve a sua espiritualidade na busca da transcendência ao longo da sua vida de formas diferentes, podendo estas relacionarem-se com a religião, com a natureza, com a música, as artes ou através de relacionamentos (Sulmasy, 2002; Rodrigues Gomes, 2011).

Os cuidados às pessoas idosas devem ter em conta as suas necessidades holísticas, o que inclui as necessidades e buscas espirituais, considerando que a humanização dos cuidados não pode ignorar a espiritualização do cuidado (Martins, 2013), pois “a humanização dos cuidados pressupõe a compreensão do significado da vida do ser humano, tarefa complexa que envolve vários aspectos, além dos princípios éticos, como aspectos espirituais, culturais, económicos, sociais e educacionais” (Gomes, 2011, p. 3). No seguimento do pensamento, Duarte, Navalho e Pinto (2021) afirmam que a

tomada de consciência do real sentido da vida torna o ser humano mais completo, permitindo assim a partilha com as outras pessoas.

Carvalho (2016) considera que não há espiritualidade sem afeto, sendo esta uma dimensão importante dos cuidados. A dimensão espiritual é a tomada de consciência e a abertura aos outros, assumindo uma consciência relacional, uma vez que a capacidade de confiar numa relação de cuidado pode passar pela fé, através da espiritualidade. Os profissionais confrontam-se com o desafio de corresponder e ter em consideração a dimensão ontológica de cada pessoa, atendendo a que a espiritualidade é indissociável da integralidade da pessoa.

4.2.4. PRESTAÇÃO DE CUIDADOS BÁSICOS

A prestação de cuidados tem vindo, ao longo dos tempos, a ter um papel principal no trabalho desenvolvido em contexto de lar. Esta importância assume relevância se considerarmos que os modelos de cuidados perspetivavam a pessoa nas suas necessidades, tendo em conta que os planos realizados valorizavam o bem-estar fisiológico, sendo importante colmatar as necessidades básicas, ficando a descoberto a relação de cuidado nas restantes dimensões.

No desenvolvimento dos cuidados, a equipa deve incluir a pessoa neles, aferindo os seus gostos, desenvolvendo uma atividade que espelhe a sua preocupação em corresponder às vontades da pessoa idosa (Payne, 2012). A relação de cuidado que se desenvolve na prestação de cuidados básicos, que envolve o corpo da pessoa cuidada, requer do profissional um grande respeito pelo valor humano da pessoa cuidada. A visão da ética do cuidado exige que os profissionais desenvolvam conexão com os clientes (Payne, 2011). A relação de cuidado deve estar envolvida numa relação de confiança, tendo em consideração que a pessoa cuidada se vai desnudar perante o outro, na sua forma física, mas igualmente na forma do seu íntimo. O que deve ser alvo de avaliação e análise é o ponto de confiança em que a relação estabelecida se encontra, para que esta atividade se constitua como fator positivo e de promoção de bem-estar.

Cuidar de uma pessoa é sempre ajudá-la a cuidar de si própria. Gineste e Pellissier (2007, pp. 267-269) referem que

[...] um prestador de cuidados é um profissional que cuida de uma pessoa e não de um animal. Uma das diferenças essenciais entre nós e os outros animais [...] é que nós não nos reduzimos unicamente às nossas necessidades [...]. Uma ação de prestação de

cuidados – ajudar a comer, a vestir, a andar, etc. – respeitadora da pessoa deve, assim, zelar por respeitar o sentido e o valor que essa pessoa atribui a essa ação, nesse momento.

Na prestação de cuidados básicos, como o preparar a higiene pessoal, o profissional deve ser conhecedor dos passos a seguir, deve anunciar-se à pessoa, preparar o que vai necessitar, e caso a pessoa não tenha escolhido a roupa que vai vestir, deve apoiar a pessoa para que ela faça a sua escolha. A higiene deve respeitar o conforto e bem-estar da pessoa, respeitando os hábitos e preferências – por exemplo, a temperatura da água: a pessoa deve experimentar para perceber se a água está ao seu gosto, e não deitar água pela cabeça da pessoa indiscriminadamente. A pessoa deve ser chamada a participar na sua higiene, permitindo o autocuidado e dando tempo e espaço à pessoa “de modo a manter e a promover a funcionalidade” (Sequeira, 2010, p. 79) e a autoestima. No desenvolvimento da higiene pessoal está inerente a estimulação da autoestima da pessoa, pois esta é uma atividade que toca no corpo e na intimidade da pessoa, tal como refere Payne (2009, p. 132), “displaying private areas of the body to carers”, assim esta necessidade de partilha coloca a pessoa numa posição de inferioridade e submissão, sendo fundamental manter a dignidade da pessoa e não fazer comentários depreciativos ou discriminatórios.

Na prestação de cuidados de higiene e imagem, no modelo de avaliação da qualidade da estrutura residencial para idosos, são evocados os cuidados, tendo por base o respeito pela privacidade, dignidade e confidencialidade, referindo que

o tipo de relações estabelecidas, durante a prestação de serviços, é uma das dimensões que definem a qualidade dos serviços prestados [...] os colaboradores que prestam cuidados diretos devem possuir um conjunto de competências ajustadas à sua função, facilitadora da relação, nomeadamente: autenticidade; atitude positiva; compreensão; empatia; tranquilidade e assertividade. (ISS, 2008, pp. 37-38)

Os cuidados de higiene pessoal, oral e de imagem devem seguir determinadas regras para que decorram de forma tranquila, procurando envolver a pessoa idosa nos seus cuidados, promovendo o autocuidado sempre que possível, mesmo que de forma parcial. Sendo de elevada importância a forma como a comunicação ocorre, incentivando a pessoa a colaborar em todo o processo. Os cuidados de imagem são fundamentais para a promoção da autoestima e valorização de cada pessoa, e assim estes devem ocorrer com frequência, dando a possibilidade a todas as pessoas idosas institucionalizadas de colaborarem e definirem os seus gostos e hábitos (ISS, 2008). Os

serviços a prestar devem ser personalizados e realizados com base nas necessidades individuais, não uniformizando, tendo por base as necessidades de cada pessoa.

A mobilidade da pessoa deve ser incentivada e trabalhada, possibilitando-se a manutenção da autonomia através de algumas tarefas simples que a pessoa consiga incluir no seu dia e que podem apoiar na manutenção da autonomia funcional, como fazer a sua cama, arrumar a sua roupa, transportar a sua roupa à lavandaria, apoiar na colocação das mesas para as refeições, entre outras. Segundo Sequeira (2010, p. 81), “a promoção do ambiente estável é fundamental para evitar a desorientação, promover a segurança e, conseqüentemente, a mobilidade da pessoa”.

Para Payne (2009), a locomoção, a segurança e o apoio às tarefas da vida diária são umas das conseqüências da necessidade de apoio social à forma como as pessoas idosas se tornam dependentes de outras pessoas para realizar essas atividades comuns, assim como a necessidade de utilização de produtos de apoio. Uma das formas de diminuir a estigmatização, segundo Payne (2009), passa pela personalização dos produtos de apoio, fazendo destes um produto de promoção de autonomia e não de discriminação.

No que respeita à alimentação, esta é uma das atividades na qual as pessoas institucionalizadas em lar muitas vezes necessitam de apoio. A alimentação pode ter diferentes níveis de apoio, podendo ir da preparação dos alimentos – por exemplo, retirar espinhas, ossos, partir os alimentos – a apoiar a pessoa na ingestão dos alimentos. Esta tarefa deve ser feita de forma agradável, respeitando o tempo da pessoa.

O cuidado deve ser uma ação que zela pelo respeito, pelo sentido e pelo valor de cada pessoa. O cuidar pode destruir a saúde ou deteriorar as capacidades da pessoa cuidada se não se respeitar a ética do cuidado e os seus princípios e valores, assentes na dignidade humana.

5. PRESTAÇÃO DE CUIDADOS: PROFISSIONALIZAÇÃO E QUALIFICAÇÕES DOS AGENTES DE GERIATRIA EM DEBATE

Apesar de as políticas de cuidados em Portugal apresentarem uma evolução, no que respeita aos cuidadores formais, a desvalorização continua a pairar sobre estes profissionais, sendo necessária uma abordagem mais profunda sobre a carreira, a formação, a qualificação e a capacitação destes profissionais, nunca deixando de ter presente que estes são profissionais que desenvolvem uma relação de cuidado com pessoas idosas.

São considerados cuidadores formais todos os profissionais que prestam cuidados; contudo, no desenvolvimento deste estudo, será dada especial atenção aos assistentes sociais e aos agentes de geriatria, sendo estes últimos o foco de desenvolvimento. Importa clarificar, desde já, que pese embora o legislador não definir estes profissionais como agentes de geriatria, neste trabalho serão assim designados. Desta forma, permite-se um melhor entendimento com uma única definição, não criando entropias no desenvolvimento do trabalho. A escolha encontra-se relacionada com o facto de na Agência Nacional para a Qualificação e o Ensino Profissional apresentarem esta definição.

É expectável que a prestação de serviços à população idosa que depende de cuidados se constitua como uma salvaguarda da sua qualidade de vida; sob este prisma, a qualificação da prestação de cuidados reveste-se da maior relevância.

Quaresma e Graça (2006), no seu estudo “A Evolução das Aspirações e Necessidades da População Envelhecida – Novas Perspetivas de Atuação e Intervenção”, referem que a avaliação que é feita das instituições reflete os baixos padrões sociais instituídos de quem usufrui dos serviços. Revelando um “fraco sentido crítico e incapacidade de sair dos paradigmas daquilo que é conhecido e reconhecido [...] refletindo uma evidente dificuldade em identificar novas soluções” (*ibidem*, p. 187). A prestação de cuidados só poderá ser colocada na balança da qualidade quando as políticas de cuidados na terceira idade considerarem os agentes de geriatria como profissão, reavaliarem e qualificarem a carreira desta atividade profissional, delineando um programa consistente de formação, definindo referenciais de supervisão. Seria de esperar que, numa sociedade em que o envelhecimento da população se encontra a aumentar, a temática dos cuidados tivesse maior relevância e maior visibilidade, atendendo às demandas desta população. Contudo, parece que a preocupação permanece limitada à esfera das

instituições que prestam cuidados às pessoas idosas e que vivenciam diariamente as situações, não tendo ainda essas preocupações sido permeáveis para as políticas sociais.

Considerando que a qualidade de vida das pessoas idosas que necessitam de cuidados se encontra correlacionada e interligada com a qualidade da prestação de serviços, é possível, neste contexto, evidenciar diversas questões que se encontram relacionadas com o vazio deixado pela política de cuidados. Qual o papel do agente de geriatria nas respostas sociais? Qual o valor que lhe é atribuído na política de cuidados? Qual o seu reconhecimento social? Que cuidados teremos numa sociedade de futuro envelhecida se não houver uma afirmação desta profissão e dos seus profissionais?

Em tempo de pandemia (covid-19), tornou-se patente que estes profissionais são um dos grandes pilares da prestação de cuidados. No entanto, a sua visibilidade e valorização não foram evidenciadas, além da esfera das instituições, tendo tardiamente existido orientações concretas sobre procedimentos a cumprir. É do conhecimento público que foram vivenciadas situações de emergência em diversas instituições, com ruturas graves na prestação de cuidados, por insuficiência de colaboradores.

A revisão da literatura aponta para duas visões do conceito de cuidador formal que divergem relativamente às componentes da profissionalização e da formação. Uma dessas visões, perfilhada por vários autores (Born, 2006; Sequeira, 2010; Sousa, 2011; Carrilho, 2012; Batista, Almeida e Lancman, 2014; Silva *et al.*, 2015), define o cuidador formal como uma pessoa que presta apoio e assistência em diversas atividades às pessoas idosas, no âmbito de uma atividade profissional. Trata-se de profissionais contratados, remunerados e que têm formação para a sua função. Já a Organização Mundial de Saúde, no seu Glossário de Termos de Serviços de Saúde e Serviços Comunitários para Idosos, define o cuidador formal como “a worker who has less than full professional qualifications in a particular field and is supervised by a professional worker” (2004, p.10). A expressão “trabalhador que tem menos do que qualificações profissionais completas” reveste-se de alguma ambiguidade e parece remeter para uma desqualificação da função, o que difere da visão acima mencionada.

Note-se, ainda assim, que a primeira visão se, por um lado, enquadra sem problemas o pessoal técnico, por outro, parece não poder aplicar-se aos agentes de geriatria, já que, segundo vários autores (Menne, *et al.*, 2007; Scott, *et al.*, 2007; Pinheira e Beringuilho, 2017), estes iniciam na sua maioria a atividade profissional sem nenhuma ou pouca

preparação específica, o que vem ao encontro da definição apresentada pela Organização Mundial de Saúde.

Vários estudos percorridos (Ribeiro *et al.*, 2009; Vieira *et al.*, 2011; Pinheira e Beringuilho, 2017; Maia *et al.*, 2018) salientam que este grupo profissional, na sua maioria, inicia a sua prática sem preparação específica e sem capacitação para a profissão. Maia *et al.* (2018, p. 49), no seu estudo sobre o perfil de cuidadores de idosos, concluíram que 50% dos profissionais entrevistados não possuem o ensino médio, e 71% referem ter recebido capacitação, não sendo esta na área dos cuidados às pessoas idosas. Já no estudo realizado por Ribeiro *et al.* (2009, p. 872), a maioria dos profissionais revelou a “aquisição de suas habilitações profissionais no auxílio diário aos idosos da própria instituição”. Barbosa *et al.* (2011), no seu estudo, confirmam a ausência de formação: *“Eu quando cheguei aqui não tinha formação nenhuma, mas fui aprendendo com as minhas colegas que aqui estavam, que aquele utente não sai da cama, mas tem de ser virado, no mínimo, de duas em duas horas”* (*ibidem*, p. 123). Por sua vez, Stone (2008), refere igualmente que os requisitos de formação para estes profissionais são inexistentes ou muito baixos.

Fica patente que a maioria destes profissionais não possui formação adequada e qualificada para a área dos cuidados, devendo a formação destes profissionais ser um indicador de avaliação das instituições, segundo Ribeiro *et al.* (2009).

Da análise a diversos estudos (Morgan *et al.*, 2007; Ribeiro *et al.*, 2009; Llobet *et al.*, 2010; OCDE, 2011; Sousa, 2011; Chen, 2014; Pereira e Marques, 2014; Pinheira e Beringuilho, 2014; Silva *et al.*, 2015; Maia *et al.*, 2018), estes profissionais são na sua maioria mulheres, o que se pode justificar por a mulher ser tradicionalmente considerada como cuidadora privilegiada, com uma média de idades compreendida entre os 40 e os 50 anos, com baixos salários, e com pouca ou nenhuma formação específica para a prestação de cuidados.

Atendendo ao perfil referido, considera-se haver a necessidade de promover uma reflexão sobre o perfil necessário e adequado para uma prestação de cuidados qualificada. Souza (2014) apresenta a necessidade de existir uma maior oferta de conhecimentos especializados, diretamente relacionados com o cuidar de pessoas idosas, com a finalidade de atualizar, qualificar e capacitar os profissionais, promovendo também um processo de reflexão em relação ao cuidar. Salientando que as instituições deveriam dar mais oportunidades de formação na área da gerontologia, Quaresma e

Graça (2006) consideram estar ausente uma perspetiva sustentada no conhecimento gerontológico.

5.1. AGENTE DE GERIATRIA: RECONHECIMENTO DE CARREIRAS E FUNÇÕES ATRIBUÍDAS

Ao longo dos tempos, a carreira de agente de geriatria tem vindo a ser invisível e desvalorizada enquanto profissão. A ausência de classificação, na Classificação Portuguesa das Profissões, remete estes profissionais para uma falta de identidade profissional, contribuindo para esta situação o facto de não haver uma uniformização na sua nomenclatura, não existindo um consenso em relação à sua definição (Menne *et al.*, 2008; Sousa, 2011).

A carreira de agente de geriatria foi reconhecida, pela primeira vez, em 1983, tendo ao longo dos anos vindo a sofrer alterações, pese embora essas alterações não tenham vindo a contribuir para a afirmação e valorização destes profissionais, como pode verificar-se em seguida. A regulamentação desta carreira profissional não se traduziu no empoderamento, acompanhamento e evolução das respostas sociais previstas nas políticas de apoio à terceira idade.

Articulando a literatura analisada, é consensual que as normas que têm vindo a ser emanadas, ainda que reflitam uma preocupação com os profissionais menos qualificados que prestam cuidados, encontram-se desarmonizadas. A escassa regulamentação e a ausência de definição da profissão, assim como do reconhecimento enquanto profissão, transportam para um universo de desvalorização estes profissionais e o próprio processo de cuidar.

5.1.1. AGENTE DE GERIATRIA: ITINERÁRIO DE UMA CARREIRA PROFISSIONAL ADIADA?

Na análise da legislação portuguesa no que respeita à profissão de agente de geriatria, pode verificar-se que o reconhecimento é relativamente recente, na medida em que o primeiro diploma legal sobre este assunto data de 1983, como acima referido. Foi então criada a carreira de Ajudante de Lar e Centro de Dia, através do Decreto Regulamentar n.º 10/83, de 9 de fevereiro, que estabelece as carreiras profissionais para o pessoal auxiliar dos serviços e estabelecimentos oficiais dependentes das Secretarias de Estado da Segurança Social e da Família, reconhecendo a insuficiência, nesta matéria, do

Decreto-Lei n.º 191-C/79, de 25 de junho, que procedeu à reestruturação de carreiras e à correção de anomalias na administração pública.

Mais de uma década depois, foi publicado o Decreto-Lei n.º 414/99, de 15 de outubro, que criou nos serviços e organismos dependentes do Ministério do Trabalho e da Solidariedade várias carreiras, entre elas a de ajudante de ação direta. Com este diploma legal, o legislador vem reconhecer que a complexidade das tarefas desempenhadas pelos profissionais inseridos nestas carreiras, avaliadas através de ações de análise de funções, bem como os requisitos habilitacionais que se devem exigir a profissionais que desenvolvem a sua atividade em contacto direto com os utentes dos estabelecimentos de apoio social, conduziram à necessidade de rever a estruturação daquelas carreiras, dotando-as de uma ordenação própria.

De acordo com o estipulado no referido diploma, o ingresso na carreira de ajudante de ação direta faz-se entre indivíduos habilitados com o 9.º ano de escolaridade ou o equivalente e aprovados em estágio, com a duração de um ano. Ainda de acordo com o estipulado no mesmo diploma legal, a transição dos antigos ajudantes de lar e centro de dia para a nova carreira de ajudante de ação direta poderia ocorrer no imediato, desde que habilitados com o 9.º ano de escolaridade ou equivalente e antiguidade na carreira igual ou superior a três anos; ou, em caso de não reunirem esses requisitos, após a frequência, com aproveitamento, de um curso de formação profissional, de duração não inferior a seis meses, que deveria ser efetuado no prazo máximo de dois anos, a contar da data da publicação do referido diploma.

Cerca de um ano depois, o legislador, através da publicação do Decreto-Lei n.º 199/2000, de 24 de agosto, reconhece a experiência profissional no exercício das funções das carreiras revalorizadas e da formação específica que foi sendo ministrada ao longo da sua atividade profissional, considerando que, por isso, estes se encontram profissionalmente habilitados para assegurar a continuidade do seu desempenho. Assim, procede à redução do tempo de serviço exigido, bem como à dispensa da formação a que se referem a alínea b), do n.º 2, e o n.º 3, do Decreto-Lei n.º 414/99, de 15 de outubro, declarando que a mesma se afigura “como justa e equilibrada, para efeitos de transição e a título excecional”.

Como se pode verificar, de acordo com o n.º 2, do art.º 5, do Decreto-Lei n.º 199/2000, a transição faz-se:

- a) De imediato, desde que habilitados com o 9.º ano de escolaridade ou equivalente e antiguidade igual ou superior a um ano na carreira, ou desde que, não cumprindo o requisito da habilitação, tenham antiguidade igual ou superior a três anos na carreira;
- b) À medida que perfizerem um ano de antiguidade na carreira, desde que habilitados com o 9.º ano de escolaridade ou equivalente;
- c) À medida que perfizerem três anos de antiguidade na carreira, nos restantes casos.

Com esta alteração, o legislador vem dar maior relevância às habilitações literárias, passando a formação a ser desvalorizada. Considera-se que a educação deve ser coadjuvante da formação, na medida em que pode constituir-se como um elemento facilitador de apreensão de conhecimento e informação; contudo, não deve substituir a formação profissional específica.

A formação é considerada como fator fundamental na relação de cuidado, na qual se encontra inserida a prestação de cuidados básicos. O que terá levado o legislador a desvalorizar a formação? Será que esta omissão está relacionada com a percentagem de agentes de geriatria que não possuem formação qualificada nas instituições? Para Menne *et al.* (2007) e Stone (2008), esta ausência de formação também se encontra relacionada com a falta de requisitos evidenciada pelo estado na necessidade de aquisição de formação (Stone, 2008), sendo este um problema que emerge em si mesmo.

O legislador, com este novo diploma, reconhece que as tarefas realizadas pelos agentes de geriatria são complexas e procede a uma revalorização da sua carreira. Nesta perspetiva, pretende-se analisar de que forma esta revalorização se efetiva.

Quadro 8 - Legislação de enquadramento da carreira de agente de geriatria

<p>Decreto Regulamentar 10/1983, de 9 de fevereiro.</p> <p>Legislação específica da carreira de Ajudante de Lar e Centro de Dia.</p>	<p>Estabelece as carreiras profissionais para o pessoal auxiliar dos serviços e estabelecimentos oficiais dependentes das Secretarias de Estado da Segurança Social e da Família.</p>	<p>ALCD 1.ª – O</p> <p>ALCD 2.ª – Q</p> <p>ALCD 3.ª – R</p> <p>Cria a carreira de Ajudante de Lar e Centro de Dia, situando os profissionais nos últimos escalões remuneratórios, com implicações remuneratórias.</p>
--	---	---

<p>Decreto-Lei n.º 353-A/89, de 16 de outubro.</p> <p>Legislação geral com repercussões na carreira de Ajudante de Lar e Centro de Dia.</p>	<p>Novo estatuto remuneratório dos funcionários e agentes da Administração Pública.</p> <p>Estabelece regras sobre o estatuto remuneratório dos funcionários e agentes da Administração Pública e a estrutura das remunerações-base das carreiras e categorias nele contempladas.</p>	<p>ALCD 8 escalões</p> <p>1 – índice 120</p> <p>2 – índice 130</p> <p>3 – índice 140</p> <p>4 – índice 150</p> <p>5 – índice 160</p> <p>6 – índice 170</p> <p>7 – índice 185</p> <p>8 – índice 200</p> <p>Estes profissionais ficam com mais hipóteses de progressão de carreira, contudo os salários não sofreram nenhuma alteração.</p>
<p>Decreto-Lei n.º 414/99, de 15 de outubro.</p> <p>Legislação específica da carreira de Ajudante de Ação Direta.</p>	<p>Cria nos serviços e organismos dependentes do Ministério do Trabalho e da Solidariedade as carreiras de ajudante de ação socioeducativa, preceptor, ajudante de ocupação e ajudante de ação direta.</p> <p>Cria a carreira de Ajudante de Ação Direta.</p>	<p>AAD 5 escalões</p> <p>1 – índice 200</p> <p>2 – índice 210</p> <p>3 – índice 220</p> <p>4 – índice 230</p> <p>5 – índice 240</p> <p>Este diploma cria uma revalorização da carreira ao nível remuneratório iniciando no índice 200. A possibilidade de progressão de carreira passou de 8 para 5 escalões.</p>
<p>Portaria n.º 147/99, de 27 de fevereiro.</p> <p>Legislação geral com repercussões na carreira de Ajudante de Ação Direta.</p>	<p>Atualiza as remunerações dos funcionários e agentes da administração central, local e regional, atualizando os índices 100 e as escalas salariais em vigor.</p>	<p>O índice 100 da escala salarial das carreiras geral e de regime especial é atualizado em 3%, sendo fixado em 56 959\$00.</p>
<p>Decreto-Lei n.º 199/2000, de 24 de agosto.</p> <p>Legislação específica da carreira de Ajudante de Ação Direta.</p>	<p>Altera o Decreto-Lei n.º 414/1999, de 15 de outubro.</p> <p>Altera as condições de integração e transição de carreira:</p> <ul style="list-style-type: none"> – De imediato, desde que habilitados com o 9.º ano de escolaridade ou equivalente e antiguidade igual ou superior a um ano; não cumprindo o requisito da habilitação, com antiguidade igual ou superior a três anos na carreira; – Um ano de antiguidade na carreira, desde que habilitados com o 9.º ano de escolaridade ou equivalente; – À medida que perfizerem três anos de antiguidade na carreira, nos restantes casos. 	<p>Reconhece a experiência e desvaloriza a formação.</p>

<p>Lei n.º 12-A/2008, de 27 de fevereiro.</p> <p>Legislação geral com repercussões na carreira de Ajudante de Ação Direta.</p>	<p>Estabelece os regimes de vinculação, de carreiras e de remunerações dos trabalhadores que exercem funções públicas.</p>	<p>Cria novos regimes de vinculação, introduzindo o contrato, como modalidade da relação jurídica de emprego público.</p>
<p>Decreto-Lei n.º 121/2008, de 11 de julho.</p> <p>Legislação geral com repercussões na carreira de Ajudante de Ação Direta.</p>	<p>Extingue carreiras e categorias, cujos trabalhadores transitam para as carreiras gerais.</p> <p>O mapa VI respeita a carreira/categoria cujos titulares transitam para a categoria de assistente operacional de carreira geral de assistente operacional.</p>	<p>Os ajudantes de ação direta passam a integrar a carreira e categoria de assistente operacional, de grau de complexidade 1 e oito posições remuneratórias.</p>

Fonte: Elaborado pela autora, com base na legislação evidenciada

Como pode verificar-se, em termos de posicionamento na estrutura de carreiras e remunerações têm-se verificado alguns avanços e recuos. Em 1983, com a criação da carreira, o legislador remete estes profissionais para os últimos lugares do quadro de remunerações, ficando-lhes a corresponder as letras O, Q e R, criando três níveis possíveis para a progressão de carreira. Com o Decreto-Lei n.º 353-A/89, de 16 de outubro, dá-se a reestruturação geral das carreiras, mantendo estes profissionais próximo dos últimos lugares, contudo criando uma carreira com possibilidades de progressão mais longa, repartida por oito escalões (índice 120 a 200). Com o Decreto-Lei n.º 414/1999 introduz-se uma melhoria na base, passando a carreira a iniciar-se no índice 200 a 240, mas passando a desenvolver-se apenas em cinco escalões.

Em 1999, com a reclassificação introduzida pelo Decreto-Lei n.º 414/1999, existe uma aproximação das carreiras técnico-profissionais, contudo fica a dúvida, pela ausência de dados, se esta situação foi realmente operacionalizada. Esta análise poderá ser alvo de um estudo mais aprofundado no futuro. Porém, fica claro no diploma a desvalorização da formação e a desvalorização social, permanecendo um vazio qualitativo que prevalece até hoje.

Com a Lei n.º 12-A/2008, de 27 de fevereiro e o Decreto-Lei n.º 121/2008, de 11 de julho, dá-se a criação das carreiras gerais, passando estas, com base no artigo 49.º, n.º 1, a: 1) Técnico Superior; 2) Assistente Técnico; 3) Assistente Operacional.

Com esta alteração, o ajudante de ação direta passa a integrar a carreira e categoria de assistente operacional, com grau de complexidade 1, que exige a titularidade da escolaridade obrigatória, ainda que acrescida de formação profissional adequada e oito escalões remuneratórios. Estes profissionais são colocados no patamar mais baixo da

estrutura das carreiras, diminuindo ainda mais a sua posição, valorização e reconhecimento.

Lei n.º 12-A/2008, de 27 de fevereiro, confere ainda a possibilidade de acordos coletivos de trabalho, dando início a uma nova fase de contratação e condições de trabalho. Com base na análise realizada a diversos contratos coletivos de trabalho, publicados no Boletim do Trabalho e do Emprego, é possível aferir que existem alterações salariais, assim como possibilidade de progressão de carreira, consoante a instituição que concretiza o acordo. No entanto, estes profissionais continuam a estar nos escalões mais baixos da estrutura salarial, ou seja, mal remunerados e desvalorizados. Ao longo dos tempos, mantiveram uma remuneração baixa e quando tiveram a possibilidade de valorização, permanece a dúvida se esta viragem em 1999 teve alguma consequência na prática, continuando assim a estar ao nível, ou muito perto, do salário mínimo nacional.

Boldy *et al.* (2004), no estudo concretizado sobre a avaliação de satisfação das pessoas idosas institucionalizadas e a sua relação com a satisfação do pessoal, no cuidado em residências para pessoas idosas, concluem que a satisfação das pessoas idosas se encontra especialmente interligada com fatores de satisfação da própria equipa, nomeadamente ao nível do *status* e da remuneração. A satisfação com os salários, benefícios e possibilidades de progressão na carreira, segundo Bishop *et al.* (2008), encontram-se relacionados com a intenção de permanecer na profissão. De notar, que esta profissão apresenta uma elevada rotatividade, o que, segundo os autores, apresenta um custo para as instituições que apostam na formação destes profissionais.

Stone e Dawson (2008) desenvolveram um estudo sobre o programa nacional implementado nos Estados Unidos da América, o “*The Better Jobs Better Care*”, que ocorreu entre os anos de 2002 e 2006. Este programa visou melhorar a qualidade do trabalho desenvolvido pelos agentes de geriatria e reduzir as elevadas taxas de rotatividade. Este programa contou com o apoio da American Association of Homes and Services for the Aging e pela Paraprofessional Healthcare Institute, incluindo as principais organizações de defesa e assistência técnica de apoio aos agentes de geriatria. Esta parceria permitiu uma maior consciencialização entre decisores políticos e as instituições, com base na necessidade de uma abordagem sistémica no desenvolvimento e na manutenção dos agentes de geriatria. A abordagem partiu da conjugação entre uma prestação de cuidados com qualidade assente na necessidade

de melhorar os aspetos: financeiros, educacionais, de aprendizagem, de experiência, de suporte e estabilidade. A melhoria destas dimensões permite a diminuição da rotatividade destes profissionais, sendo este um dos fatores que condicionam a prestação com qualidade. Os autores referem que os programas de aconselhamento, de supervisão, de cultura, de capacitação profissional, o modelo de perfis profissionais, as ferramentas de avaliação da melhoria da força de trabalho e mudanças políticas, todos os determinantes que foram evidenciados ao longo do programa, necessitam de ser disseminados, existindo ao longo do programa uma conjugação entre as políticas e a prática, o que veio dar uma nova perspetiva sobre estes profissionais.

Em Portugal, existe uma ausência de conhecimento sobre quem são realmente estes profissionais, assim como permanece a inexistência de associações que visem a melhoria da prestação de cuidados através da melhoria da classe profissional. Embora o envelhecimento esteja diariamente nos debates políticos, os agentes de geriatria prestadores de cuidados diretos encontram-se à margem deste debate.

Será possível promover uma política de cuidados qualificados sem qualificar (cultura, capacitação profissional, financeira, educacional/formação, de aprendizagem ao longo da vida, de experiência, de suporte e estabilidade) os prestadores de cuidados diretos?

5.1.2 DESIGNAÇÕES PLURAIS NUM QUADRO DE INVISIBILIDADE E IRRELEVÂNCIA SOCIAL DO CUIDADO?

Como foi possível analisar anteriormente, os agentes de geriatria são profissionais mal remunerados. Diversos estudos (Harris, Kojetin *et al.*, 2004; Llobet *et al.*, 2010; OCDE, 2011; Chen, 2014; Vieira *et al.*, 2014; Pinheira e Beringuilho, 2017; Dutra, Mazini e Silva, 2018;) consideram que, devido à baixa remuneração, alguns profissionais veem-se obrigados a ter duplo trabalho para assegurarem a sua sobrevivência. Kusmaul, Butler e Hageman (2020, p. 316) referem que os cuidadores encaram uma grande diversidade e complexidade de desafios, sendo estes desfasados do baixo salário auferido.

Tal como referido no ponto anterior, os salários são baixos e associados a condições difíceis de trabalho e a cargas de trabalho pesadas; estes são fatores que contribuem para a dificuldade de recrutamento e para a manutenção de trabalhadores (Stone e Wiener, 2001, p. 9), sendo que todos estes fatores contribuem igualmente para ser uma profissão estigmatizada. Kusmaul, Butler e Hageman (2020, p. 316) referem que os

agentes de geriatria “operate on the lowest rungs of the organizational hierarchy and have the least power”.

A desvalorização da formação destes trabalhadores cria profissionais que desenvolvem a sua atividade sem aquisição de habilidades, o que é evidenciado no estudo de Coogly *et al.*, (2007), que refere que 94% dos profissionais aprenderam a desempenhar a profissão por experiência de vida e 91% em observação de outros profissionais experientes, o que remete para a aprendizagem por experiência adquirida em exercício. Neste prisma, é de evidenciar que as pessoas que usufruíram dos cuidados destes profissionais foram colocadas numa experiência de aprendizagem, sendo que a aprendizagem experiencial “consiste numa abordagem do desenvolvimento do adulto, e em especial do profissional” (Dias, 2018, p. 56). Pimentel (2007, p. 160) refere que “a aprendizagem experiencial enfatiza a interdependência entre características internas do ser aprendiz e circunstâncias externas do ambiente, entre conhecimento de origem pessoal e social”.

Torna-se evidente que o ambiente institucional proporciona a aprendizagem experiencial, em detrimento da experiência prévia. É de realçar que muitos agentes de geriatria apresentam pouco ou nenhum requisito de formação, sendo insuficientes as suas qualificações perante as necessidades complexas do cuidar (Stone & Weiner, 2001; Kojetin *et al.*, 2004). Para Silva *et al.* (2015, p. 347), “a falta de capacitação, de conhecimento e de prática do profissional que presta cuidados ao idoso gera insegurança, desorganização, irritação e falta de humanismo nele próprio”.

Considera-se, pelo evidenciado até agora, que a profissão de agente de geriatria não se configura como uma profissão apelativa. Esta reúne profissionais sem impacto e sem reconhecimento social, tornando-se uma possibilidade de profissão na sua maioria para pessoas que se encontram sem alternativa de emprego, tornando-se uma profissão de precariedade e estigmatizada. Rodrigues (2014) revela que a maioria dos cuidadores do estudo, por si levado a cabo, referiram ter ingressado na profissão pela necessidade de terem trabalho. Silva *et al.* (2015, p. 349) acrescentam que “a profissão de cuidador apresenta-se como alternativa para a inserção no mercado de trabalho”. Já Ribeiro *et al.* (2009, p. 873), no estudo em que avaliam o cuidar nas instituições de longa permanência, referem que existe uma satisfação no discurso dos cuidadores, sendo o contentamento pela atividade por terem encontrado trabalho, “*preciso trabalhar*”, “*é um trabalho que eu gosto de fazer [...] é uma oportunidade de estar trabalhando*”. Os

autores referem que é necessária uma reflexão quanto à satisfação como consequência do cuidar ou da possibilidade de emprego, mesmo sem formação profissional.

Para Stone e Wiener (2001), um fator que influencia as pessoas a permanecer numa profissão é a forma como uma sociedade a valoriza,

frontline worker jobs in long-term care are viewed by the public as low-wage, unpleasant occupations that involve primarily maid services and care of incontinent, cognitively unaware old people. This image is exacerbated by media reports that feature poor quality care by providers (Stone e Wiener, 2001, p. 4).

É de salientar que estes profissionais não apresentam uma definição uniforme, homogénea, em relação à sua designação. Tal como aludem Ribeirinho (2016) e Sousa (2011), neste campo, os próprios referenciais normativos apresentam uma multiplicidade de denominações: ajudantes de lar e centro de dia, ajudantes de ação direta, trabalhadores auxiliares de apoio a idosos, agentes de geriatria e apoio à comunidade, técnico de geriatria; e embora os conteúdos funcionais sejam quase idênticos, os níveis de certificação são diferentes.

Neste enquadramento, torna-se essencial abordar a categoria profissional dos agentes de geriatria. Sousa (2011) refere que a Classificação Nacional das Profissões remete os cuidadores para o “trabalho em domicílio, não havendo qualquer referência ao enquadramento institucional” (Sousa, 2011, p. 47). Após a análise da Classificação Portuguesa das Profissões (2010), verifica-se que se mantém a ausência de definição da profissão de técnico profissional de geriatria. A Classificação Portuguesa das Profissões apresenta a categoria de Trabalhadores de Cuidados Pessoais nos Serviços de Saúde, com a seguinte definição

compreende as tarefas e funções do auxiliar de saúde, ajudante familiar e outros trabalhadores dos cuidados pessoais e similares nos serviços de saúde, com especial incidência no fornecimento de cuidados pessoais e assistência, apoio na mobilidade e atividades diárias de pacientes, pessoas idosas e incapacitadas, em instalações de saúde e residências (CPP, 2010, p. 283).

Apresenta como subcategorias: 5321 – os auxiliares de saúde; 5322 – os ajudantes familiares; e 5329 – outros trabalhadores dos cuidados pessoais e similares nos serviços de saúde, não fazendo menção aos agentes de geriatria. Esta situação defrauda os profissionais, convergindo para a sua invisibilidade e irrelevância, criando uma maior inconsistência na legitimação da profissão.

Sousa (2011) considera que é importante um compromisso político com estes profissionais que atente a uma rigorosa definição: das condições de acesso à atividade profissional, de critérios de admissão, do perfil do profissional, do referencial de formação inicial e contínuo, com as condições de progressão na carreira, com as remunerações. A autora acrescenta ainda que estas condições, associadas a outros incentivos, terão um fator mais atrativo, dando maior dignidade e visibilidade social a esta área profissional.

A ausência de clarificação profissional, a legislação que não se coaduna com as convenções coletivas de trabalho na definição da profissão e a diversidade de oferta de formação fazem deste grupo profissional trabalhadores sem identidade própria e em anomia.

Recorrendo a Giddens (1991, p. 124), e recorrendo à sua alegoria do carro de Jagrená, que o autor descreve como um “puxa-e-empurra tenso e contraditório com diferentes influências”, percebe-se como esta categoria profissional tem vindo a ser tratada, sendo somente uma peça isolada, sem ligação e integração plena no domínio da prestação de cuidados. Braga da Cruz (2013), na antologia de textos sobre Durkheim, refere que uma atividade que ocupe o seu lugar na vida social não pode permanecer sem regulamentação, podendo daí advir efeitos perturbadores. Refere também que uma atividade profissional de uma determinada profissão “não pode ser regulamentada eficazmente senão por um grupo bastante próximo desta mesma profissão para conhecer bem o seu funcionamento, para lhe sentir todas as necessidades e poder seguir todas as variações” (Braga da Cruz, 2013, p. 369).

Com base em toda a análise realizada, emerge a seguinte questão: de que modo se encontra a profissão de agente de geriatria, se de profissão a poderemos chamar, a ser analisada, avaliada e considerada? O simples facto de não ser considerada como profissão, na Classificação Portuguesa das Profissões, faz desta uma atividade profissional sem o devido enquadramento enquanto profissão, o que marginaliza ainda mais estes profissionais.

A não-ocupação do espaço profissional deixa estes profissionais à margem do reconhecimento, o que é equivalente à sua inexistência, o que nos remete para as seguintes questões: qual a consideração sociopolítica sobre este tema?; Qual a valorização de uma profissão formalmente inexistente?; Quais as implicações na e da política de cuidados?

Não sendo objetivo deste trabalho tratar o tema das profissões, importa, todavia, deixar um contributo no âmbito da atividade profissional dos agentes de geriatria. Rodrigues (2002, p. 132) apresenta a distinção entre as profissões e as ocupações, sendo que a profissão ocorre pela forma como estes grupos obtiveram uma posição de força. O estatuto e o poder das profissões potenciam-se através do saber e dos conhecimentos, sendo estes conjugados com as instituições de apoio às profissões. Pissaia *et al.* (2017, p. 152) salientam “que a profissionalização destes indivíduos torna-se necessária” devido ao aumento da população idosa, assim como “as demandas por uma assistência qualificada e integral são requisitadas pelos indivíduos” (*ibidem*).

Ao longo dos tempos, a construção das profissões foi adquirindo uma “configuração social: acumularam conhecimentos, técnicas, hábitos, imagens sociais do que é a profissão e o que se espera dela” (Amendoeira, 2012, p. 8). Sendo o campo das profissões considerado, por Berger e Luckmann (2004), como integrante da socialização secundária, contempla a

interiorização de “submundos” institucionais ou baseados em instituições. A extensão e o carácter destes são, portanto, determinados pela complexidade da divisão do trabalho e a concomitante distribuição social do conhecimento [...] A socialização secundária exige a aquisição de vocabulários específicos de funções, o que significa [...] a interiorização de campos semânticos que estruturam interpretações e condutas de rotina em uma área institucional (Berger e Luckmann, 2004. pp. 184-185).

Desta forma, coloca-se na discussão que a profissão de agente de geriatria se encontra no âmbito da desprofissionalização, atendendo a que na desprofissionalização “os postos de trabalho tendem a dispensar ou a desvalorizar as capacidades e as competências individuais” (Rodrigues, 2007, p. 273). Já o modelo de profissionalização, segundo Rodrigues (2006), é regido por uma associação coletiva que permite às profissões conquistarem confiança pública, tendo estas associações um papel decisivo na representação profissional. As associações assumem funções reguladoras de “definição e controlo das condições de acesso e de exercício da profissão através da definição de conteúdos profissionais e de competências de formação, bem como da manutenção e reforço da autonomia profissional” (Rodrigues, 2006, p. 278). A autora acrescenta que lhes é imputada ainda a promoção de valores de orientação “através da definição de códigos de ética e de conduta profissional e de mecanismos de controlo do seu cumprimento” (*ibidem*).

A atividade profissional de agente de geriatria apresenta lacunas e entropias nas questões mencionadas, códigos de ética e de conduta profissional, o que contribui para

a desconfiança na profissão, havendo uma necessidade crescente de aquisição de confiança social. Transversalmente, o contexto social, como fator essencial do estado das relações de classes e vice-versa (Miliband, 1999), afeta os indivíduos, assim como as instituições e os construtos ideológicos. Os profissionais afetam de igual modo o seu contexto profissional e a forma como se apropriam do seu coletivo.

Todas estas questões têm contribuindo ao longo dos anos para a desvalorização social e baixa autoestima destes profissionais, podendo ter contribuído para tornar estes profissionais mais desqualificados.

No combate a esta desvalorização e na busca por um grupo profissional com objetivos de união, considera-se que a associação potencia os grupos, como uma salvaguarda dos seus interesses. A formação de um grupo, segundo Braga da Cruz na sua antologia de textos de Durkheim, implica a formação de “uma disciplina moral” (Braga da Cruz, 2013, p. 384), estando este coletivo profissional carente igualmente de uma moral coletiva que os empodere.

Do estudo realizado por Llobet *et al.* (2010) a doze agentes de geriatria, estes consideraram que o seu coletivo está insuficientemente valorizado e deficientemente remunerado, referindo a necessidade de melhoramento nas condições laborais, nos horários, na remuneração e na valorização profissional e social. Nos resultados apresentados, os autores identificaram que o melhoramento das condições laborais do coletivo e melhores condições formativas poderia empoderar a profissão. Tal como refere Rodrigues (2006, p. 270), “as profissões, enquanto categoria social e económica, persistem como traço estrutural das nossas sociedades, com grande visibilidade pública”. Braga da Cruz (2013, p.750), na antologia de textos de Weber, refere que “uma categoria profissional, ou profissão, também é *status*, ou seja, aspira, com sucesso, à honra social, em regra apenas através do modo de vida específico, eventualmente condicionado pela profissão”.

Menne, Noelker e Jones (2007) expõem a necessidade de existir “um outro olhar sobre a realidade, sustentado no conhecimento sobre a ancoragem entre condições e percursos de vida/envelhecimento” (*idem*, p. 189). Deste modo, será necessária uma maior qualificação “dos que prestam cuidados” (*ibidem*), tendo por base a “inovação e a profissionalização dos recursos humanos com uma forte componente de desenvolvimento de capacidades pessoais e relacionais” (*ibidem*).

É igualmente de destacar a necessidade da definição da profissão, do reconhecimento e da visibilidade enquanto profissão-pilar da prestação de cuidados. A profissionalização, a qualidade do emprego, a formação e a validação da experiência são temas de relevância social e de análise científica sobre a compreensão do cuidado.

5.1.3 AGENTE DE GERIATRIA: ATIVIDADES PRINCIPAIS E SECUNDÁRIAS

Dando continuidade à compreensão da atividade profissional dos agentes de geriatria, aborda-se neste ponto a descrição de funções constantes nos diplomas legislativos.

A primeira descrição de funções respeitante a estes profissionais data de 1983. Assim, de acordo com o n.º 5, do art.º 5, do Decreto Regulamentar n.º 10/83, de 9 de fevereiro, compete aos ajudantes de lar e centro de dia um conjunto de tarefas que oscilam entre a prestação direta de cuidados e funções de mera manutenção que transcendem essa prestação de cuidados, como pode verificar-se de seguida.

Nos termos do n.º 5, do art.º 5, do referido Decreto Regulamentar, aos ajudantes de lar e centro de dia compete:

- Colaborar nas tarefas de alimentação dos utentes;
- Prestar cuidados de higiene e conforto aos utentes;
- Requisitar e distribuir os artigos de higiene e conforto;
- Proceder ao acompanhamento diurno e noturno dos utentes, dentro e fora dos serviços e estabelecimentos;
- Participar na ocupação dos tempos livres dos utentes;
- Proceder à receção, arrumação e distribuição das roupas lavadas e à recolha de roupas sujas e sua entrega na lavandaria;
- Assegurar a ordem, higiene e limpeza dos respetivos serviços;
- Manter em bom estado de conservação o material a seu cargo;
- Desempenhar as demais tarefas que se relacionem e enquadrem no âmbito da sua categoria profissional.

As tarefas enunciadas são apresentadas de forma sucinta, sem desenvolvimento de conteúdo e sem incorporar as verdadeiras dimensões do cuidado, e evidenciam tarefas

simplistas, com ausência de alusão à ética e aos valores subjacentes à prestação de cuidados.

O legislador, no artigo 6.º do mesmo diploma, considera a possibilidade de estes profissionais serem igualmente responsáveis por assegurar funções de outras carreiras, como as de auxiliares de serviços gerais, a quem cabe, entre outras tarefas, a manutenção geral das condições de higiene do equipamento:

Nos serviços e estabelecimentos em que, pela sua reduzida dimensão, não se justifique a criação de todas as carreiras previstas no presente diploma, devem os trabalhadores de cada sector, independentemente da carreira em que se inserem, assegurar o desempenho da totalidade das funções aos mesmos atribuídas (Decreto Regulamentar n.º 10/83, de 9 de fevereiro).

Numa amostra de duzentos e cinquenta e três sujeitos, Sousa (2011) dá visibilidade a este facto, referindo que a atividade de apoio aos idosos é frequentemente acumulada com outras atividades,

Além do apoio a idosos, 37% realizam serviços de limpeza, 27% executam tarefas de lavandaria, 25% fazem serviço de transportes, 25% dão apoio à cozinha, 7% trabalham também no apoio a crianças, 5% no apoio a deficientes, 6% em serviços comunitários, 0,8% em serviço administrativo (Sousa, 2011, p. 88).

Quem cuida de pessoas idosas deve concretizar uma abordagem subjacente a princípios e valores que assentam no cuidar de pessoas idosas. Os Princípios das Nações Unidas para as Pessoas Idosas, mais especificamente, o Princípio da Assistência, espelha o direito de acesso a cuidados de saúde que permitam as pessoas idosas manterem um nível de bem-estar geral que permita retardar ou inibir o aparecimento de doenças. Evidencia igualmente, o direito à proteção e estimulação, conforme referido no número 13, “Os idosos devem ter a possibilidade de utilizar meios adequados de assistência em meio institucional que lhes proporcionem proteção, reabilitação e estimulação social e mental numa atmosfera humana e segura” (1991, p, 3). A proteção e estimulação social e mental, conferem um sentimento de segurança que se reflete no sentimento de bem-estar. No número 14, as pessoas idosas que residem em lar devem gozar de livres para exercer os seus direitos humanos. Deve ser respeitada a sua “dignidade, convicções, necessidades e privacidade e do direito de tomar decisões acerca do seu cuidado e da qualidade das suas vidas” (1991, p. 3). Os profissionais que prestam cuidados devem ser conhecedores destes princípios que elevam a condição da pessoa idosa enquanto pessoa de direitos.

Segundo Luz (2018, p. 113), a essência de cuidar das pessoas idosas “radica nos direitos fundamentais e na dignidade da pessoa humana vista como fundamento de todos os valores e princípios que constituem o substrato dos direitos que lhe são reconhecidos”. Pese, embora, a relevância de ter realizado, pela primeira vez, a descrição de funções destes profissionais, o Decreto Regulamentar de 1983 não manifesta uma clara ancoragem nos Direitos Humanos e nos Princípios de Assistência acima mencionados. Limita-se a enunciar tarefas simplistas, neutralizando a efetiva dimensão do cuidar.

O conteúdo funcional destas carreiras vem a ser revisto cerca de 15 anos depois, pelo Decreto-Lei n.º 414/99, de 15 de outubro,

1 - Ao ajudante de ação direta compete trabalhar diretamente com idosos, quer individualmente, quer em grupo, tendo em vista o seu bem-estar, pelo que, de acordo com a programação previamente determinada, executa a totalidade ou parte das seguintes tarefas:

- a) Recebe os utentes e faz a sua integração ao longo dos primeiros dias de estada, indicando-lhes os locais que estarão ao seu dispor na sua vivência diária (quarto, enfermaria, salas de estar, refeitório, espaços livres, jardins, etc.);
- b) Executa tarefas várias relacionadas com a alimentação, quer nos quartos, quer nas salas de refeição, recebendo os carros que previamente enviou para a cozinha, com as marmitas e outros apetrechos, empratando os alimentos segundo as dietas prescritas pelo dietista e tendo em atenção as quantidades face aos hábitos alimentares dos utentes;
- c) Assegura a sua alimentação regular, auxiliando-os nos seus movimentos, incentivando-os diretamente quando necessário, tendo em atenção fatores vários, como a mobilidade e o cansaço;
- d) Após a refeição, recolhe as marmitas e outros utensílios e, eventualmente, lava-os na copa de modo a manter as melhores condições de higiene e evitar transmissão de doenças;
- e) Presta cuidados de higiene e conforto aos utentes, lavando-os, quer deitados, quer nas casas de banho, tendo em atenção o seu estado físico/psíquico e outras características individuais e sociais, podendo, eventualmente, aplicar cremes medicinais, pó de talco e executar pensos simples;
- f) Substitui as roupas de cama e o vestuário, acondicionando-os para posterior transporte em carro para a lavandaria;
- g) Controla e entrega na lavandaria as roupas sujas;

- h) Faz a gestão dos *stocks* das roupas de cama e da casa de banho dos utentes, requisitando-as com a devida antecedência, tendo em atenção as características destes, o tempo e outros fatores;
- i) Recebe e controla na rouparia as roupas lavadas de acordo com a requisição e arruma-as devidamente nos roupeiros da respetiva enfermaria;
- j) Requisita, recebe, controla e distribui os artigos de higiene e conforto dos utentes;
- k) Procede ao acompanhamento diurno e noturno dos utentes, dentro e fora dos serviços e estabelecimentos, guiando-os, auxiliando-os, estimulando-os através da conversação, detetando os seus interesses e motivações e participando na ocupação de tempos livres;
- l) Acompanha-os nas idas e vindas aos hospitais ou outros centros de tratamento;
- m) Colabora na montagem das exposições dos trabalhos dos utentes, na venda dos respetivos trabalhos, bem como nas decorações aquando de festas;
- n) Colabora na compra de vestuário, calçado e outros utensílios de uso, escolhendo ou dando informações sobre as características dos utentes (físicas, psíquicas e sociais);
- o) Ajuda a fazer as malas, cuidando que detenham roupas e utensílios pessoais nas quantidades necessárias para o período de ausência;
- p) Providencia pela manutenção das condições de higiene e salubridade dos quartos, corredores e salas de lazer;
- q) Mantém em bom estado de conservação o material a seu cargo;
- r) Pode, por vezes, administrar medicamentos, nas horas prescritas e segundo instruções recebidas.

Da análise concretizada à revisão do conteúdo funcional do ajudante de ação direta, constante neste diploma de 1999, verifica-se que as alterações remetem para uma descrição mais detalhada e aprofundada em algumas dimensões, contudo, permanece a noção de polivalência inscrita na criação da carreira em 1983.

Passando da análise do conteúdo funcional destas carreiras para a formação dos seus profissionais, verifica-se que o referencial de formação constante no Catálogo Nacional de Qualificações e na Agência Nacional para a Qualificação e o Ensino Profissional apresenta diversas tarefas que são incluídas na formação e que, atendendo à análise anteriormente realizada, demonstram uma ausência de reflexão efetiva sobre o cuidado direto às pessoas idosas.

A ausência de reflexão crítica sobre a profissão de agente de geriatria tem alocado estes profissionais a um manancial de tarefas que não se enquadram na esfera dos cuidados

pessoais diretos, espirituais, relacionais, ocupacionais e de integração na comunidade. Tal como referem Ribeiro *et al.* (2009), existe uma ausência de distinção de funções entre cuidadores e outros profissionais, existindo duplicidade de funções, como, por exemplo, no tratamento de roupa e nas limpezas.

Esta situação proporciona o surgimento de campos cinzentos de indefinição, propícios à obrigatoriedade de execução de diversas atividades que não se refletem no cuidar. Por outro lado, não permite a estes profissionais criarem *inputs* para atingirem uma carreira técnico-profissional conjugada com as necessidades de qualificação da prestação de cuidados.

5.1.4. RELAÇÃO DE CUIDAR: QUE FORMAÇÃO?

Giddens (1998, p. 298), aludindo ao discurso de Habermas, refere que “o trabalho e a interação” são dois elementos-chaves num processo “de autoformação dos seres humanos em sociedade ou do desenvolvimento da cultura humana”.

A aprendizagem e a pedagogia têm uma constante recriação de “práticas por meio da ação, do estudo, reflexão e ação” (Araújo, 2019, p.14), procurando espaços de participação numa construção coletiva. A aprendizagem pode assumir a forma de experimental, enquanto processo que estabelece a relação entre prática e teoria. Neste processo associa-se os valores, as ideias, as crenças e a história da pessoa no processo de aprendizagem. Considerando a literatura estudada, é evidente que com o elevado número de agentes de geriatria que iniciam as suas funções sem formação, esta inicia-se com uma aprendizagem direta em exercício; deste modo, existirá um agente de geriatria com mais experiência que o guiará nesta aprendizagem, como o mestre na condução do seu aprendiz, levando ao processo *cognitive apprenticeship* (Dias, 2018).

A formação, a educação e o conhecimento são fundamentais na base da autoconstrução do ser humano. Sousa (2011) refere, no seu estudo, que a profissão de agente de geriatria se encontra na dependência de oferta de formação adequada para a função, de quadros organizacionais que implementem planos de formação para os seus profissionais. Nestes processos, é de considerar que esta matéria não tem sido de elevado interesse dos decisores políticos, existindo escassez de profissionais, remunerações baixas, assim como ausência de promotores de estabilidade e

dignificação da profissão (Potter *et al.*, 2006), o que afeta a qualidade da prestação de serviços.

O Decreto-Lei n.º 37/2015, de 10 de março, que estabelece o regime de acesso e exercício de profissões e de atividades profissionais, no seu preâmbulo, reforça a importância da qualificação profissional:

a existência de formação regulamentada visa promover o ensino e a qualificação profissional, bem como potenciar a eficiência e transparência do respetivo sistema [...] a aposta na formação e qualificações profissionais é condição essencial de desenvolvimento da capacidade competitiva das empresas, da promoção da produtividade e da empregabilidade e, desse modo, da melhoria das condições de vida e de trabalho, de defesa da coesão social e de promoção da igualdade de oportunidades.

O caminho da aprendizagem, da pedagogia e da promoção social mantém um vazio na inclusão da importância destes profissionais, enquanto profissão visível e valorizada. Será um esquecimento indiferente ou poderá ter intrinsecamente um real fundamento para o esquecimento e manutenção da desvalorização, sobre uma profissão que tem potencial de se transformar e associar coletivamente, tornando-se numa das mais importantes profissões no que respeita ao desenvolvimento da prestação direta de cuidados das pessoas idosas?

A formação profissional, segundo Cardim (1999, p. 36), inscreve-se no “sistema educativo quando é promovida pelo Ministério da Educação e no mercado de emprego quando é realizada (ou tutelada) pelo Ministério do Trabalho e da Solidariedade, por outros ministérios sectoriais, e por outras entidades”. A formação profissional, quando ministrada nas escolas secundárias, enquadra-se na modalidade especial do sistema educativo. Estes cursos ministrados neste sistema dão acesso a diploma do ensino secundário e de qualificação profissional.

No que respeita ao Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP), a oferta de formação profissional tem vindo a aumentar e a diversificar-se, como é o caso dos exemplos a seguir descritos: Medida de Vida Ativa (VA), Formação Modular, Aprendizagem, Cursos de Educação e Formação para Adultos (EFA).

Os cursos de formação em agente de geriatria têm vindo ao longo dos tempos a ter mais opções, sendo esta uma medida para colmatar as necessidades do mercado de trabalho (Cardim, 1999), oferecendo uma diversidade quer de qualificação quer nas suas designações para o desempenho da mesma função. Como se pode analisar através do

site do IEFP⁶, são apresentadas as seguintes possibilidades de formação: Assistente Familiar e de Apoio à Comunidade; Agente de Geriatria; Técnico de Geriatria; Técnico de Apoio Familiar e de Apoio à Comunidade; Apoio Familiar e à Comunidade – cuidados básicos: alimentação e higiene; Geriatria – Práticas de alimentação e animação; Geriatria – Práticas de higiene e alimentação no domicílio.

O Catálogo Nacional de Qualificações (CNQ) é um instrumento de “gestão estratégica das qualificações”⁷ de nível não-superior, regulador da oferta formativa, assim como da dupla certificação. O CNQ desenvolve-se através de uma

lógica de dupla certificação, integrando, para cada qualificação, um conjunto de referenciais de âmbito escolar e profissional de acordo com os níveis do Quadro Nacional de Qualificações: o perfil profissional, o referencial de formação e o referencial de competências. (site do CNQ)⁸

Contém trezentas e vinte e três possibilidades de qualificação de diversos cursos, com sete mil trezentas e setenta e oito unidades de formação de curta duração. Já no que respeita à oferta de formação profissional em agente de geriatria, o Instituto de Emprego e Formação Profissional apresenta à data da pesquisa cento e duas ofertas, a nível nacional.

Na formação em agente de geriatria é possível verificar que os níveis de certificação contemplados nas qualificações, neste catálogo, têm uma correspondência: ao 9.º ano de escolaridade e nível II de formação profissional; ao 12.º ano sendo este de nível III; igualmente ao 12.º ano de escolaridade sendo de nível IV. Estes variam de acordo com a modalidade de educação e formação.

Do que se pode analisar da informação constante no Instituto de Emprego e Formação Profissional sobre os cursos de formação disponíveis, a sua certificação pode ser:

– 9.º ano de escolaridade e nível II, com 2010 horas de curso e com habilitações mínimas de acesso o 6.º ano de escolaridade;

– Nível II com 1110 horas de curso e com habilitação mínimas de acesso o 9.º ano de escolaridade;

⁶ Link <https://iefponline.iefp.pt/>. Consultado em 02.04.2020

⁷ Link [CNQ – Catálogo Nacional de Qualificações – DGERT](#). Consultado em 25.09.2021

⁸ Link [CNQ – Catálogo Nacional de Qualificações – DGERT](#). Consultado em 25.09.2021

– 6.º ano com nível I, com 815 horas de curso e habilitações mínimas de acesso o 4.º ano de escolaridade.

É possível também analisar que os perfis de agente de geriatria e de técnico de geriatria são muito similares, apesar dos referenciais de formação apresentarem bastantes diferenças. Contudo estas diferenças na altura de contratação destes profissionais não diferem nas exigências realizadas aos profissionais.

No fundo não há coerência no quadro normativo referente às carreiras e nos referenciais de formação que definem os agentes de geriatria e os técnicos de geriatria, assim como nas eventuais expectativas de carreira destes profissionais. Poderá advogar-se a importância de se considerar que, independentemente da escolaridade mínima de acesso aos cursos, os referenciais, as competências exigidas deveriam ser idênticas e não diferirem de forma tão díspar. Quem contrata estes profissionais corre o risco de não estar a contratar a qualificação que a prestação de cuidados exige, o que poderá ter um impacto na responsabilização organizacional, na gestão dos recursos humanos e na prestação de contas associada aos valores sociais e às pessoas que usufruem dos serviços.

Esta situação não deixa de colocar desafios aos profissionais das instituições, nomeadamente aos assistentes sociais que se encontram em funções de gestão.

Embora existam várias ofertas de formação, muito autores nos seus estudos têm vindo a concluir que os agentes de geriatria são profissionais pouco qualificados e com escassas competências que possam ser reconhecidas para o exercício da profissão (Sousa, 2011). Menne, Noelker e Jones (2007) e Souza (2014) corroboram que estes profissionais têm formação insuficiente, não estando capacitados para atender às exigências dos cuidados a prestar, acrescentando que são mal remunerados e com excesso de trabalho, sendo fundamental que estes profissionais tenham participação em cursos de qualificação na área da gerontologia.

Uma vez que este é o panorama transversal apresentado na literatura analisada, Dutra, Mazini e Silva (2018) salientam que no estudo por eles concretizado, 56% dos entrevistados eram cuidadores formais, sendo que estes eram os profissionais menos qualificados, não possuindo formação prévia ou tendo uma formação técnica de até 20 horas.

Quaresma e Graça (2006, pp. 189-190), no que respeita à formação, referem que é necessária uma

definição de referenciais programáticos, a adequar em função do tipo de formação – inicial, contínua, especializada ou pós-graduada e em função do perfil, funções e competências/capacidades a adquirir pelos profissionais através do processo formativo. A qualificação dos recursos humanos constitui uma estratégia incontornável face ao imperativo ético de garantir intervenção qualificada, por sua vez indissociável de práticas de gestão de recursos humanos exigentes e realistas, centradas no conhecimento.

Moniz-Cook *et al.* (1998, p. 156), no estudo realizado a três estruturas residenciais, concluem que a formação produz efeitos inicialmente, não se projetando no futuro devido à ausência de continuidade da aprendizagem e de supervisão.

The training programme helped staff to manage difficult behaviour in the short term, but was not extensive enough to maintain its effects a year later. Training achievements might have been maintained if staff had received regular consultation sessions.

A aprendizagem é um processo ativo e a experiência não cria automaticamente aprendizagem; segundo Thompson, (2002, p. 68), “the amount of experience is therefore not a reliable indicator of learning”. A aprendizagem é responsabilidade de cada um, tendo cada indivíduo responsabilidades no seu processo de aprendizagem.

5.1.5. COMPETÊNCIAS E CAPACIDADES NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS BÁSICOS

A atenção desfocada da política social sobre os agentes de geriatria tem vindo a revelar-se contraditória, atendendo à importância que o envelhecimento tem vindo a ter nos debates do quotidiano.

Silva *et al.* (2015, p. 343) referem ser necessária uma “formação profissional adequada, implicando a estruturação de cursos de formação que abarquem conteúdos curriculares pertinentes às habilidades e competências esperadas de um cuidador”. Born (2006, s: i), no seu estudo, identifica habilidades e qualidades que devem ser desenvolvidas pelos agentes de geriatria:

– Habilidades técnicas: conjunto de conhecimentos teóricos e práticos, adquiridos por meio da orientação de profissionais especializados, como meio de preparação para a prestação de cuidados.

- Qualidades éticas e morais: fundamentais para a relação de confiança, dignidade, respeito, com capacidade de assumir responsabilidades com iniciativa.
- Qualidades emocionais: domínio e equilíbrio emocional, facilidade de relacionamento humano, capacidade de compreensão de momentos difíceis vivenciados pela pessoa, ser tolerante perante situações de frustração pessoal.
- Qualidades físicas e intelectuais: ser uma pessoa saudável, incluindo força e energia. Ser capaz de avaliar e solucionar situações que envolvam ações e tomada de decisões.
- Motivação: é fundamental considerarem a prestação de cuidados como um compromisso.

Com base nas capacidades e habilidades evidenciadas, Silva *et al.* (2015, p. 352) referem que “administrar medicamentos, dar banhos e realizar a alimentação nas horas certas não habilita, necessariamente, o indivíduo para cuidar de idosos”. O conhecimento só por si não é suficiente, sendo necessário conjugar as habilidades ou capacidades para a concretização de tarefas profissionais (Thompson, 2003).

O processo de aprendizagem e o desenvolvimento profissional contínuo levam a um aumento da confiança, podendo esta traduzir-se em maior satisfação no desempenho profissional, o que leva a um maior estímulo e motivação. Para Davies *et al.* (1999), os lares apresentam resultados positivos, através da formação profissional, no planeamento de cuidados às pessoas idosas, na partilha entre os diversos participantes, na aquisição de competências ao nível da assertividade e autonomia, assim como um maior desenvolvimento pessoal e profissional.

As competências e as capacidades que os agentes de geriatria devem adquirir com a formação encontram-se descritas no Catálogo Nacional das Qualificações e na ANQEP. Esta descrição difere consoante o grau de certificação: nível dois, a que corresponde o agente de geriatria, e nível quatro, a que corresponde o técnico de geriatria.

No perfil de saída encontra-se descrito:

- Para o técnico de geriatria: “prestar cuidados de apoio direto ao idoso, em contexto domiciliar e institucional, contribuindo para o seu bem-estar biopsicossocial, tendo em consideração os objetivos definidos pela equipa técnica local e os princípios deontológicos de atuação”.

– Para o agente de geriatria: “prestar cuidados de apoio direto a idosos, no domicílio e em contexto institucional, nomeadamente, lares e centros de dia, zelando pelo seu bem-estar físico e psicológico, de acordo com as indicações da equipa técnica e os princípios deontológicos”.

Ao analisar os perfis de saída, os mesmos não sugerem diferenciação, sendo muito similares, variando somente na sua nomenclatura.

As competências⁹ a adquirir diferem consoante o nível de certificação, mas esta distinção desorganiza e complexifica a atividade profissional, tornando-se um campo cinzento no que respeita à contratação destes profissionais. Esta diferenciação de aquisição de competências não permite uma leitura clara e transparente da própria atividade profissional, criando dúvidas sobre todo o processo de formação que está na base desta atividade profissional.

Nilsson, Andrén e Engström (2014) referem que os cuidadores que não têm ou têm pouca formação devem ser devidamente identificados para que lhes seja dada a possibilidade de desenvolverem competências através da formação, quer prática quer teórica. Barbosa *et al.* (2011), num estudo concretizado numa instituição particular de solidariedade social, com cuidadores formais, referem que deveriam ser desenvolvidos programas de formação que tenham como objetivos o desenvolvimento de competências, mas também de estratégias, para capacitar os cuidadores a lidar com o stresse e a sobrecarga emocional.

Segundo Proctor *et al.* (1998, p. 68), a formação e o planeamento são fatores que permite diminuir o stresse nos prestadores de cuidados, mas é necessário o desenvolvimento ao longo dos tempos de sessões de intervenção sobre o stresse, de forma a analisar os seus efeitos.

Para Ribeiro *et al.* (2009, p. 873), “a formação em serviço destaca-se como uma importante alternativa para a qualificação dos cuidadores de idosos, principalmente ao se considerar a forma de inserção destes profissionais nas instituições”. Assim, a capacitação dos agentes de geriatria deveria constituir-se como uma diretriz da política de cuidados em Portugal.

⁹ As competências encontram-se descritas na lista de anexos.

6. METODOLOGIA E CAMPO EMPÍRICO

Este capítulo pretende apresentar o enquadramento metodológico deste estudo, tendo como objetivo clarificar todo o percurso que resultou neste trabalho. Aqui são explicadas as opções metodológicas, apresentando-se o paradigma e contextualizando as escolhas das estratégias seguidas na pesquisa, as técnicas de recolha de dados e a subsequente análise dos resultados obtidos.

Seguidamente apresenta-se o caso em estudo, realizando-se a caracterização do campo empírico. É feita uma breve abordagem à organização, seguida de uma caracterização dos lares estudados, das assistentes sociais em funções de direção técnica em lar, participantes no estudo, dos agentes de geriatria em funções nos lares em estudo e dos que aceitaram fornecer dados para a caracterização do perfil de agente de geriatria.

O conhecimento científico pretende ir além dos factos, e através da análise entre as suas relações procura explicá-los, ampliando assim o conhecimento (Galliano, 1979). A produção de conhecimento num campo de atuação privilegiado do Serviço Social, como o é a gestão de lar para pessoas idosas, enquanto profissão de relação, constitui-se como uma oportunidade para ampliar o conhecimento na ótica do contributo e da afirmação na humanização dos serviços e da relação de cuidado, tendo em consideração a pouca produção científica nesta linha de investigação. Para alguns autores, como Fortin (2009) e Marconi e Lakatos (2003), a investigação é um processo sistemático e rigoroso que leva a novos conhecimentos. Fortin (2009), que advoga que a investigação é um método de aquisição de novos conhecimentos, ao pretender demonstrar o conhecimento de uma profissão no seu campo de atuação. Bogdan e Biklen (1999, p. 48), referem que “os investigadores qualitativos frequentam os locais de estudo porque se preocupam com o contexto. Entendem que as ações podem ser mais bem compreendidas quando são observadas no seu habitual de ocorrência”.

Esta pesquisa insere-se no paradigma qualitativo, permitindo ao investigador orientar, descrever, interpretar e apreciar o meio e o fenómeno tal como estes se apresentam; é o método compreensivo da realidade (Minayo *et al.*, 2002; Fortin, 2009; Freixo, 2011). O desenvolvimento da abordagem qualitativa assentou numa recolha de dados empíricos num território onde o Serviço Social tem uma atuação privilegiada, incidindo

nos princípios e nos valores do Serviço Social que se encontram presentes na relação de cuidado e na gestão concretizada pelo assistente social.

Esta pesquisa baseou-se, assim, na prática e na teoria em ação, através de uma relação dialética, procurando através desta uma produção de conhecimento reflexivo e crítico, compreendendo a realidade e contribuindo para a qualificação da intervenção dos assistentes sociais na humanização da relação de cuidado. Enquanto investigação qualitativa, reveste-se de uma abordagem abductiva, uma vez que “[...] na abdução passa-se da observação de certos factos para a suposição de um princípio geral que dê conta dos factos” (Silva, 2006/2007, p. 15). Ou seja, enquanto processo de retroalimentação, partiu-se do campo empírico para as questões do estudo.

6.1. QUESTÕES ÉTICAS

A investigadora, no desenvolvimento de todo o processo de investigação, teve sempre presente a preocupação de respeitar a confidencialidade dos dados recolhidos. Assim, considerando os princípios éticos da investigação, foi assegurada a total confidencialidade da organização, dos lares e de todos os intervenientes. A estes cuidados acresce ainda a preocupação de no desenvolvimento do estudo não se fazer uma descrição pormenorizada da organização, tendo sido escolhida a informação possível de partilhar.

No processo de confidencialidade, a investigadora teve o cuidado de que nenhum participante fosse reconhecido. Deste modo, nas transcrições apresentadas na investigação, houve a necessidade de cuidadosamente apresentar as que não iriam identificar os intervenientes, considerando as suas características, perfil de comunicação e jargão próprio de fácil reconhecimento. Assim, todos os intervenientes são identificados através de códigos, tal como já referido.

Ao nível da observação realizada, esta respeitou todas as regras de higiene e segurança de acordo com a época de pandemia vivida. De igual modo, não foi realizada observação da relação de cuidado no que respeita à prestação de cuidados básicos, de modo a respeitar a privacidade das pessoas idosas.

Foram levados a cabo todos os pedidos para a realização da investigação, assim como asseguradas as assinaturas de consentimento livre e informado. Foram fornecidas

todas as informações sobre o estudo, dando a possibilidade a cada pessoa de poder fazer a sua escolha.

6.2. DESENHO DA PESQUISA EMPÍRICA

A investigação desenvolveu-se através de um estudo de caso, com incidência em três lares para pessoas idosas. O estudo de caso é uma estratégia de investigação utilizada em diversos campos, incluindo a ciência política e a pesquisa de administração pública, a psicologia e a sociologia, as organizações e os bairros. Esta estratégia pode aumentar o entendimento de fenómenos sociais complexos. O estudo de caso pode ter um carácter exploratório, descritivo e explanatório (Yin, 1994; Burns, 2000; Freixo, 2011; Coutinho, 2011; Bryman, 2012). Utiliza-se o estudo de caso quando se pretende explorar e descrever fenómenos característicos de uma população ou grupo e identificar relações (Fortin, 2009, p. 137).

O estudo de caso consiste na exploração de um caso que “se reveste de um interesse muito especial, [...] da particularidade e complexidade de um único caso” (Stake, 2012, p. 11). É um estudo intensivo de uma simples unidade, de um caso, podendo ser individual, em família, em grupo, comunidade ou cultural, assemelhando-se com a observação naturalista ou científica, que exige do investigador uma atitude mais interventiva. Segundo Stake (2012, p. 18), “o caso é uma coisa específica, uma coisa complexa e em funcionamento”.

Para Yin (2003, p. 32), o estudo de caso é “uma investigação empírica que investiga um fenómeno contemporâneo dentro do seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenómeno e o contexto não estão claramente definidos”. O estudo de caso é alvo de algumas críticas, como refere Yin (2003, p. 29), sendo uma delas a de que não são estudos que se possam generalizar; contudo, o estudo de caso respeita uma amostragem por caso única, sendo realizada uma descrição profunda, abrindo pistas para explorações futuras (Guerra, 2014, pp. 44-45). Ao pretender-se um entendimento aprofundado, repleto de significado para o sujeito, os esforços são concentrados no processo e não no resultado (Burns, 2000, pp. 459-460), centrando-se na singularidade circunstancial e não nas obscuridades da representação em massa.

Com a estratégia delineada, definiu-se a abordagem empírica a realizar. “A realidade complexa do que ocorre num lar de idosos, com uma multiplicidade de fatores e

variáveis, que agem e interagem ao mesmo tempo, só é possível ser explorada se nos colocarmos no meio da cena investigada” (Cordeiro, 2008, p. 381).

Objetivos da pesquisa

A abordagem empírica a realizar incidiu num dos campos de atuação onde o Serviço Social se tem vindo a afirmar: os desafios da gestão técnica em respostas sociais para pessoas idosas, mais concretamente em lares para pessoas idosas.

Para o desenvolvimento da investigação foi escolhida uma organização do terceiro setor, sendo um dos seus âmbitos de atuação a intervenção a população idosa. O estudo teve lugar em três lares pertencentes à organização escolhida, todos eles situados na cidade de Lisboa. A opção relativamente à área geográfica teve por base o levantamento realizado através da Plataforma da Carta Social, que permitiu aferir que é em Lisboa que se concentra o maior número de respostas de Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas – 393 estruturas, com apoio a 13 405 pessoas, sendo Lisboa a área metropolitana que tem maior concentração de pessoas idosas (Meireles, 2016). Nesta opção foi também considerada a proximidade que a investigadora tem à organização e à área geográfica, enquanto fatores facilitadores do desenvolvimento da investigação realizada.

Deste modo, pretendeu-se com esta pesquisa questionar como é que as práticas de gestão desenvolvidas pelos assistentes sociais, em funções de direção técnica em lar, contribuem para o desenvolvimento da relação de cuidado humanizada desenvolvida pelos agentes de geriatria.

Mais especificamente, procurou-se:

- a) Compreender e explicar os modelos e as práticas de atuação dos assistentes sociais na gestão e liderança em lar;
- b) Situar padrões éticos, teóricos e metodológicos implementados pelos assistentes sociais na gestão de lar;
- c) Analisar como se desenvolve a relação de cuidado prestada pelos assistentes sociais e pelos agentes de geriatria;
- d) Compreender os contributos das práticas dos assistentes sociais na relação de cuidado e a correlação com as práticas dos agentes de geriatria;

- e) Analisar as interações e as influências das práticas desenvolvidas pelos assistentes sociais e pelos agentes de geriatria.

No desenvolvimento do processo reflexivo, outras questões complementares foram surgindo:

- Em que medida é que os referenciais do Serviço Social estão incutidos na gestão e na liderança desenvolvida pelo assistente social em funções de direção técnica?
- Quais os tipos de liderança desenvolvidos pelos assistentes sociais?
- Que importância é atribuída à relação de cuidado na sua multidimensionalidade?
- Qual a interdependência entre o processo de gestão e o desenvolvimento de uma relação de cuidado humanizada?
- Quais os modelos de cuidado vigentes e de que forma estes convergem com os valores e os princípios do Serviço Social?

Sujeitos

Tendo em consideração o desenvolvimento do estudo assente num paradigma qualitativo, de compreensão e interpretação da realidade, a escolha dos sujeitos foi realizada por conveniência, não probabilística e por seleção racional, na qual os elementos “são escolhidos por causa da correspondência entre as características e os objetivos do estudo” (Freixo, 2011, p. 185). O mesmo é dizer que os elementos selecionados são socialmente significativos para os objetivos da pesquisa (Guerra, 2014). Para os estudos qualitativos “a partir de amostras muito pequenas [...] não se trata de amostras representativas no sentido probabilístico do termo [...], é preferível questionar-se em que medida estas pessoas são suscetíveis de fornecer dados válidos [...]” (Forin, 2009, p. 156), pretendendo-se, assim, desenvolver a representatividade social.

Face ao exposto, considera-se importante a narrativa das assistentes sociais em funções de direção técnica em lar, de forma a desenvolver-se a explicação e interpretação da realidade através das suas perceções, enquanto processo analítico, permitindo “tornar objetiva a subjetividade” (Guerra, 2006, p. 31).

Como já referido, a investigação teve lugar em três lares para pessoas idosas. Os sujeitos selecionados foram:

- Três assistentes sociais no desempenho de funções de direção técnica em lar,
- Cinquenta e sete agentes de geriatria, em funções nos três lares em estudo, para a realização do perfil dos agentes de geriatria. Dos cinquenta e sete agentes de geriatria, foram entrevistados seis.

Foram definidos como critérios de inclusão para os assistentes sociais:

- a) Ser assistente social em funções de direção técnica em lar;
- b) Desempenharem as funções de direção técnica no mínimo há três anos.

O critério de seleção para os agentes de geriatria que foram entrevistados foi:

- a) Desempenharem funções nos lares selecionados para o estudo há mais de três anos, sendo que
 - Três agentes de geriatria com desempenho de funções de três a nove anos;
 - Três agentes de geriatria com dez ou mais anos.

Foram selecionados dois agentes de geriatria de cada lar, que correspondiam aos critérios. A seleção foi realizada pela diretora técnica de cada lar, considerando os agentes de geriatria que se encontravam a trabalhar no turno correspondente com o dia e a hora da entrevista e que deram o seu consentimento para a realização da mesma.

Assim, foram realizadas no total nove entrevistas:

- Três às assistentes sociais em funções de direção técnica em lar;
- Seis às agentes de geriatria em funções nos três lares do estudo.

Foram realizados sessenta questionários (três às assistentes sociais em funções de direção técnica e cinquenta e sete aos agentes de geriatria para caracterização do perfil em presença).

Recolha de dados

Toda a discussão teórica realizada abriu um caminho de reflexão na construção do processo investigativo. Deste modo, a recolha dos dados empíricos, na exploração das práticas dos atores, desenvolveu-se através de: i) duas entrevistas semiestruturadas; ii) de dois inquéritos por questionário de autopreenchimento e iii) de observação no contexto de lar. Assim, procedeu-se ao desenvolvimento de guiões de entrevista semiestruturada e de questionários, como instrumentos de suporte à recolha de informação, como adiante se tratará em maior detalhe. A observação no contexto dos lares não respeitou nenhuma grelha prévia de registo, tendo sido realizada uma observação livre com o objetivo de observar as interações ocorridas no lar no seu todo. Posteriormente, realizou-se uma caracterização através da análise do ambiente relacional, das interações e das dinâmicas que ocorreram durante o período da observação, numa linha temporal de cerca de seis horas cada, sendo elaborada uma grelha de análise com base nos dados observados.

Assistentes Sociais

As três entrevistas semiestruturadas realizadas às assistentes sociais tiveram como objetivo colher dados, pretendendo-se compreender a significação dada a um acontecimento ou a um fenómeno (Fortin, 2012). As entrevistas foram realizadas num local escolhido pelos entrevistados. No caso das assistentes sociais, a escolha foi entre o gabinete de trabalho e uma sala de atividades desocupada no momento. As assistentes sociais entrevistadas já conheciam a investigadora, pelo que as entrevistas decorreram num ambiente acolhedor, embora com a preocupação de corresponder da melhor forma possível às questões colocadas.

O questionário é um dos instrumentos usados para a recolha de dados e que habitualmente é preenchido pelo próprio (Fortin, 2009; Freixo, 2011). Os questionários aplicados às assistentes sociais seguiram a escala de Likert, que “[...] consiste em pedir aos sujeitos que indiquem se estão mais ou menos de acordo ou em desacordo relativamente a um certo número de enunciados, escolhendo cinco respostas possíveis” (Fortin, 2009, p. 257). Os questionários foram de autopreenchimento, tendo sido enviados aos participantes por via correio eletrónico, tendo sido devolvidos pela mesma via. Estes questionários pretenderam recolher informação sobre a organização e a sua estratégia de liderança, assim como a estratégia de liderança do assistente social, sendo o questionário um complemento às entrevistas realizadas. Possibilitaram uma

melhor compreensão sobre a missão, os objetivos e a cultura assentes na dignidade humana, assim como sobre os procedimentos operacionais alinhados com a humanização do serviço.

Agentes de Geriatria

Foram realizadas seis entrevistas semiestruturadas, estas foram realizadas no local de trabalho de forma a facilitar a participação dos agentes de geriatria, foram realizadas num fim-de-semana, em sala privada, sendo privilegiada a privacidade das entrevistadas. Segundo Guerra (2014, p. 60), “o controlo do território da entrevista coloca o entrevistado mais à-vontade e permite-lhe também uma melhor gestão do tempo se a entrevista for longa”. As entrevistas foram aplicadas consoante o ritmo de cada entrevistada, sendo as questões colocadas conforme o raciocínio e o decorrer da entrevista, sem respeitar obrigatoriamente a mesma ordem. As perguntas realizadas permitiram aos profissionais desenvolver uma reflexão sobre os assuntos abordados. As entrevistas, ao potenciarem a reflexão e a interação da recolha de dados, “devem ser consideradas como elemento da própria interpretação dos dados” (Pinto, 2011, p. 328). Uma das agentes de geriatria, já conhecia a investigadora o que permitiu um grande à-vontade por parte da mesma no decorrer da entrevista.

Os questionários foram de autopreenchimento, tendo sido enviados aos participantes por via correio eletrónico, tendo sido devolvidos todos juntos em suporte de papel e em envelope fechado, sem identificação dos participantes. O questionário foi assente primordialmente num conjunto de perguntas fechadas que permitissem a realização de uma caracterização geral, relacionada com a idade, o sexo, a escolaridade, o estado civil, a formação e o motivo da escolha da profissão, permitindo o perfil em presença. Uma pergunta aberta destinava-se a diagnosticar as percepções destes relativamente ao impacto da motivação para a profissão no seu desempenho e outra visava sobre a profissão que gostariam de ter tido.

Tendo em conta os objetivos desta pesquisa, e uma vez que a observação direta tem por objetivo “descrever os componentes de uma dada situação social” (Fortin, 2009, p. 241), foi dado particular relevo à observação direta das dinâmicas e interações ocorridas, da relação de cuidado e das interações entre as pessoas, com o intuito de as analisar, descrever, relacionar, compreender e interpretar.

A observação foi desenvolvida em todos os lares do estudo, havendo a possibilidade de observar diversas dinâmicas. A observação, num total de vinte e uma horas, ocorreu em horários diferentes, mas em todos os lares observados foi possível analisar as dinâmicas, interações, relações e atividades, formas de estar e de agir. Foi ainda possível observar as dinâmicas ocorridas durante as refeições, tendo sido observadas as seguintes refeições, embora divididas pelos lares: pequeno-almoço, almoço, lanche e jantar, assim como algumas atividades e rotinas do quotidiano. Deste modo, a observação decorreu das 08h00 às 15h00 num lar, das 16h00 às 21h00 e das 08h00 às 11h00 noutro lar, e, por fim, das 12h00 às 18h00 num outro. As horas de observação respeitaram as disponibilidades dos lares estudados, ressaltando-se a saturação da observação.

Foram ainda pesquisadas e analisadas várias fontes documentais da organização em estudo, nomeadamente: os estatutos; relatórios da organização; o plano de atividades e o orçamento 2021; o código de boas práticas; a política organizacional de diversidade da organização; o caderno de encargos alimentar; o regulamento de lar; o manual de procedimentos em lar; os acordos coletivos de empresa; e o catálogo de competências dos profissionais. A investigadora participou ainda em alguns encontros e seminários realizados pela organização, tendo visualizado entrevistas na comunicação social e nas redes sociais de profissionais com exercício de funções ao nível de cargos dirigentes.

Procedimentos de análise

O tratamento dos dados recolhidos foi realizado com base na análise de conteúdo, sendo categorizado por dimensões, que permitiram a análise das entrevistas, recorrendo à análise de sinopse, com construção de grelha de análise categorizada por dimensões.

Foram tomadas, pela autora desta pesquisa, múltiplas precauções, no sentido de garantir o anonimato da organização e de todos os inquiridos. Deste facto resulta que não se caracteriza a mesma ao longo deste estudo, nem se faz menção das fontes documentais da própria organização nas referências bibliográficas. Como forma de garantir o anonimato dos inquiridos, foi atribuído um código a cada um: assistentes sociais – DT1, DT2, DT3; agentes de geriatria entrevistados de AG1 a AG6. Os questionários realizados aos cinquenta e sete agentes de geriatria, foram codificados de forma sequencial e consoante o lar – LA1 a LA18, LB1 a LB23, LC1 a LC16; os lares foram codificados - LA, LB e LC.

Para a análise dos dados recolhidos através das entrevistas, procedeu-se de acordo com a proposta simplificada da análise de conteúdo referida por Guerra (2014), com base em Poirier e Valladon (1983). Este processo iniciou-se com a transcrição das entrevistas, através da auscultação do registo áudio. As entrevistas foram ouvidas diversas vezes, sendo feita a sua passagem para texto, possibilitando assim construir o objeto de análise e interpretação (Pinto, 2011). Após a conclusão das transcrições, deu-se início ao processo das leituras, seguindo as anotações, sendo posteriormente realizadas as sinopses. A opção escolhida foi a colocação do próprio discurso dos entrevistados. Conforme refere Guerra (2014, p. 73), “há quem coloque desde logo na sinopse as frases que foram assinaladas na leitura inicial, de forma a poder recorrer a elas no momento da construção do texto [...]”, sendo posteriormente realizada a sinopse dos resultados recolhidos.

Este processo permitiu ler todas as entrevistas, fazendo comparações e analisando-as separadamente. Desta forma, procedeu-se à análise descritiva dos textos, sendo identificadas as temáticas abordadas e feita, conseqüentemente, a análise interpretativa, através do cruzamento da diversidade da informação e considerando os elementos teóricos e axiológicos que foram sendo a bússola da investigação.

A observação livre realizada foi posteriormente registada em grelha, tendo sido definidas dimensões e categorias de análise.

6.3. CARACTERIZAÇÃO DOS LARES ESTUDADOS

Os três lares estudados pertencem a uma organização do terceiro setor, com missão na realização da melhoria do bem-estar da pessoa no seu todo, prioritariamente dos mais desprotegidos. Assume como compromissos os: os direitos humanos, a ética, a transparência e a integridade, o rigor, os funcionários, a inovação, a sustentabilidade e a segurança.

De entre vários documentos, destaca-se o código de boas práticas, o qual refere que os trabalhadores devem seguir as regras legais e regulamentares aplicáveis à organização, desenvolvendo responsabilidades, com profissionalismo, eficiência e zelo, fazendo bom uso da autonomia que lhes é delegada para a prossecução dos objetivos da organização; devem respeitar e tratar civicamente todas as pessoas que a representam independentemente do cargo e da atividade que realizem, colaborando e contribuindo para manter um bom clima organizacional e boas condições de trabalho; devem, ainda,

cumprir as regras de respeito pela segurança e saúde, ter disponibilidade para aumentar e reciclar conhecimentos, aptidões e competências e serem ativos na prossecução da garantia da prestação laboral mais eficaz e eficiente.

Os três lares estudados situam-se, como já referido, na cidade de Lisboa. Da observação realizada aos três lares do estudo foi possível analisar os espaços ao nível do edificado, as suas características e o seu potencial. Analisou-se ainda o seu ecossistema, considerando a comunicação, o ambiente relacional e as interações entre todas as pessoas (pessoas idosas institucionalizadas e funcionários internos e externos) que se encontravam no lar no momento das observações. Foi também possível analisar o ambiente relacional entre todos.

De seguida, apresenta-se uma caracterização de cada um dos lares observados, com base no edificado e nas suas características, não sendo os mesmos identificados, nem mesmo de forma codificada, como reforço das medidas de anonimização:

– Espaço térreo, com corredores largos e adequados à mobilidade de pessoas que se deslocam através de produtos de apoio ou que necessitam de apoio na deambulação. Este espaço constitui-se como um espaço adequado para as interações e conexões diárias, permitindo fluidez e com grande potencial de interação para o desenvolvimento das relações no ecossistema do lar. Os quartos são amplos, com casa de banho adaptada incorporada, podendo ser individuais ou duplos, manifestando potencial enquanto espaço de privacidade. O edifício inclui cabeleireiro, ginásio, salas de atividades e salas comuns, sala de refeições, cozinha, lavandaria, diversos gabinetes, entre outros. Foi observado que existem diversos espaços de convívio ou lazer, havendo uma sala para ver televisão e uma outra sala para a realização de atividades. O espaço exterior com jardim apresenta um elevado potencial para a realização de diversas atividades ou lazer, quer programadas quer por iniciativa das pessoas idosas.

– O edifício, em altura, é dividido por andares, apresenta espaços amplos, generosos e facilitadores da interação em conjunto e contemplando, em simultâneo, a possibilidade de maior privacidade e individualização, com espaços generosos. Os quartos são amplos e com casa de banho incorporada, podendo ser individuais, duplos ou triplos. No caso dos quartos triplos, o espaço observado já não privilegia a privacidade da pessoa. Contempla sala de refeições, cabeleireiro, ginásio e salas de atividades, diversos gabinetes, cozinha e lavandaria, entre outros. Foi observado que a sala de estar e de convívio permite um espaço para ver televisão, um espaço para a realização

de atividades e um espaço para as pessoas com maior dependência, onde podem interagir com todos e onde os funcionários podem realizar uma maior supervisão de todas as pessoas.

- O edifício apresenta-se, em altura, dividido por andares, com corredores adequados à mobilidade de pessoas que se deslocam através de produtos de apoio ou que necessitam de apoio na deambulação. Os quartos são amplos, podendo ser duplos ou triplos, sendo que no caso do triplo a privacidade da pessoa já se encontra mais comprometida. As casas de banho localizam-se no corredor, tem sala de refeições, sala de atividades, diversos gabinetes e cozinha. A lavandaria, apesar de se encontrar no espaço do lar, localiza-se noutra edifício. Há ainda um espaço de quintal onde são cultivados produtos hortícolas que são utilizados para a confeção das refeições. Foi observada a existência de diversos espaços comuns de áreas pequenas, o que pode de alguma forma comprometer o convívio, a interação e a comunicação.

No cômputo geral, os lares encontravam-se bem organizados, com espaços arrumados e com preocupações identificadas ao nível de uma higienização adequada. Da observação realizada, apurou-se um cuidado com a garantia de um ambiente salubre. Ao nível da organização do espaço e dos corredores, foi observado que um dos lares apresenta os produtos de apoio nos corredores e junto aos corrimãos, o que poderá ser um fator de bloqueio para as pessoas idosas com mobilidade condicionada.

É de referir que existem serviços que são fornecidos por empresas de *outsourcing* e que estes fornecimentos não são similares nos lares estudados. Há que ter em conta que um dos lares tem cozinha própria e uma horta de onde provêm produtos hortícolas que são usados para a confeção das refeições, conferindo uma lógica de sustentabilidade. Os lares dispõem de lavandaria, tendo pessoal afeto à mesma para o cuidado da roupa pessoal das pessoas idosas.

Nos lares são prestados diversos serviços: alimentação, administrativos, jardinagem, lavandaria, limpeza e transporte; cuidados de higiene, conforto e imagem, animação e lazer, terapia ocupacional e psicologia, saúde. O serviço tem o apoio de vários profissionais: administrativo(a), agentes de geriatria, animador(a) sociocultural, assistente social, médico(a) de clínica geral e familiar e médico(a) das especialidades, fisioterapeuta, massagista, enfermeiro(a), monitor, motorista, psicólogo(a), rececionista e terapeuta ocupacional.

É de realçar que apesar de serem todos lares da mesma organização, não existe um padrão nos profissionais, podendo não existir todas as áreas de conhecimento, nem todos os profissionais referidos em todos os lares. É dado como exemplo pelas entrevistadas os animadores socioculturais, os administrativos e os enfermeiros não estarem as 24 horas em todos os lares. Na maioria dos casos, os jardineiros e os cozinheiros fazem parte de empresas de *outsourcing*, à exceção de um lar, no qual os jardineiros e os cozinheiros fazem parte da equipa direta.

A observação realizada analisou igualmente o ambiente relacional existente nos lares. Assim, foram observadas diversas interações e dinâmicas, tendo sido possível analisar:

Quadro 9 - Dimensão relacional nos lares

LA	A relação observada foi percecionada como positiva, com ênfase na missão e no compromisso com o bem-estar da pessoa. Foram observadas diversas dinâmicas de relação empática, assim como diversos momentos de supervisão, apoio e monitorização por parte da diretora. A relação entre a equipa revelou-se de conexão e articulação, incluindo com os elementos externos à equipa. A equipa, no seu todo, revelou harmonia e tranquilidade com o compromisso de promover um ambiente saudável e de bem-estar às pessoas idosas. Foram percecionados diversos momentos de interação entre funcionários e as pessoas idosas que espelhavam preocupação, empatia e compromisso pela forma como se relacionavam, revelando uma missão clara e em equipa. Foram observados diversos momentos de relacionamento entre as pessoas idosas, quer na sala de convívio quer no momento da refeição observada.
LB	A relação observada foi percecionada como dual, existindo, por um lado, uma relação positiva e, por outro lado, o desenvolvimento de interações de forma menos harmoniosa. Foram observados momentos de interação com as pessoas idosas e entre a própria equipa com o objetivo de se conhecer melhor os percursos e as vivências das pessoas idosas institucionalizadas. Estes momentos desenvolveram-se através de uma relação de cuidado, atenta, com humor, na realização da promoção do bem-estar dessas pessoas. Foram igualmente observadas dinâmicas de descompromisso para com as pessoas idosas, tendo sido evidenciado por vários profissionais uma postura de tarefa e não de compromisso. Foi observada uma conversa entre um elemento da equipa e uma das pessoas idosas em que o profissional não conseguiu gerir o conflito derivado do estado de saúde da residente, tendo a conversa terminado com a exaltação do funcionário. Assim, existe um misto entre o desenvolvimento de uma relação de cuidado empática, de compromisso com as pessoas, tendo esta sido observada, mas, ao mesmo tempo, foram observadas interações em que esse compromisso não parece presente. A observação revelou existir uma relação de cuidados a doentes, o que projeta o modelo de cuidados para a dependência. Assim, analisou-se uma relação dual que revela o desenvolvimento de uma relação de empatia por alguns elementos da equipa. Observaram-se interações e relações entre os profissionais e as pessoas idosas institucionalizadas e entre a própria equipa. As pessoas idosas, na sua maioria, não interagem entre si de forma espontânea; a interação observada foi na atividade observada, necessitando de estímulo exterior para interagirem.

LC	A noção de equipa não sobressaiu na observação realizada, tendo sido observados vários elementos a trabalhar em simultâneo, não se sentindo uma relação de articulação entre os diversos elementos da equipa. Foi percecionada a ausência de uma missão clara e de uma equipa com o mesmo objetivo. A observação realizada a diferentes elementos, na sua interação com as pessoas idosas, revelou quer o desenvolvimento de uma relação de cuidado, atenta e com humor, na realização da promoção do bem-estar dessas pessoas, quer dinâmicas numa postura de tarefa e não de compromisso. A relação observada entre a equipa, no geral, deixou a perceção de serem peças que interagem, mas não se conectam. A relação entre as pessoas idosas foi praticamente inexistente, tendo sido observados vários momentos em que as pessoas se encontravam na mesma sala, mas sem interagirem umas com as outras. O único momento observado de interação foi na hora da refeição. A interação parece acontecer apenas através de estímulo, o que revela um comprometimento do ambiente relacional.
----	---

Fonte: Elaboração própria

Destaca-se da observação realizada que apesar de serem lares da mesma organização o compromisso evidenciado não é comum nos três lares, podendo destacar-se que o modelo de cuidados no que diz respeito ao desenvolvimento da relação de cuidado com entrega e empatia difere de lar para lar.

6.4. AS ASSISTENTES SOCIAIS EM FUNÇÕES DE DIREÇÃO TÉCNICA EM LAR

As três assistentes sociais entrevistadas desempenham funções de direção técnica em lar há mais de três anos. Todas são do sexo feminino, e com idades na faixa etária dos 50 aos 54 anos.

6.4.1. FORMAÇÃO INICIAL E PÓS-GRADUADA

Ao nível da formação, duas são licenciadas em Serviço Social e uma fez a licenciatura em Investigação Social aplicada ao Serviço Social, tendo posteriormente realizado formação pós-graduada em Serviço Social para a equivalência à licenciatura em Serviço Social. Estas profissionais terminaram a licenciatura nos anos de 1992, 1994 e 2004. Ao nível da formação pós-graduada, salienta-se a formação em Serviço Social, em Gestão de Equipamentos Sociais e de Saúde e em Terapia Familiar.

Todas as entrevistadas referiram ter formação complementar na área do envelhecimento e em gestão, sendo a formação em gestão administrada pela própria organização, em consonância com a legislação, e tendo em consideração a aprendizagem dos procedimentos implementados pela organização.

Ao nível da formação complementar, de uma forma global as diretoras técnicas referem ter feito formação em:

- Envelhecimento Ativo;
- Processo Maior Acompanhado;
- Saúde Mental na área do envelhecimento;
- Gestão Organizacional;
- Curso Envelhecimento Ativo;
- Modelo centrado na pessoa: Formação Humanidade;
- Princípios de Gestão Estratégica;
- Formação em Gestão Integrada para Dirigentes.

Vários autores (Kolb, 2004; Mali, 2013; Pinto, 2013; Ribeirinho, 2013; Luz, 2018) consideram fundamental o profissional ter formação especializada em gerontologia, dominando o conhecimento sobre os processos que decorrem do envelhecimento. A intervenção do Serviço Social gerontológico requer um conhecimento teórico, metodológico e prático, especializado, que capacite os profissionais para a alteração de mentalidades da sociedade, da organização, das equipas e das próprias pessoas idosas.

Tendo em consideração que o processo de envelhecimento advoga diversas exigências, conhecimentos e habilidades especializadas, os profissionais necessitam de estar capacitados com um conhecimento diversificado, e, portanto, a qualificação configura-se como essencial para uma atuação sólida de conhecimentos (Mali, 2013; Pinto, 2013), colocando a pessoa idosa num lugar de destaque sobre a aquisição de conhecimento na área do envelhecimento.

6.4.2. EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL NA ÁREA DO SERVIÇO SOCIAL

No que respeita aos anos de profissão, as assistentes sociais revelaram que desempenham a sua atividade profissional como assistentes sociais entre os dezanove e os vinte e oito anos. No que diz respeito aos anos de trabalho na organização, desenvolvem a sua atividade entre os quinze e os vinte e cinco anos. Concretamente na área da gerontologia, os anos variam entre os sete e os vinte e cinco anos. Em relação ao desempenho de funções de direção técnica em lar, desempenham esta

função entre os sete e os oito anos. Quanto ao lar onde atualmente desenvolvem a sua prática profissional, situa-se entre os dois e os cinco anos.

6.4.3. GOSTO PELA INTERVENÇÃO EM GERONTOLOGIA

As assistentes sociais foram questionadas sobre o gosto pela intervenção em gerontologia. Assim, destacam o gosto pela área do envelhecimento e o trabalho que desenvolvem com as pessoas idosas, contextualizando as aprendizagens e a gratificação como uma descoberta. Referem que o seu trabalho tem um impacto direto nas pessoas idosas, considerando que este se espelha no rosto destas pessoas e que o sorriso partilhado é o que as motiva diariamente.

Gosto, acho que temos muito a aprender com eles, para nós são sempre uma mais-valia, os conhecimentos que eles adquiriram ao longo da vida e que para nós vão dando algum encaminhamento para algumas situações [...] o trabalhar em ERPI para nós vimos os resultados muitas vezes através de um sorriso, obrigada, que é feito de imediato parte do utente, então acho que esse é o meu trabalho é o meu objetivo. (DT1)

Se não gostasse não estaria aqui certamente [...] Eu não sei até que ponto é que o facto de ter tido uma diretora tão vocacionada para a área da gerontologia não me terá influenciado. Considero que estou mais vocacionada e tenho intenção e gosto de continuar na área do envelhecimento [...] Nunca deixei de gostar daquilo que faço e muitas vezes quando me sinto cansada e stressada saio da cadeira vou ter com os residentes. (DT2)

A área de gerontologia era uma área que [...] não me dizia nada ou dizia-me menos do que agora. Quando eu fui para diretora de um lar [...] foi assim um desafio e eu senti-me em casa e gostei muito e achei que era todos os dias e eu recebia tanto dos residentes, eu senti que era uma área mesmo que eu gostava mesmo muito e que descobri, descobri nessa altura. Temos tantas coisas a ganhar nesta área, tantas e é preciso realmente, é preciso gostar porque se não se gostar é uma chatice e é mesmo preciso gostar e eu percebi que isso era uma coisa que me dava muito agrado e que me satisfazia muito e que me dava muito prazer. (DT3)

A partir da análise das entrevistas, salienta-se a elevada importância que as entrevistadas colocam no gosto pelo trabalho com as pessoas idosas, estando implícito que a motivação para o desempenho diário advém da satisfação, agrado, gosto e prazer.

6.5. OS AGENTES DE GERIATRIA – PERFIL EM PRESENÇA

Um dos objetivos do estudo é a realização do perfil dos agentes de geriatria dos lares em estudo. Deste modo, como já referido, procedeu-se à realização de um questionário de autopreenchimento.

6.5.1. FAIXA ETÁRIA E ESTADO CIVIL

Dos questionários aplicados aos cinquenta e sete agentes de geriatria, foi possível analisar que 95% são do sexo feminino e 5% são do sexo masculino.

No que respeita à faixa etária dos dados recolhidos, é possível verificar que 60% dos profissionais se encontram com idades acima dos 51 anos de idade.

Quadro 10 – Faixa etária

Faixa Etária	Mulheres	Homens	Total
31 aos 40	7		7
41 aos 50	15	1	16
51 aos 60	28	2	30
+ 60 anos	4		4
			57

Como verificado os homens integram as faixas etárias da maioria das mulheres, com maior expressão na faixa dos 51 aos 60 anos.

Quadro 11 - Estado Civil

Estado Civil	Mulheres	Homens	Total
Solteiro (a)	9	1	10
Casado(a)	19	1	20
Divorciado(a)	9		9
União Facto	4	1	5

Separado(a) de facto	4		4
Viúvo	9		9
			57

No que se refere à escolaridade, uma tem o primeiro ciclo, três realizaram o segundo ciclo e duas o secundário. Quatro são de naturais de Portugal, uma de Cabo Verde e outra do Brasil.

No que respeita às agentes de geriatria que foram entrevistadas estas apresentam um perfil convergente com o restante grupo, considerando que todas as entrevistadas são do sexo feminino, sendo as mulheres o grupo que têm maior expressão no grupo estudado, com idades compreendidas entre os 46 anos e os 62 anos, sendo a média de idades de 56,6 anos. Já ao nível do estado civil, pode verificar-se que 35% das mulheres são casadas, seguido de 19% solteiras, divorcidas e viúvas e 8% vivem em união de facto e são separadas de facto. Os homens 33% são solteiros, casados e em união de facto.

6.5.2. ESCOLARIDADE

No que respeita à escolaridade, é possível analisar, que 46% das mulheres detêm o ensino secundário, seguido de 18% com o 3º ciclo, 17% têm o 2º ciclo, 15% têm o 1º ciclo e 4% uma licenciatura. Os homens, 33% detêm o secundário, o 3º ciclo e o 1º ciclo.

Quadro 12 - Escolaridade

Escolaridade	Mulheres	Homens	Total
1º ciclo	8	1	9
2º ciclo	9		9
3º ciclo	10	1	11
Secundário	25	1	26
Licenciatura	2		2
			57

As agentes de geriatria entrevistadas convergem com o perfil do grupo, sendo que 50% tem o 2º ciclo, 35% tem o secundário e 15% tem o 1º ciclo.

6.5.3. A ESCOLHA DA PROFISSÃO E A OPORTUNIDADE DE MUDANÇA

No que diz respeito à escolha da profissão de agente de geriatria, 46% dos profissionais referem ter ido para a profissão por falta de outras oportunidades e por necessidade de trabalhar, 42% dos profissionais referem ter escolhido a profissão por gosto e 12% por terem sido orientados para a realização da formação.

Quadro 13 – Escolha da profissão

Motivo da escolha da profissão	
Falta de outras oportunidades	8
Necessidade de trabalhar	18
Orientados para formação realizar na área	7
Por ser uma profissão que já conheciam e que sabiam que gostavam	24

Os agentes de geriatria puderam refletir qual a profissão que gostariam de ter tido se tivessem possibilidade de ter escolhido. As respostas que mais se destacaram foram:

– 14% Agente de geriatria; 14% Enfermeiro(a); 9% Médico(a); 7% Professor(a); 6% Cabeleireiro(a).

Foi igualmente perguntado aos agentes de geriatria, se tivessem uma oportunidade de trabalho estável numa outra área profissional, se aceitavam trocar de profissão. A esta pergunta obtiveram-se as seguintes respostas:

- 54% dos profissionais responderam que sim;
- 44% responderam que não, acrescentando que neste momento já conhecem a profissão e gostam de a realizar;
- 2% não responderam.

Da análise realizada, é possível aferir que 42% dos profissionais referiram ter escolhido a profissão por gosto. Destes 42% profissionais, 55% referiram que mudariam de profissão se tivessem essa oportunidade. Destes 55% profissionais, 77% dos profissionais não escolhia ser agente de geriatria.

À pergunta “se tivessem podido escolher a profissão qual seria”, tal como já referido, 14% responderam que a escolha teria sido a mesma, agente de geriatria. Ao cruzar esta pergunta com a possibilidade de trocar para outra área profissional, 38% destes profissionais responderam que optavam por escolher outra atividade profissional.

Dos 42% dos profissionais que referiram ter escolhido a profissão porque gostavam, 26% referiram que agora não escolheriam outra área profissional.

Dos 32% agentes de geriatria que responderam que foram para a profissão porque precisavam de trabalhar, 25% referiram que neste momento não trocariam de profissão mesmo que pudessem.

Da análise geral, é possível inferir que a escolha pela profissão de agente de geriatria é, na sua maioria, por falta de outras oportunidades, conjugando com experiências pessoais e que se relacionam muitas delas com o cuidar de crianças e pelo desejo de cuidar ao nível da enfermagem e medicina. Contudo, como o percurso de vida não proporcionou essas oportunidades, a escolha recai sobre o ser agente de geriatria e cuidar de pessoas idosas.

Esta escolha da análise realizada permite duas leituras: por um lado, o gosto da profissão por entrega, dedicação e acomodação e, por esse motivo, já não existe um pensamento em sair para outra profissão; e, por outro lado, a frustração de não ser uma profissão que preencha as expectativas, quer no desempenho, quer no reconhecimento da mesma, o que faz com que, mesmo tendo sido uma profissão de escolha/preferência, se encontre em aberto a possibilidade de sair para outra profissão.

As agentes de geriatria entrevistadas no que respeita à escolha pela área da geriatria aconteceu por se assemelhar ao cuidado, sendo que a escolha seria ser agente de geriatria, cuidar de crianças, ser enfermeira ou professora, e a opção mais próxima de cuidar foi como agentes de geriatria, o que vem de encontro às opções da maioria do grupo. Uma das entrevistadas trabalhava numa fábrica e abandonou essa profissão para ser agente de geriatria, exercendo esta profissão há cerca de trinta anos. Outra

das agentes de geriatria considerou que poderia gostar e decidiu experimentar, pois considera que, de alguma forma, o estar próximo das pessoas idosas lhe aconchega o coração por estar longe da sua família.

Quando questionadas sobre se tivessem oportunidade de ir para outra profissão se aceitavam, três respondem que sim. Podemos verificar que duas das agentes de geriatria que responderam que trocariam de profissão apresentavam um desalento com as práticas instituídas e com a forma como percebem a sua valorização na organização, considerando que é uma profissão desvalorizada. Uma das agentes de geriatria referiu que já solicitou várias vezes transferência e que precisa de trocar de área, revelando um grande desgaste. Outra das agentes de geriatria que referiu que trocava de profissão escolheu a profissão por vontade própria.

6.5.4. A FORMAÇÃO

Sobre a frequência de formação inicial na área antes de iniciarem o exercício profissional enquanto agentes de geriatria, as respostas foram:

- 53% profissionais responderam que não realizaram qualquer tipo de formação antes de iniciarem a sua profissão;
- 47% responderam que tiveram formação antes de iniciar o exercício profissional.

A maioria destes profissionais não realizou formação antes de iniciar o exercício profissional, pelo que se pode considerar que a oferta e a necessidade de contratação destes profissionais se sobrepõem à qualidade e ao conhecimento, continuando a ser uma profissão que, na sua maioria, se vai aprendendo na prática diária, em contraposição com o bem-estar das pessoas idosas que são sujeitas a essas (in)experiências.

Das agentes de geriatria entrevistadas, 50% referiram que mudavam de profissão e 50% referiram que não mudavam de profissão. A resposta associada ao não mudar de profissão encontra-se associada ao estar na profissão já há muitos anos e não se ver no momento a trocar de profissão. No que respeita à formação em humanidade que 35% das agentes de geriatria receberam é considerado pelas próprias que esta formação permitiu implementar mudanças no lar, como a valorização que sentem por parte da chefia direta e a satisfação que o trabalho lhes traz, pelo que não trocariam de trabalho.

No que respeita à formação realizada antes de iniciarem a profissão de agentes de geriatria, as respostas dividem-se entre 50% que fizeram formação e 50% não fizeram formação. Considerando a formação complementar, todas as agentes de geriatria referiram ter feito várias formações através da instituição, e duas referiram já ter feito formação noutras áreas por iniciativa própria. As formações que foram identificadas pelas agentes de geriatria foram: Como lidar com o luto, Cuidar de idosos com demência; Utilização de produtos de apoio; Envelhecimento ativo; Meios de primeira intervenção; Higiene e conforto. Também duas das agentes de geriatria realizaram a formação em Humanidade. Quando questionadas sobre se após as formações receberam supervisão de forma a apoiar o desenvolvimento da prática aliada à teoria, duas agentes de geriatria referiram que tiveram apoio e supervisão para a aplicação na prática com a formação em Humanidade, mas todas as restantes referiram que nunca receberam apoio nem supervisão.

Avaliando a necessidade e a oferta de trabalho nesta área, considera-se estar perante uma oportunidade de: i) recrutar pessoas motivadas para o cuidado às pessoas idosas e proporcionar-lhes formação e qualificação, com vista a constituir um grupo de profissionais qualificados; ii) reconhecer a importância social dos agentes de geriatria, conferindo-lhes um estatuto e reconhecimento profissionais correspondentes, acompanhados de definição de carreira e salários compatíveis, saindo da esfera dos mínimos, no fundo da tabela salarial. Contudo, esta oportunidade pode conter desafios instigantes, levando a questionar se será realmente uma vontade coletiva que este grupo profissional ganhe poder e se constitua como um grupo profissional com conhecimento e poder de negociação.

6.5.5. O PERFIL EM PRESENÇA DOS AGENTES DE GERIATRIA

Um dos objetivos desta pesquisa é, como já referido, delinear o perfil em presença dos agentes de geriatria que se encontram a trabalhar nos lares estudados.

Os dados apurados permitem concluir que a maioria dos profissionais se enquadra na faixa etária dos 51 aos 60, seguida da faixa etária dos 41 aos 50 anos, o que não se afasta dos resultados obtidos por diversos autores (Maia *et al*, 2018; Pinheira e Beringuilho, 2017; Pereira e Marques, 2014) nas suas pesquisas, e que apontam para a faixa entre os 41 e os 50 anos e os 51 e os 60.

Dos dados que resultam desta pesquisa, a maioria dos agentes de geriatria são mulheres, o que vêm corroborar os estudos analisados (Morgan *et al.*, 2007; Ribeiro *et al.*, 2009; Llobet *et al.* 2010; OCDE, 2011; Sousa, 2011; Chen, 2014; Pereira e Beringuilho, 2014; Pereira e Marques, 2014; Silva *et al.*, 2015; Maia *et al.*, 2018). Este facto pode-se justificar por a mulher ser tradicionalmente considerada como cuidadora privilegiada. Deste estudo é possível inferir que a profissão de cuidador continua a demonstrar ser realizada no feminino, conforme Gilligan (2013), pois a abordagem ao cuidado na perspetiva da mulher refere uma dimensão do cuidado menos associado a regras e mais afetivo. Estes profissionais são maioritariamente de nacionalidade portuguesa, contudo existe um número elevado de profissionais naturais de África e do Brasil.

O salário auferido é dos mais baixos da organização, pelo que permanecem no fundo da tabela salarial, na maioria, com ausência de formação específica e aprendendo a realizar o trabalho com as restantes colegas.

Resulta do estudo que apesar de 44% dos profissionais referirem que vieram para a profissão porque a conheciam e dela gostavam, somente 18% referiram que a profissão que escolhiam seria a de agente de geriatria. Estes dados levam a considerar que a profissão de cuidador formal em lar é uma profissão que é escolhida por ausência de outras oportunidades, pelo que a formação inicial é relegada para segundo plano por ser uma profissão de oportunidade. Infere-se que um elevado número de profissionais referiram que se pudessem mudariam de profissão, o que vem ao encontro do estudo de Gil (2020), no qual cerca de 28,9% dos inquiridos pensou em abandonar a profissão.

Ribeiro *et al.* (2009) aludem que a formação de cuidador deveria ser um indicador de avaliação das instituições, considerando que a contratação destes profissionais não apresenta como critério principal a formação, imperando a necessidade de contratar uma pessoa para cuidar das pessoas idosas. Stone (2008) considera que, ao nível da formação, os requisitos são muito baixos, sendo pouco exigentes. Esta situação leva à desvalorização contínua de uma profissão que se advoga de especialização, de excelência, de compromisso, de entrega, de satisfação, de valorização pessoal, de autoestima e com uma retribuição equivalente à importância que o envelhecimento deveria ter na sociedade. No estudo infere-se que a maioria dos agentes de geriatria não tinha formação à entrada na profissão, o que vem ao encontro dos estudos dos

autores abordados (Ribeiro *et al.*, 2009; Vieira *et al.*, 2011; Pinheira e Beringuilho, 2017; Maia *et al.*, 2018).

Considera-se que ao desvalorizar-se a profissão do cuidador se confere uma desvalorização às pessoas idosas que necessitam de uma relação de cuidado qualificada, o que nos remete para uma política de cuidados descontextualizada, desviada da realidade e das vivências reais em lar. A maioria dos profissionais entra sem formação, o faz com que o investimento nestes profissionais seja elevado, o que aumenta a importância de fixar estes profissionais nos serviços.

Nilsson *et al.* (2014) advogam que é importante que os profissionais que não tem ou têm pouca formação sejam identificados, para que lhes seja dada a possibilidade de terem formação prática e teórica. Para Proctor *et al.* (1998, p. 68), a formação e o planeamento comportamental são fatores que permitem diminuir o stress nos prestadores de cuidados.

Além da formação, importa ter um perfil adequado para se ser cuidador. No relatório da APAV “Portugal Mais Velho” (2020), é referido que nem todos os profissionais apresentam um perfil adequado para prestar cuidados a pessoas idosas, mas que assumem esta tarefa devido à ausência de outras alternativas e cumprindo um dever legal e moral. Portanto, o perfil da pessoa, a formação, a dedicação, a responsabilidade para com a pessoa cuidada e a sua aceitação incondicional enquanto pessoa e com respeito pela sua dignidade, o saber-ser, o saber-fazer e o saber-estar, o compromisso com a pessoa idosa, com a equipa e com a organização são fatores importantes para que possam estar reunidas as condições para uma relação de cuidado humanizada.

7. PERCEÇÕES EMPÍRICAS DAS ASSISTENTES SOCIAIS SOBRE A ORGANIZAÇÃO, MODELOS DE INTERVENÇÃO E ESTILOS DE LIDERANÇA

A dimensão de análise associada ao funcionamento da organização visa compreender:

a) como as assistentes sociais percebem os diferentes níveis de decisão da organização; b) de que forma as orientações da organização influenciam a intervenção direta; c) os processos de liderança das assistentes sociais em funções de direção técnica.

É igualmente analisado neste capítulo o funcionamento do lar, que visa compreender:

a) os modelos e as práticas de Serviço Social associados aos estilos de liderança; b) a percepção das assistentes sociais sobre a liderança instituída; e c) as implicações da liderança na prática diária dos agentes de geriatria.

7.1. BUROCRACIA E NÍVEIS DE DECISÃO: AS INFLUÊNCIAS NA PRÁTICA DIÁRIA DOS ASSISTENTES SOCIAIS EM FUNÇÕES DE DIREÇÃO TÉCNICA

Dos dados recolhidos, pode constatar-se que as assistentes sociais identificam a organização como tendo um peso burocrático.

É um peso, quer queiramos quer não [...] tem aqui algum peso burocrático [...] porque nós sabemos que temos uma carga burocrática grande, não é? [...]. (DT2)

No domínio das orientações hierárquicas, é verbalizado que as orientações recebidas influenciam as práticas diárias, podendo ser tanto orientadoras da ação como condicionadoras.

Claro que vão influenciar, são linhas orientadoras e que são tão importantes até para nos dar segurança da forma como nos posicionamos sobre alguns assuntos [...] com certeza que influenciam [...] há questões muito específicas [...]. (DT3)

São condicionadoras, mas nós sabemos que assim é, não é? Há certos procedimentos que se calhar gostaríamos [...] poderiam ser mais simplificados, mas como somos uma instituição de grande credibilidade, grande idoneidade e por isso também tem a tal carga burocrática para que os procedimentos não fujam àquilo que deve ser, que deve acontecer, não é? O mais dentro da legalidade, portanto há uma série de procedimentos que realmente nós, se calhar poderíamos fazer as coisas de uma forma mais célere, mas nem sempre essa forma mais célere acontece porque temos que respeitar esses procedimentos. (DT2)

Ou seja, as orientações hierárquicas são representadas tanto numa perspectiva de algo importante, que transmite segurança, como associadas a uma carga burocrática que sobrecarrega o serviço. É ainda mencionado que se deve tentar adequar a colocação em prática das orientações recebidas, encontrando um equilíbrio entre “*ambas as partes*”, entenda-se entre a hierarquia e a equipa, entre as práticas correntes e essas diretrizes.

Podem influenciar [...] estamos a fazer de uma determinada forma, mediante uma orientação que nos é dito para fazer de outra forma, nós vamos tentando sempre adequar por forma a responder a ambas as partes sempre tendo como matriz principal a orientação que nos é dada, colocá-la em prática sempre da melhor forma, acho que é por aí que devemos fazê-lo. (DT1)

Ressalta da análise realizada a constatação de uma organização burocrática, sendo reconhecido pelas assistentes sociais entrevistadas que é necessário existirem diversos procedimentos, encontrando justificação e manifestando conformidade com os procedimentos burocráticos hierarquizados, emergindo assim uma tecnocracia. O conformismo, ou a aceitação inconformada, leva ao afastamento da identidade profissional, ficando o profissional centrado na instituição (Mouro, 2013). Aludindo a Pinto (2011, p. 455), a autora refere que existe uma maior “acomodação” por parte dos profissionais “às situações, à rotinização dos procedimentos e das intervenções, e dos modos de pensar a realidade e a prática de intervenção [...] mais ligadas ao contexto organizacional da prática profissional”.

As assistentes sociais reconhecem a importância das diretrizes e orientações da organização, considerando-as como um fator de segurança e de orientação em questões muito específicas. É de comum acordo que as regras, normas e orientações são organizadoras e transmitem segurança. Porém, da literatura consultada, importa ter em consideração que esta enfatiza que, nas organizações com processos normatizados, a necessidade do cumprimento das normas aglutina as práticas profissionais (Faleiros, 1997), vendo o assistente social diminuir a sua liberdade para assumir uma postura crítica, tendo de enfrentar tomadas de decisões difíceis, considerando as orientações difundidas nos serviços humanos. A aceitação de determinadas orientações colocadas em prática pode desencadear implicações na promoção do bem-estar de indivíduos, famílias, comunidades e funcionários, podendo os assistentes sociais ver os seus valores e a sua ética colocados em causa (Patti, 2009).

As assistentes sociais identificam a comunicação entre os diferentes níveis de decisão como um fator positivo no desenvolvimento dos procedimentos e das relações entre os diferentes níveis de decisão hierárquicos. No que respeita ao nível de decisão mais elevado, as entrevistadas referem existir uma comunicação facilitadora.

Eu senti que esse peso institucional e essa articulação com os diferentes níveis foi perfeitamente ultrapassado, no sentido que a comunicação fez-se muito bem. (DT2)

Os outros níveis a seguir eu tenho muito boa opinião deles, não tenho é tanto à-vontade [...] porque não se proporciona este contacto todos os dias e diário com eles [...] eu acho que estamos bem. (DT3)

A comunicação é identificada como o elemento mais forte na interação entre os níveis de decisão. Salientam que existe qualidade e transparência na comunicação e no diálogo entre os níveis de decisão intermédio e operativo, assim como na orientação que é transmitida, existindo uma grande proximidade. Consideram que esta forma de liderança e atuação dá um grande suporte à gestão da linha da frente, e reforçam ainda a importância da relação e a proximidade enquanto facilitadoras dos processos de decisão e de aumento de segurança.

Outras decisões, que temos de [...] solicitar superiormente, essas às vezes são as mais morosas [...] eu pelo menos na minha forma de trabalhar tenho sempre o cuidado de auscultar e solicitar a orientação junto das minhas chefias, apesar de termos alguma autonomia tento sempre fazer as coisas em consonância, portanto a minha decisão ser sempre, digamos que fundamentada e orientada pela minha chefia superior. (DT1)

Estamos integrados numa equipa, mas há níveis decisão que nos cabem apenas a nós e não temos ali ao lado ninguém para partilhar, não é? Se calhar temos que depois ligar para a diretora [...] e eu acho que nós temos a sorte [...] nós temos uma pessoa muito próxima de nós, que nos ouve e que se preocupa connosco, e, portanto, a esse nível eu acho que estamos muito bem [...]. A nossa diretora que é uma pessoa muito próxima de nós e que eu acho que nos ajuda imenso. Fico muito feliz por ela ter esta atitude, esta atenção, esta postura que tem connosco porque nós muitas vezes como diretoras sentimo-nos sós, não é? Porque estamos com uma responsabilidade muito grande em cima de nós. (DT3)

A gestão de serviços humanos é um processo multifacetado, encontrando-se dividido ao longo da hierarquia com a definição de competências ao nível das decisões. Recordando Patti (2009), existem três níveis de responsabilidade, todos referidos pelas entrevistadas, sendo estes focados na qualidade da comunicação entre os diferentes níveis de decisão, neste caso de topo e intermédia. A comunicação e a proximidade entre os diferentes níveis de responsabilidade foram mencionadas como importantes, sendo transmissoras de tranquilidade. A organização pode ter um funcionamento mais

facilitador ou mais constrangedor no que se refere “à partilha da mesma linguagem, dos mesmos significados e da mesma lógica de ação coletiva” (Vieira, 2018, p. 354). A comunicação focada pelas entrevistadas como importante é corroborada pelos diversos autores abordados ao longo do estudo, sendo considerado que os gestores de serviços humanos precisam de conhecer qual a informação importante e a melhor forma de a usar, realçando que a informação rececionada é maioritariamente para colocar em prática no trabalho desenvolvido com as pessoas (Poertner, 2009). Sugere-se o desenvolvimento de ideologias que promovam dinâmicas de comunicação e aprendizagem cultural e profissional que valorizem a equipa e que a reconheça profissional e socialmente, através de padrões de comunicação e de relação instituídos, devendo ser incorporados pela equipa, legitimando os pedidos “de criatividade e de aquisição de novos saberes que lhe são dirigidos, bem como dar-lhes instrumentos para enfrentar a complexidade das tarefas destinadas a gerar o bem-estar e o enriquecimento cultural e social dos indivíduos a quem os serviços se dirigem” (Vieira, 2018, p. 358).

O apoio à tomada de decisão assenta numa base comunicacional construtiva, num diálogo partilhado com o objetivo de orientar e informar os processos de intervenção direta. As assistentes sociais referem que por vezes se sentem sozinhas na intervenção direta, sendo nestes momentos que a comunicação com a chefia direta assume elevada importância.

[...] não temos ali ao lado ninguém para partilhar. (DT3)

[...] o nosso trabalho possa ser um pouco solitário, pode ser, às vezes, é porque há momentos em que nós não podemos mesmo partilhar e temos que ser nós a decidir, não é? Mas não são tantos quanto isso, ainda bem [...]. (DT2)

Nas falas das assistentes sociais entrevistadas é realçada a importância da comunicação e da relação no desenvolvimento de interações intraorganizacionais, entre os diferentes níveis de decisão. A proximidade e uma comunicação fluida transmite segurança e confiança nas tomadas de decisão. A proximidade permite a abertura para uma comunicação constante, retirando o peso de decisões mais complexas. No que respeita à solidariedade entre os níveis de decisão e à importância dessa comunicação, Goleman (2006) considera que quando os profissionais se sentem valorizados e sentem que alguém se preocupa com eles ficam mais capazes e ativos no seu trabalho. O sentimento de apoio emocional revela-se preponderante na predisposição para o desenvolvimento de uma relação de cuidado empática, quer com a equipa quer com as pessoas idosas. Na voz de uma das assistentes sociais, foi referido que o facto de a sua

diretora ter uma atitude próxima, atenção e preocupação é visto como positivo e bom, conferindo importância, companheirismo, solidariedade e valorização.

No que respeita à intervenção direta, as entrevistadas consideram que têm autonomia nas decisões que lhes dizem respeito.

Decisões que temos de tomar no imediato e que dependem de nós enquanto diretores e que temos autonomia para tal [...] portanto as decisões tomadas no dia a dia [...] para as quais temos autonomia são tomadas de imediato. (DT1)

[...] e nós temos muita autonomia como diretoras, felizmente temos um campo de autonomia, de autonomia técnica muito grande. (DT3)

No que respeita ao desenvolvimento da intervenção direta, as decisões tomadas no dia-a-dia são dotadas de autonomia no que respeita ao nível de gestão associado à coordenação da equipa e aos serviços diretos prestados às pessoas idosas institucionalizadas. A tomada de decisão na gestão proporciona perspetivas interrelacionais e influenciadoras de futuras decisões. A gestão dirige-se ao funcionamento do serviço, ao recrutamento de recursos humanos, à prestação de serviços e a uma gestão coerente e sustentável (Luz, 2018). As assistentes sociais referem ter uma tomada de decisão no dia-a-dia ao nível da funcionalidade do serviço, o que alude à tomada de decisões ao nível da gestão corrente, conforme verificado igualmente por Luz (2018) no seu estudo. Os assistentes sociais devem desenvolver capacidades para transpor a burocracia e estarem habilitados com o conhecimento dos contextos reais, compreendendo a população idosa e os seus novos perfis, para poder decidir, recorrendo às suas competências e enquadrando-as na atuação organizacional gerontológica (Luz, 2018).

Da análise aos dados é possível aferir que as entrevistadas consideram que a gestão é um grande peso, que provoca stresse, referindo igualmente que o processo de gestão lhes absorve muito tempo

[...] às vezes é preciso desligar das nossas funções de gestão que nos absorvem tanto. (DT2)

Em suma, com base em toda a recolha de dados e da análise realizada, é possível aferir a existência de uma comunicação fluida, clara e orientativa, que transmite confiança e segurança nas tomadas de decisão. A comunicação existente entre os diferentes níveis de decisão, valorizam e potenciam o desenvolvimento dos profissionais, sendo este um fator que alavanca as equipas na prossecução dos seus objetivos, o que se verifica nas

falas das assistentes sociais. Esta comunicação contém legitimidade e um simbolismo reconhecido pelos assistentes sociais em funções de gestão. Constatase uma percepção sobre a organização assente em duas perspetivas: i) como burocrática, com excesso de burocracia, normas e diretrizes revelando processos mais morosos e bloqueadores da ação ao nível operacional e ii) a necessidade sentida de esta burocracia existir, por ser organizadora da prática.

Não foi evidenciado um padrão de questionamento sobre as orientações recebidas, o que pode levar a subentender-se a existência de uma aceitação das orientações da organização, com baixa ou ausência de reflexão crítica. Granja (2008, p. 363) considera que os “assistentes sociais são confrontados frequentemente com a necessidade de ajudar e ao mesmo tempo exercer funções de regulação, pois a ajuda quase sempre está sujeita a normas que é preciso cumprir”. A aceitação incondicional das regras organizacionais pode levar a uma elevada operacionalidade, considerando uma abordagem tecnicista e instrumentalizada da ação dos diretores técnicos. Para Vieira (2018), as normas e prescrições excessivas submetem os profissionais a atuações padronizadas, retirando o fator da humanização do contexto da gestão, liderança e intervenção. Nesta senda, Névoa (2016, p. 187) considera que estas normas, orientações e regras existentes nos lares são “[...] rígidas e inflexíveis, extremamente desajustadas às necessidades do residente e seus significativos”.

A organização, segundo as assistentes sociais, desenvolve uma missão e cultura assentes na dignidade humana e operacionaliza procedimentos que visam a humanização dos serviços. No entanto, revelam dificuldades na sua operacionalização, se se considerarem alguns procedimentos instituídos nos serviços de apoio logístico, como o caso da manutenção do edificado, da aquisição de materiais e de contratos de prestação de serviços que não se encontram totalmente alinhados com a cultura da organização de humanização do serviço e da dignidade humana nos lares, sendo esta uma estratégia de gestão da linha de decisão intermédia.

A organização apresenta uma burocracia pesada com procedimentos morosos entre as diferentes unidades orgânicas, que assim inibem o desenvolvimento da intervenção das equipas no terreno. Estes procedimentos, pela análise realizada, são procedimentos processuais que não assentam em modelos de gestão centrados nas pessoas e na humanização dos serviços, e não revelam uma adequação de serviços, existindo uma desconexão entre as diferentes unidades orgânicas, manifestando, por vezes, fraca

apropriação dos objetivos e missão da organização. Parece haver uma similitude de problemas com o que foi identificado no estudo de Luz (2018, p. 213), onde as assistentes sociais salientam a necessidade de ter capacidade de influenciar o desenvolvimento organizacional. Nas palavras da autora, “as assistentes sociais salientam a importância de possuir capacidade de influência a nível das decisões hierárquicas, com o intuito de se melhorar as respostas organizacionais”.

No que respeita à intervenção direta, as assistentes sociais entrevistadas referem ter uma grande autonomia relativamente à gestão do dia-a-dia e de intervenção direta. Recordando Luz (2018), ao nível da prossecução dos objetivos da organização, os assistentes sociais, no que respeita à tomada de decisão, desenvolvem competências assentes em valores éticos que empoderam as organizações.

É evidenciado por todas as entrevistadas, com bastante ênfase, a existência de número insuficiente de profissionais, leia-se agentes de geriatria, assim como a sua desadequação às funções que se encontram a desenvolver, devido às suas situações de saúde que se encontram associadas aos anos de serviço, numa profissão de grande desgaste físico e mental, sendo invocado que deveria existir uma adequação das atividades e funções a desenvolver, passando estes profissionais a serem uma mais-valia nas equipas

7.2. O ECOSISTEMA DO LAR: CONTEXTO, SERVIÇOS E EQUIPA

Este ponto visa compreender como os diretores técnicos caracterizam o seu serviço e como vêem a equipa, nomeadamente os agentes de geriatria; como as agentes de geriatria expressam o seu gosto em relação ao lar e ao seu trabalho; como percecionam a valorização do seu trabalho.

As assistentes sociais, quando inquiridas sobre a caracterização dos lares que gerem, associaram-nos à necessidade percecionada de ser um espaço confortável, com capacidade de responder à organização, às necessidades das pessoas idosas, às famílias e à comunidade.

[...] onde as pessoas se sintam bem, onde sejam também colmatadas as suas dificuldades com o apoio da equipa técnica que temos, com apoio que é muito próximo deles que é o dos AGAC que são eles que prestam os cuidados diretos [...] eu designo este estabelecimento como algo que nós tentamos criar as condições, para que o utente se sinta confortável e que seja respondido nos seus desejos em conformidade com as questões que nos vão colocando. (DT1)

Acho que é um equipamento que procura responder da melhor maneira às solicitações que nos são colocadas [...] temos tido bom *feedback*, temos muito boa articulação com as famílias [...] com a comunidade, eu acho que é um equipamento que responde e procura responder com qualidade às solicitações [...] é o meu sentir. (DT3)

Relativamente às equipas, as três assistentes sociais evidenciam de forma positiva o trabalho das equipas, a união, a maturidade e o gosto pelo trabalho realizado, sendo referido que existe sempre espaço de crescimento e aprendizagem.

[...] eu acho que estamos muito bem com a equipa técnica que temos e que nos podemos dar ao luxo de dizer que somos um equipamento de luxo, a este nível haverá com certeza muitos aí em Lisboa que não têm uma equipa técnica tão reforçada [...]. Hoje sinto que somos uma equipa mais unida, com mais maturidade profissional, somos um equipamento que eu acho que gostamos de primar pela qualidade com todas as coisas, nós temos que melhorar ainda [...] de um modo geral as pessoas gostam daquilo que fazem [...] haverá com certeza pessoas que se calhar necessitariam de poder descansar um bocadinho ou de repensar um bocadinho a sua função [...] as pessoas gostam do que fazem, é o meu sentir. (DT3)

Por seu turno, os agentes de geriatria, na sua maioria, referiram que gostam de trabalhar nos lares onde se encontram, expressando o seu gosto em relação ao lar e ao seu trabalho.

[...] eu gosto de estar aqui, eu gosto de estar em contacto com os utentes, eles fazem preencher uma parte que me falta [...]. (AG3)

[...] eu sinto-me bem aqui, eu sinto-me bem aqui, eu gosto de trabalhar aqui, nunca sairia daqui para ir ao sítio algum trabalhar noutra sítio [...]. (AG5)

Apesar da idade já que tenho e gosto muito de estar aqui e tive a oportunidade de ir para outro lado, mas fui ficando, fui gostando e hoje não troco por nada. (AG6)

À exceção de uma agente de geriatria que referiu que gosta de trabalhar, mas que não se identifica com a organização e gestão do lar e que não gostaria de viver naquele lar caso fosse idosa.

Humm vejo este lar muito... acho que os idosos deveriam ter mais, mais atividades, eu faz... muita confusão que eu costumava dizer, ou fazer esse comentário, até que eu acho que eles vêm para aqui para comer e para dormir, haaa para comer e para dormir, não vejo atividade [...] eu não quero ir para um lar pois eu não estou para comer e dormir só. (AG2)

Da observação realizada, é possível referir que todos os lares se apresentavam com espaços limpos, com preocupações de promoção de um ambiente agradável, salubre e confortável para as pessoas idosas e para a equipa.

Regressando à apreciação efetuada pelas assistentes sociais inquiridas, os agentes de geriatria foram os profissionais que mais foram destacados pela sua importância na equipa, considerando a extrema relevância que têm na prestação de cuidados básicos às pessoas idosas.

[...] elas são fundamentais. (DT1)

[...] temos as ajudantes de lar que fazem e que realmente se calhar são das pedras principais da nossa casa, sem elas não valeria a pena termos esta equipa técnica, sem elas, eu costumo dizer eu posso faltar aqui muitos dias, aí se calhar poderá-se notar alguma diferença, mas se falta uma ajudante de lar um dia, sentimos uma diferença gigante, as ALCD's são, são primordiais na nossa casa [...]. Nós temos que ser um só, temos que ser uma única equipa independentemente dos nomes dos graus de que existem e da diretora [...] elas são a pedra basilar desta casa [...] eu já disse tantas vezes, reuniões [...]. (DT3)

As assistentes sociais entrevistadas consideram que o agente de geriatria é um elemento privilegiado na relação e na prestação de cuidado às pessoas idosas, reconhecendo que a sua proximidade diária lhes permite conhecer os seus gostos e relacionamentos. Apresentam uma noção de coletivo mais abrangente, e consideram que o conhecimento que as agentes de geriatria têm sobre as pessoas idosas é fundamental para a tomada de decisão na gestão.

[...] eles estão munidos de conhecimentos em relação aos utentes e das suas práticas que para mim são essenciais na minha gestão e por isso eu não me inibo de dizer que faço todo o gosto em poder auscultar os agentes de geriatria, neste caso para alguma tomada decisão que eu vou ter que fazer em relação aos utentes porque eles têm conhecimentos muitas vezes que eu não tenho [...]. (DT1)

É referido por uma das assistentes sociais que os agentes de geriatria deveriam ser mais valorizados, como já analisado. Pode-se considerar que são profissionais invisíveis que passam despercebidos na organização na real importância do trabalho desenvolvido no que respeita ao enquadramento salarial, na formação inicial e contínua, na sua terminologia e na valorização pelas políticas públicas, sociais e pela sociedade.

[...] estão no contacto direto com os utentes [...] acho que dessa forma deveriam ser muitas vezes mais gratificados [...]. (DT1)

Esta valorização nem sempre é sentida pelos agentes de geriatria, destacando-se que na maioria das agentes de geriatria existe o sentimento de desvalorização do seu trabalho por parte da equipa no geral, desvalorização essa referida por 67% das agentes de geriatria entrevistadas. No que respeita a considerarem-se valorizadas pela chefia direta, entenda-se a diretora técnica, 50% das agentes de geriatria consideram que são

valorizadas, 33% consideram que a profissão é desvalorizada e 17% considera que às vezes sim e às vezes não:

[...] às vezes sim, às vezes não. (AG3)

[...] não acho que a gente tenha ali assim, grande valor [...]. (AG4)

No que diz respeito à importância dos agentes de geriatria, é possível considerar que existe uma noção muito clara, por parte das assistentes sociais entrevistadas, de que estes profissionais são fundamentais para o desenvolvimento da prestação de cuidados básicos. Contudo, o sentir dos agentes de geriatria corresponde a serem profissionais fundamentais na prestação de cuidados básicos, mas com um sentimento de desvalorização. Esta percepção dos agentes de geriatria vai ao encontro da literatura, na qual vários autores referem que esta é uma profissão desvalorizada. Gil (2020), no seu estudo, refere que a ausência de valorização do trabalho dos agentes de geriatria é um dos fatores por eles evidenciado, e para este sentimento concorrem diversas variáveis: fatores contratuais, fatores interpessoais e fatores motivacionais, assentes na satisfação com o local de trabalho, bom ambiente, a gestão e supervisão implementada pela chefia, normas e rotinas implementadas, o compromisso com a organização e da organização para com os colaboradores, a valorização do trabalho, o estímulo e a inclusão na equipa, a remuneração auferida, entre outros.

No que respeita à valorização por parte da chefia direta, esta é sentida apenas por 50% das agentes de geriatria, o que leva a questionar se a comunicação, a mensagem e as atitudes dos assistentes sociais manifestam de forma explícita a importância dos agentes de geriatria. É ainda possível colocar na equação que o reconhecimento da sua importância na equipa é fundamental, mas nem todos os profissionais o sentem de forma igual, considerando que a percepção de valorização depende de pessoa para pessoa.

De salientar, ainda, que as agentes de geriatria que consideram ser valorizadas hesitaram na resposta e após refletirem consideraram que sim, que são valorizadas. Algumas das agentes de geriatria entrevistadas referiram estarem esgotadas, por terem algumas colegas que não podem realizar diversas tarefas por questões de saúde. Referem que estas colegas são incluídas na escala de serviço, e deste modo as restantes agentes de geriatria têm de fazer o trabalho destas colegas, o que sobrecarrega a restante equipa. Uma das agentes de geriatria referiu que já trabalhou com outras instituições, e que as pessoas que se encontravam na situação de 'serviços

melhorados' prestavam um apoio organizado à equipa que realizava os cuidados pessoais, sendo assim uma mais-valia e não um peso para a restante equipa. As agentes de geriatria que têm este sentido de cansaço e de desvalorização sentem que a direção e a organização não se importam com os agentes de geriatria e que são profissionais que servem para tudo.

Para quê? A gente chama, a gente diz, nós passamos e as coisas parece que continuam a funcionar na mesma [...] mas somos nós que estamos sempre em cima de tudo, eu costumo dizer, esta casa quase que funciona só por nós [...]. (AG2)

[...] há muitas injustiças aqui dentro porque a gente fica muito triste com [...] porque nós as auxiliares temos que fazer tudo [...] é muito complicado, a gente tem que fazer tudo, a gente até se pode matar ali a trabalhar, mas temos que fazer as coisas e depois qual é o reconhecimento disso? (AG4)

O sentimento de desvalorização sentido pelas agentes de geriatria pode encontrar-se ainda relacionado com um sentimento enraizado nestes profissionais. Contudo, é de referir que o sentimento de desvalorização que os agentes de geriatria verbalizam sentir por parte da equipa geral é forte, sendo que 66% das agentes de geriatria o sentem como um fator negativo, o que pode levar a questionar as formas de relação, interação e comunicação entre os elementos de toda a equipa. Os agentes de geriatria consideram que são profissionais que servem para todas as tarefas, prevalecendo a ausência de identidade profissional, o que contribui para o sentimento de desvalorização.

Esta ausência de reconhecimento da profissão é corroborada no estudo de Gil (2020). A profissão de cuidador assenta na conceptualização de um trabalho de esforço, com baixos ordenados, considerado por muitos um trabalho "sujo". No estudo de Gil (2020), uma das profissionais entrevistadas refere que este trabalho é visto como um trabalho sujo, "é só mudar fraldas", conclui, referindo que a maioria das pessoas não tem a noção da quantidade de trabalho que se tem num lar. Gil (2020) conclui que a maioria das cuidadoras por si entrevistadas considera a sua profissão desvalorizada e mal remunerada.

Em suma, as assistentes sociais concretizam a necessidade de o lar ser um espaço de conforto, de promoção de bem-estar e que corresponda às necessidades das pessoas, estando implícito enquanto espaço de segurança para as famílias também. Enquanto espaço de promoção de bem-estar, destaca-se que não foi realizada abordagem ao edificado enquanto elemento facilitador ou bloqueador de comunicação, de intervenção

e de relação. De igual forma, foi omissa no discurso a exploração do contexto sistémico do lar enquanto espaço de referência das pessoas idosas.

A importância e a valorização dos agentes de geriatria é verbalizada por todas as assistentes sociais. Contudo, nem todas as agentes de geriatria partilham desse sentimento, como já referido, o que nos transporta para a desvalorização da profissão no interior e exterior da organização, percorrendo diversas dimensões e chegando às políticas sociais. Salienta-se que este sentimento de desvalorização pode encontrar-se enraizado no profissional ou ser manifestado por as ações e atitudes, quer da equipa quer das diretoras, não projetarem essa valorização.

A comunicação verbal e não-verbal pode evidenciar a necessidade da existência destes profissionais, pese embora não espelhe a sua valorização, podendo igualmente pensar-se que os problemas de comunicação e de interação advêm da forma como a comunicação é realizada. Nestes casos de sentimentos de desvalorização, existe uma ausência de entendimento da mensagem transmitida.

Não se registou uma posição consensual relativamente à importância de serem realizadas reuniões de equipa para debate sobre a realidade e o contexto em que se desenvolve a atividade pode levar a entendimentos díspares. Neste sentido, importa analisar que os mecanismos de diálogo são naturalmente realizados, na maioria, de forma informal, sendo que as profissionais que consideram ser valorizadas referem existirem reuniões de debate em equipa.

7.3. MODELOS DE INTERVENÇÃO E PRINCÍPIOS ÉTICOS

Este ponto visa compreender a perceção dos assistentes sociais sobre os modelos de intervenção e os princípios éticos na sua intervenção diária.

O Serviço Social desenvolve uma intervenção organizada em modelos de intervenção, tendo as assistentes sociais identificado os modelos que usam no desenvolvimento do seu trabalho; deste modo, 75% referiram uma intervenção assente no modelo sistémico e 25% no modelo centrado na pessoa.

[...] modelo sistémico daí poder avançar e poder ir avaliando [...] em termos da nossa prática eu acho que é assim tudo quanto nós aprendemos [...] em termos de serviço social o que é que nós vamos fazer, devemos ter sempre uma abordagem muito correta em termos das avaliações que fazemos dos utentes, das avaliações, dos planos de intervenção [...] consciente de cada situação em si, poder estar disponíveis, enquanto

assistentes sociais para [...] poder recorrer aos recursos que vão ser necessários para cada situação, ir criando parcerias. (DT1)

A metodologia [...] é a sistémica [...] modelo sistémico, é uma contextualização, tentamos [...] quando existe uma assistente social e um diretor que também é assistente social [...] as funções estão separadas e neste momento a minha assistente social faz muito mais intervenção, mais estudo de caso do que eu, que estou mais nas funções de gestão, mas é o que tentamos sempre é contextualizar o passado, o presente e aquilo que é e que são as expectativas das pessoas para o futuro. (DT2)

Foi possível analisar que existe uma associação do modelo sistémico, a diversas necessidades como: compreender a história de vida da pessoa, a sua biografia, o seu percurso – passado e presente para delinear o futuro – permitindo realizar um diagnóstico de forma a planear a intervenção e os respetivos planos de cuidados, para compreender determinados comportamentos, numa perspetiva de continuidade; a identificação da pessoa com o ambiente e o contexto coletivo; a dignificação do espaço privado (quarto). Foi revelada a preocupação de compreender a pessoa no seu processo de continuidade.

Recordando Atchley (1989), o conhecimento e o reconhecimento das experiências de vida enquanto processo de construção da pessoa evidencia-se como importante para a intervenção. Para a compreensão de cada pessoa é importante não negligenciar a perspetiva da continuidade, atendendo a que a mesma permite ao assistente social analisar os padrões de continuidade, atendendo às suas vivências e experiências, sendo que as pessoas vão continuar a desenvolver esses padrões.

O modelo centrado na pessoa é referido por 25% das assistentes sociais, com preocupações inerentes à condição humana, reconhecem que todos os seres humanos são iguais, sendo que cada pessoa deve ser tratada de forma igual. O modelo centrado na pessoa é indissociável do Serviço Social, sendo transversal em toda a atuação do assistente social, estando ancorado aos princípios e fundamentos do Serviço Social, baseando-se na compreensão de que a pessoa se constrói na interação com os outros e de que cada ser humano é um ser social.

[...] a nossa premissa que o modelo seja centrado na pessoa em si, no residente [...] é a valorização da pessoa como ela é, [...] um modelo para nós e que nós procuramos acreditar nele [...] acreditamos e procuramos implementar todos os dias, é um modelo centrado na pessoa, na pessoa humana, na pessoa com as suas características como ela é, com os seus gostos, com as suas necessidades [...] quando entra uma pessoa num lar a tendência é mais um residente, não é isso que nós pretendemos [...] acreditamos e procuramos implementar todos os dias, é um modelo centrado na pessoa, na pessoa humana, na pessoa com as suas características. (DT3)

Apesar de uma assistente social (DT3) não evocar o modelo humanista, a referência à dignidade da pessoa, à sua individualidade e privacidade têm subjacente princípios associados ao modelo humanista.

[...] nós temos mesmo que pôr-nos do outro lado [...] um destes dias [...] eu estou do outro lado e eu vou gostar de ser cuidada da melhor maneira porque... e já é tão difícil estar a ser cuidado na posição de vulnerável, não é de sentirmos que já não somos capazes de cuidar de nós próprios quanto mais estarmos a ser cuidados sem percebermos que o outro está a compreender, sem perceber se o outro nos está a respeitar e portanto o modelo, eu volto atrás, o modelo que nós devemos e procuramos implementar aqui é o centrado na pessoa com tudo o que isso... com todo o respeito pela pessoa, para a sua individualidade, para a sua privacidade pela pessoa que é, torná-la mais pessoa. (DT3)

Da análise geral, é possível referir que no discurso das assistentes sociais se encontram integrados modelos que não foram taxativamente identificados, como o modelo ecossistémico e o modelo humanista. A abordagem indireta a alguns modelos pode revelar que existe um afastamento do conhecimento teórico e ausência de reciclagem na área da gerontologia, mas o conhecimento já adquirido através da academia, da prática e da aprendizagem diária em exercício consolida-se na práxis. Importa realçar o conhecimento tácito como impulsionador de práticas assentes na importância do outro enquanto pessoa, no trabalho desenvolvido com as equipas, nos conhecimentos dos processos de envelhecimento e na consciência de que existe a necessidade de reciclar e aumentar o conhecimento. Porém, a ausência de tempo tem travado esta vontade, que só se efetiva dentro da formação oferecida pela organização.

Ao longo de todas as entrevistas às assistentes sociais, fica patente a relação com os princípios éticos, o compromisso com o respeito pela pessoa, pela sua privacidade, intimidade, o sigilo profissional, a responsabilidade, a dignidade, a igualdade, a veracidade, a sinceridade, a aceitação do outro, a capacidade de se colocarem no lugar do outro, a empatia e o humanismo como padrões de intervenção fundamentais para a sua intervenção.

[...] devemos utilizar sempre o sigilo profissional, a privacidade, o respeito, autonomia de cada um deles, respeitar as suas capacidades, a partilha quando é permitida por eles [...] eu tenho como prática [...] diariamente quando chego ao equipamento tenho sempre cuidado de percorrer todo o equipamento, ver como é que eles estão, aproximar-me deles individualmente, saber se estão bem, ter uma palavra para com eles, mostrar-me disponível e acho que isso é uma boa prática que faz parte de nós. (DT1)

[...] o respeito, a dignidade, a igualdade [...] é equidade e os afetos, do ponto de vista ético trabalhar com verdade, trabalhar com sinceridade. (DT2)

[...] é efetivamente o humanismo, não é? [...] o respeito pelo outro, a situação do outro [...] responsabilidade, é a aceitação do outro, a capacidade que nós temos também nos colocarmos do outro lado [...]. (DT3)

No que respeita aos princípios éticos, as assistentes sociais inquiridas evidenciam os seguintes princípios: do dever para com a vida, da autodeterminação, da liberdade, do respeito, da relação, da empatia, do olhar o outro, da confiança, do compromisso, da sensibilidade, da virtude e da responsabilidade social. Recordando Carvalho (2016), a pessoa é inerentemente digna de respeito simplesmente por ser uma pessoa, considerando que a autodeterminação, o respeito, a confidencialidade e o sigilo são princípios fundamentais no Serviço Social. “O exercício da ética na ação do Serviço Social parte do princípio de que todos os seres humanos têm uma dimensão ética que implica o respeito, a tolerância, a aceitação do ser humano” (Carvalho, 2011, p. 244). Importa relembrar a filosofia Ubuntu, no respeito pelo outro em si próprio e na procura do bem-estar coletivo (Negreiros, 2019), sendo esta desenvolvida com autenticidade, com compromisso e responsabilidade, associada à ética das virtudes.

Apesar de as assistentes sociais inquiridas não fazerem menção ao Código Deontológico dos Assistentes Sociais, este encontra-se perceptível no seu discurso, considerando que “a dignidade humana promove a pessoa em processos de capacitação, de modo a atuar de forma livre e responsável e com expressão em atitudes, palavras e atos. Tendo em conta o valor intrínseco de cada ser humano” (APSS, 2018, p. 9).

A preocupação na aceitação do outro, assumindo comportamentos que permitam às pessoas idosas entenderem que a atuação tem como base o seu bem-estar; como exemplo disso, é identificado por todas as assistentes sociais que uma das primeiras coisas a fazer quando iniciam o dia é circular pelo lar, cumprimentar as pessoas idosas e a equipa. Perceber se tudo se encontra bem, do ponto de vista do trabalho a desenvolver e se as pessoas idosas passaram bem durante a noite, evidenciando preocupação, responsabilidade e disponibilidade.

A confiança, a disponibilidade e a escuta ativa ocupam um espaço de relevância para as assistentes sociais, numa entrega total e em escuta ativa com as pessoas idosas, focando que é importante que percebam que se encontram disponíveis, transmitindo confiança.

[...] a confiança [...] que eles confiem em nós [...] dar espaço para eles poderem falar, saber escutar [...]. (DT1)

Em suma, são identificados dois modelos de intervenção pelas assistentes sociais, o sistémico e o modelo centrado na pessoa. Contudo, encontra-se inerente ao longo do discurso o modelo humanista, a perspetiva da continuidade. Saliencia-se que o modelo ecossistémico, enquanto modelo de vida, não esteve patente no discurso das assistentes sociais. No campo da gerontologia, vários modelos são operacionalizados na atuação dos assistentes sociais, considerando a situação e o contexto. No entanto, a menção somente ao modelo sistémico afigura-se como redutora de toda a intervenção realizada, não tendo este um foco direto com os direitos humanos e com a dignidade humana. Assinala-se que o afastamento de reciclagem e de conhecimento mais aprofundado no campo do Serviço Social gerontológico pode levar a intervenções menos diferenciadas e, de algum modo, comprometedoras da dignidade e dos direitos da pessoa idosa.

Os princípios éticos encontram-se em quase todo o discurso, sendo de destacar a importância do respeito pelo outro, a aceitação do outro, da veracidade, da empatia, do compromisso, da responsabilidade, da igualdade e da equidade. Contudo, enquanto assistentes sociais, é de notar o facto de não ter sido evidenciado o Código Deontológico dos Assistente Sociais, os direitos humanos, a não discriminação e a intervenção antiopressiva, o que pode evidenciar um afastamento da identidade, enquanto assistentes sociais, e um afastamento das correntes do serviço social crítico e antiopressivo. De toda a análise realizada, emerge a necessidade de reflexão do agir e da identidade do profissional. A reflexão sobre a atuação, intervenção e ação define-se como uma componente da (re)construção da identidade profissional. A reflexão leva a articular a atuação, e leva também à tomada de consciência, a contestar e a comparar, articulando lógicas e dinâmicas. Denota-se a necessidade de aumentar o pensamento crítico através do conhecimento, dando forma a uma atuação assente em bases sólidas enquanto profissionais disseminadores da missão e do objetivo, assim como potenciando a atuação e co-empoderando a organização.

7.4. LIDERANÇA E COMPETÊNCIAS

Este ponto visa compreender os processos de liderança desenvolvidos pelas assistentes sociais, as competências inerentes a estes processos, assim como, as influências da liderança nas práticas diárias das agentes de geriatria.

No que concerne aos processos e às características da liderança, as assistentes sociais inquiridas consideraram desenvolver lideranças de proximidade, partilhadas, colaborativas e democráticas.

[...] eu procuro ter uma liderança democrática, procuro ouvir todos, procuro auscultar as opiniões e aliás todos os planos que fazemos de intervenção, são auscultar as pessoas nas suas diferentes especialidades [...]. Mas procuro ouvir a equipa, ser uma líder democrática, segura, tento ser firme mesmo que às vezes me custe muito, coisas que mexem connosco como pessoas, os líderes são pessoas, são exatamente iguais a outra. (DT3)

Os tipos de liderança são utilizados consoante cada situação, sendo ajustados, como é o caso da liderança centrada no cliente, que procura melhorar o bem-estar da pessoa idosa através da motivação e satisfação da equipa. Podemos aferir que a liderança participativa e transformacional se encontrava nos seus discursos, assumindo o compromisso com os direitos e a dignidade das pessoas idosas, o que vai ao encontro da definição global de Serviço Social. No que respeita à liderança transformacional, esta foi evidenciada através da interação entre o líder e a equipa, enquanto oportunidade de espaço de decisão e partilha.

[...] eu acho que só partilhando experiências é que conseguimos fazer essa gestão e acho que é considerando que é do elemento como sendo alguém essencial para contribuir para o bem-estar de cada utente. (DT1)

[...] colaborativa [...] eu preciso da minha equipa, eu não sou nada sem a minha equipa, portanto é colaborativo [...] eu faço uma gestão colaborativa [...]. (DT2)

Importa, nesta análise, lembrar a 'liderança de serviço' enquanto liderança que tem vindo a ser implementada nas instituições sem fins lucrativos. Este tipo de liderança enquadra-se na atuação do Serviço Social, na medida em que o líder serve para o crescimento e empoderamento do outro, na procura do equilíbrio, na partilha de decisões, procurando que os elementos da equipa sigam a sua liderança sem opressão, mas sim através da partilha de ideias e convicções. Encontra-se implícito no discurso das assistentes sociais este tipo de liderança, com características que a compõem, como: a eficácia na construção de consensos em grupo, através da persuasão; o desenvolvimento da ética e de valores através da consciencialização, neste caso assentes nos princípios do Serviço Social; a capacidade de ter uma visão integrada e holística; o desenvolvimento da empatia; o desenvolvimento da comunicação através de uma escuta ativa (os líderes-servidores desenvolvem habilidades enquanto ser ouvinte e empático); o compromisso para com os outros e a organização; a preocupação

com o bem-estar dos elementos da equipa. A liderança de serviço enquadra os princípios do Serviço Social como o estar ao serviço dos outros na promoção do seu bem-estar, na sua capacitação e no seu empoderamento, procurando o crescimento da equipa e das pessoas idosas.

Referiram que a liderança se desenvolve através das seguintes características: comunicação, diálogo, ouvir e saber auscultar, estar presente, envolver, partilhar, ter e demonstrar empatia, ser humilde e partilhar a tomada de decisões, emanar orientações para a prática, realizar supervisão e monitorização do trabalho desenvolvido pela equipa e desenvolver sentimentos de segurança.

[...] eu acho que é diálogo acima de tudo, é o estarmos presente [...]. (DT2)

[...] o diálogo, pronto, acho que é muito importante a considerar as pessoas como sendo alguém que tem sempre um contributo a dar ou auscultar, saber ouvir, saber escutar, neste caso estar sempre disponível para os receber. (DT1)

As características de liderança evidenciadas pelas assistentes sociais entrevistadas vêm ao encontro da literatura (Coulshed, 1990; Névoa, 2016; Rocha, 2016; Teixeira, 2017). Considerando-se que os autores advogam que o líder deve desenvolver o processo de liderança através do diálogo, sendo um bom ouvinte, atencioso, flexível e estar disponível para apoiar na resolução de situações complexas.

No desenvolvimento da liderança diária, concretizaram a forma como envolvem a equipa na tomada de decisão, procurando a sua opinião sobre diversos assuntos que necessitam de ser resolvidos. É referido pelas assistentes sociais entrevistadas que existem decisões que implicam a tomada de decisão sobre situações inerentes às pessoas idosas, como, por exemplo, realizar uma troca de quarto, sendo pedida a opinião da equipa para tomar a melhor opção, salientando que nesta atuação o que é colocado em prática não é a decisão de uma pessoa (a diretora), mas sim da equipa.

É preciso ajustar quartos e é preciso contar com o contributo de todos [...] reunimos e tentamos ver em conjunto qual a melhor forma de reestruturar a casa mudando às vezes alguns quartos, ajustando algumas coisas para que os utentes se sintam mais confortáveis, portanto isso é importante, eu não estou só a, digamos que, a pôr em prática um procedimento meu, eu estou a pôr em prática um procedimento que é proveniente de uma auscultação também da equipa. (DT1)

[...] fazem sugestões e muitas alterações se fazem com as suas sugestões. Depois é engraçado que acontece um fenómeno engraçado que é “olha ouviram a minha ideia”, as pessoas ficam empoderadas [...] é isso que se pretende. (DT2)

A comunicação, enquanto tema transversal à gestão e liderança, foi bastante abordado ao longo das entrevistas de uma forma geral, considerando que a forma como se transmite informação pode ser mais ou menos facilitadora da aceitação da informação recebida. A legitimidade atribuída ao interlocutor pode validar e dar mais importância à informação transmitida. As assistentes sociais entrevistadas referiram desenvolver a comunicação, o diálogo, a comunicação escrita, a afixação de informação e o *e-mail* para passar informação à equipa.

[...] quando é para organização de algum evento ou orientações eu gosto de fazer por escrito, gosto sempre de fazer um *e-mail* ou de o afixar, uma informação, mas isso não invalida que eu vá ter com as pessoas [...] eu acho que aposto muito na comunicação, mas não dispensa a parte mais formal de ficar registado, enviar por *e-mail* quando se justifica [...] conforme as situações, mas depois não dispensa mais o que é informalmente, exista uma conversa sobre os assuntos, mas gosto de deixar por escrito algumas orientações, sim. (DT2)

Na comunicação encontra-se inerente a capacidade de escuta ativa e de gestão de conflitos, tendo o líder um papel conciliador.

[...] conciliador, não quer dizer que haja conflito realmente aberto, não é, mas pode haver a tal questão de opiniões diferentes [...]. (DT2)

[...] a gerir conflitos, não é? Conflitos que surgem quer entre residente, quer entre ajudantes de lar, quer entre a equipa, e o meu papel aqui também é muito de estão neste nível, não é, lá está o gestor da relação, não é? (DT3)

Na gestão ao nível administrativo, existem atividades que são partilhadas com os outros profissionais, consoante o assunto a tratar, procurando aconselhamento, orientação e reflexão no que respeita ao serviço.

[...] estamos a organizar o mapa de férias e eu não faço isto sozinha, a conciliação, [...] vem material a gestão de *stocks* eu também faço isto sempre com apoio da chefe do setor, e quando estou aqui mesmo em funções estritamente de gestão tenho ali a colega [...] e a sua proximidade também nos traz estas vantagens, gosto de partilhar, partilhar mesmo algumas situações que tenham a ver exclusivamente com a gestão com recursos humanos que às vezes é um bocadinho mais complicado algumas tomadas de decisão. (DT2)

Os exemplos referidos evidenciam uma partilha de informação e colaboração em situações de gestão administrativa e de recursos humanos, como os mapas de férias, em que é referido que é necessário fazer a conciliação com os profissionais, e a gestão de *stocks*, tarefa que é partilhada com o profissional responsável por realizar a atividade.

Por seu turno, as agentes de geriatria corroboram a informação partilhada pelas assistentes sociais, referindo que quando é necessário alguma informação de organização ou reorganização que diga respeito às pessoas idosas, estas são implicadas no processo, sendo solicitado o seu parecer para a tomada de decisão.

haaaa normalmente a doutora pergunta sempre as nossas opiniões, “aquilo que vocês acharam” [...] como é que achamos melhor fazer [...]. (AG1)

[...] como já trabalhamos há tanto anos lá e sabemos, damos a nossa opinião e a doutora diz que sim que realmente é bom, que foi uma escolha acertada. (AG4)

No que respeita a decisões que não são do âmbito da prestação de cuidados às pessoas idosas institucionalizadas, 66% das agentes de geriatria, consideram que neste campo já não são auscultadas.

“Não me perguntam [...] Não, eu nem sabia disto dos horários [...]. (AG2)

Em relação ao desenvolvimento de sinergias, de relação e ao trabalho desenvolvido em equipa, 50% das agentes de geriatria consideram que não existe trabalho de equipa e que somente alguns elementos é que se preocupam com o trabalho a realizar.

[...] falta de trabalho de equipa um todo, deveria ser um todo e não é! Eu não noto que isto seja um todo. (AG2).

Não [...] a parte que eu não gosto é que aqui a equipe não é totalmente equipa. (AG3).

[...] é um abuso nós temos que [...] tanta gente aí passa o dia inteiro olhar para os telemóveis e não vão arrumar [...] porquê? (AG4).

Encontra-se, assim, um sentimento de mal-estar evidenciado por 50% das agentes de geriatria. Apenas 35% destas profissionais consideram que o ambiente é positivo, saudável referindo que se sentem bem; consideram que o ambiente com as colegas é variável, sendo que duas consideraram que a equipa, na sua maioria, funciona bem

Eu sinto-me bem aqui, eu sinto-me bem aqui, eu gosto de trabalhar aqui, nunca sairia daqui para ir a sítio algum, trabalhar noutra sítio [...] eu acho que todos nós fazemos aqui um bom trabalho. (AG5)

Sim, sim, sim, sem dúvida [...] entre nós sempre houve boas harmonias e ajudarmos e gostávamos dos idosos e promovemos também o bem-estar entre nós. (AG6)

No que respeita às competências que os assistentes sociais em processo de liderança devem ter, as mesmas identificaram: ser multifacetado, ser organizado, ter um pensamento eclético, ter uma visão holística, refletir, ter uma escuta ativa, estar

disponível para aprender, partilhar, ter disponibilidade, ser responsável, ser afetuoso, ter bom humor, ser empático, saber colocar-se no lugar do outro, respeitar a individualidade e a capacidade de desenvolver relações positivas.

No que respeita a equipa foi referido que é importante cuidar da equipa.

[...] eu continuo com a questão dos afetos, portanto esta relação mais afetuosa a de agregar, de cuidar, cuidar também da nossa equipa, nós cuidamos dos nossos idosos, mas não podemos deixar de ter competências de cuidadores das nossas equipas. (DT1)

[...] a minha liderança vai muito nesse sentido, é sentir, criar um ambiente àquela pessoa para que ela se sinta bem a trabalhar e a partir daí poder responder em função daquilo que estou a pedir enquanto líder e poder também eu a partir de mim ao pedir ajuda eu saber que posso recorrer a outros elementos da equipa, como por exemplo à psicóloga para apoiar naquele momento aquela pessoa [...]. (DT3)

Foram evidenciadas preocupações com a estabilidade emocional e bem-estar da equipa. A compreensão e a empatia permitem desenvolver estrategicamente a inteligência emocional que valoriza e empodera a equipa, tendo a função de orientar, informar, dirigir, apoiar, monitorizar e supervisionar.

É de salientar que os contextos ambientais de cada um dos lares foi caracterizado, de forma distinta: ambientes calmos e tranquilos; ambientes tranquilos, mas emocionalmente mais instáveis.

O stresse laboral foi evidenciado por 66% das agentes de geriatria, sendo que 17% ainda evidenciou ansiedade e desilusão, verbalizando que não se revê na gestão praticada, que apesar da presença diária da líder existe uma ausência de orientações claras, o que leva ao sentimento de necessidade de terem a líder mais presente na arena da orientação para a supervisão e partilha com a equipa. Os assistentes sociais, enquanto líderes, devem ter conhecimento aprofundado do contexto ambiental do lar. Um ambiente emocionalmente equilibrado é contagioso, assim como um ambiente desequilibrado o é também. Deste modo, a supervisão da equipa, com base no suporte e apoio emocional, é fundamental para um bom desempenho. Segundo Goleman (2006, p. 407), “as emoções são tão contagiosas quanto os líderes”, e a interação e a presença constante e as sincronias elevam sentimentos positivos.

[...] eu tenho que ter a capacidade de orientar, de informar, de aconchegar quando é preciso, de dirigir, obviamente que sim, um conjunto de pessoas que estamos todos a trabalhar para o mesmo mas que lhes dê também segurança que as oiça quando tenho que ouvir, que as respeite obviamente que sim, é para que elas também, este conjunto de pessoas que trabalha comigo possa sentir segura, confiante e ao mesmo tempo saber

que estamos na mesma linha de trabalho e do lado dos residentes. Eu tenho um papel aqui como diretora, obviamente que sim, mas eu considero-me uma pessoa muito próxima. (DT3)

A importância do autoconhecimento, da autoconsciência e do autodomínio, enquanto potenciadores da empatia, permitem fortalecer a gestão das relações (Goleman, Boyatzis e McKee, 2007). A forma como as assistentes sociais revelaram preocupação com as equipas e com as pessoas idosas revela compromisso com ambos, estando inerente nas suas falas que a profissão de Serviço Social é uma profissão de direitos, de dignidade, de justiça social e de relação, independentemente da sua área de intervenção e das funções desempenhadas.

Outra dimensão a valorizar diz respeito à gestão de conflitos internos e ao auto-cuidado, como condição necessária à criação da disponibilidade para o Outro.

[...] a nossa parte emocional, para além de assistentes sociais somos seres humanos, estamos nesta profissão, eu falo por mim porque gosto, é aquilo que eu gosto de fazer e acho que isso é muito importante [...] sem problemas de horários, estarmos disponíveis para o outro e acho que quem está como diretor numa casa destas tem que ter essa parceria com nós próprios, enquanto gestores de uma casa desta e estamos pelos utentes, a nossa razão da nossa chefia aqui, e portanto temos muito a aprender com eles e temos de estar disponíveis. (DT1)

A monitorização e a supervisão do trabalho realizado é uma das funções inerentes ao líder. Deste modo, as assistentes sociais inquiridas referem orientar, informar, dirigir e adequar as tarefas às pessoas, não deixando de lado os objetivos a atingir.

Eu acho que a minha liderança pode ser caracterizada pelo facto de informar as pessoas de quais são os objetivos a cumprir. Tentar dar-lhes também orientações de como poder atingir esses objetivos falando com elas, dando diretrizes para que esses objetivos possam ser concretizados, ir falando com as pessoas para perceber até que ponto é que elas estão preparadas para responder a determinadas tarefas, e acho que a minha liderança é um bocadinho por aí, tentarmos ir ao encontro das necessidades, mas sempre tendo por base os objetivos a cumprir e eu enquanto líder também sentir-me um líder próximo dos meus colaboradores, sabendo que eles podem contar comigo, digamos que é uma liderança que também tem o seu foco nos colaboradores vendo as capacidades de cada um deles individualmente poder perceber de que forma é que vão responder. (DT1)

Eu não vou conseguir receber, se não vou conseguir receber a minha resposta não vai ser a melhor, não vou receber não, não vou estar a receber o que é que eu digo receber das auxiliares, os bons cuidados, os cuidados de qualidade, [...] sempre que necessário identificar o que não está bem e fazer e tomar medidas corretivas, mas isso acaba por interferir de facto [...] no meu processo de liderança que [...] acaba por ser mais orientativa não é porque eu não consigo receber de acordo com aquilo, com aquilo que eu acho que deve estar a acontecer para bem de todos, vou ter que ser um bocadinho

mais diretiva [...] as orientações minhas é nesse sentido e do respeito pela pessoa [...].
(DT2)

No âmbito da monitorização e da supervisão, todas as assistentes sociais evidenciaram uma preocupação com o apoio às equipas, enquanto supervisão, relação, aconselhamento, apoio, suporte e orientação. Segundo, Luz (2017, p. 106), os assistentes sociais, na supervisão e coordenação da equipa, “[...] constituem agentes bem posicionados para integrar mudanças nas dinâmicas organizacionais, para enfrentar a incerteza e mostram-se capazes de influenciar e mudar o comportamento dos outros.” As entrevistadas desenvolvem um trabalho direto e de proximidade, sendo um trabalho na linha da frente, e na supervisão administrativa recordando Ribeirinho (2019, p. 31) onde o supervisor interno “organiza o local de trabalho e os recursos humanos para atingir os objectivos da administração, para que, quantitativa e qualitativamente, vão ao encontro das políticas e dos procedimentos da instituição”. A monitorização de suporte relaciona-se com o suporte emocional, desenvolvido através do processo de inteligência emocional, requerendo uma abordagem que privilegia a pessoa cuidadora, apoiada na gestão das emoções, fortalecendo a autoestima e os sentimentos de confiança, contextualizando os estados emocionais. Este fator é fundamental para o equilíbrio individual e coletivo, atendendo a que elevados níveis de stress podem interferir no desempenho e ter um impacto negativo na prestação e relação de cuidado. Lopes (2017) refere que a ausência de autonomia profissional e a gestão do tempo e das prioridades se encontram associadas a fatores de stress. As assistentes sociais revelaram preocupações com o bem-estar geral da equipa, sendo mesmo evidenciado que, caso algum elemento da equipa revelasse necessidade, o psicólogo(a) de apoio ao serviço pode ser um recurso para apoiar a equipa a ultrapassar momentos mais complicados. Este apoio que é dado à equipa, segundo Luz (2018, p. 151), permite apoiá-la “no desempenho das suas tarefas ou para trabalhar aspetos do foro moral/emocional que decorrem da sua atividade [...] e de forma a que possam desenvolver as tarefas associadas às suas funções”. O desenvolvimento da liderança assente em processos de inteligência emocional permite compreender os estados emocionais, desenvolvendo sentimentos de cooperação, criando harmonia e melhorando as relações (Goleman, Boyatzis e McKee, 2007; Roque, 2012; Rocha, 2016).

Outra das competências identificadas pelas assistentes sociais entrevistadas é a gestão de conflitos e tensões, quer seja entre as próprias pessoas idosas, entre as pessoas

idosas e a equipa, e entre a própria equipa, assumindo uma atuação conciliadora, enquanto gestores de relação.

[...] e serei uma conciliadora, muitas vezes sinto-me nesse papel, numa de conciliar porque os técnicos não [...] todos de acordo uns com os outros [...] conseguirmos um resultado mais equilibrado eu penso [...] passa por isso e conciliador não quer dizer que haja conflito realmente aberto, não é? Mas pode haver a tal questão de opiniões diferentes, fala, entendimentos diferentes, olhares diferentes e quando isso acontece [...] aqui a gente faz as reuniões, eu estou a fazer um movimento quando isso acontece a conciliar, arrematar, pegar nas pontas soltas e dar ali um nozinho, isso às vezes acontece. (DT2).

[...] gerir conflito, aliás há pouco não falámos disto [...] o meu papel aqui também é ajudar a gerir conflitos, não é? Conflitos que surgem quer entre os residentes, quer entre ajudantes de lar, entre a equipa, e o meu papel aqui também é muito [...] é, lá está, gestor da relação, não é? O diretor, passa também um bocadinho por isso [...]. (DT3).

A monitorização da equipa e a gestão de conflitos é um dos papéis do assistente social em funções de liderança, criando sinergias e solidariedade entre colegas; torna-se, pois, necessário um líder com formação na gestão de conflitos e com capacidade de perceção e de análise dos ambientes vividos na equipa. Esta capacidade de gerir conflitos é reconhecida por diversos dirigentes no estudo realizado por Luz (2018), sendo associada a uma prática bem-sucedida, relevando a capacidade relacional e comunicacional que se evidencia no Serviço Social. As assistentes sociais inquiridas referiram que partilham, solicitam e acolhem as ideias da equipa; contudo, as agentes de geriatria inquiridas referiram ser chamadas a dar a sua opinião essencialmente no que se refere a situações que digam respeito às pessoas idosas, sendo menos solicitadas para outras opiniões. É de salientar que a tomada de decisão com base na partilha e no acolhimento das opiniões da equipa faz com que a equipa seja mais propensa a perceber o ambiente de trabalho como justo e psicologicamente seguro (Glisson, 2009).

No que respeita à realização de momentos programados para diálogo e partilha de informação, 66% das agentes de geriatria referem serem realizadas reuniões e passagens de turno.

Reuniões e passagem de turno. (AG5)

[...] nós sabemos no que é que, é aqui que a doutora que sempre reúne com a gente, o que espera de nós. (AG3).

Sendo que 35% referem existir passagens de turno, nas quais se fala sobre as ocorrências do dia e se troca a informação necessária sobre as pessoas idosas, não sendo comum a ocorrência de reuniões.

[...] temos é passagem de turno. (AG4)

[...] só passagem de turno. (AG2)

Na análise ao desenvolvimento de partilha e discussão de ideias e de reuniões com a equipa, quer para a monitorização, quer para partilha de informação ou discussão de casos, é de referir que, em dois lares, as agentes de geriatria do mesmo lar apresentam opiniões diferentes sobre o tema. Assim, uma agente de geriatria considera existirem apenas passagens de turnos, não existindo reuniões gerais há muito tempo, apesar de serem solicitadas; o outro elemento considera que a diretora realiza reuniões, referindo mesmo reuniões gerais. Esta diferença de opiniões pode estar relacionada com a perceção, reflexão e importância que o tema tem para cada uma das profissionais, sendo que uma das agentes de geriatria considera que já nem as passagens de turno são todos os dias e nelas não se debatem outros tópicos, além dos assuntos do dia sobre as pessoas idosas. A desvalorização da reunião enquanto momento coletivo e de diálogo entre a equipa como um todo pode criar desgaste e desvalorização; por outro lado, a ausência de momentos de reunião, em que todos os elementos possam expressar a sua opinião, pode criar sentimentos de indiferença e de desvalorização da importância da opinião da restante equipa. Estes sentimentos podem ser alavancados se existirem reuniões da equipa técnica e não da equipa geral. As reuniões gerais constituem-se como momentos privilegiados para a coordenação. Cabe então sublinhar que, na liderança, a ausência ou insuficiência de coordenação torna incómodo o trabalho e a relação das pessoas, fomentando incompatibilidades e desmontando relações (Goleman, 2006).

Em suma, as assistentes sociais desenvolvem processos de liderança associados ao Serviço Social, tal como corrobora a literatura estudada (Coulshed, 1990; Menefee, 1998; Patti, 2009; Névoa, 2016; Rocha, 2016; Ribeirinho, 2016, 2020), tendo estes, de algum modo, uma conjugação de cada modelo: participativos, colaborativos, transformacionais, de serviço e centrados na pessoa. Tais processos são identificados como os processos desenvolvidos pelo Serviço Social. Estes tipos de liderança são colocados em prática consoante a arena de intervenção, o ambiente vivido e as decisões ou os projetos a implementar. As assistentes sociais entrevistadas focaram

características e competências de liderança que vão ao encontro da literatura apresentada, com foco na comunicação, no diálogo, na escuta ativa, na monitorização, na supervisão, no aconselhamento, na orientação, no acolhimento, no afeto, na relação, na empatia e na necessidade de se olhar pela equipa e cuidá-la. Deste modo, é evidenciado, tal como no estudo de Luz (2018), o aconselhamento e a orientação realizados pelos diretores técnicos à equipa. A partilha foi evidenciada pelas assistentes sociais sempre que abordavam a importância de tomar decisões sobre o bem-estar das pessoas idosas, para a prestação de cuidados adequados às necessidades, tendo em consideração igualmente os seus gostos. Fica patente que a intervenção do Serviço Social, no âmbito da gestão do serviço, da equipa, do respeito/privacidade, individualidade, é evidenciada para a gestão dos serviços do cuidado.

O desenvolvimento da inteligência emocional permite criar momentos de equilíbrio e tranquilidade na equipa, criando ressonância, levando a ultrapassar conflitos de forma mais eficaz. A liderança assente na partilha, sendo constante e em consenso com a equipa, corresponsabilizando-a nas tomadas de decisão, permite implementar ambientes equilibrados e positivos. A importância da utilização de diversas tipologias de reunião, enquanto estratégia de união coletiva para as tomadas de decisão, cria sinergias que valorizam a equipa no todo, fomenta a reflexão em equipa e permite criar uma autoconsciência da prática profissional. A importância dada ao cuidar de si próprio enquanto líder, da parte emocional, como equilíbrio, deverá fomentar a reflexão e o autoconhecimento, desenvolvendo uma parceria consigo mesmo. Tal como Thompson (2002) recorda, se não tivermos capacidade para nos gerirmos, teremos muitas dificuldades em gerir as situações que envolvem outras pessoas.

Uma das preocupações salientadas pelas assistentes sociais é a equipa e o trabalho desenvolvido em harmonia para a promoção do bem-estar das pessoas idosas. Em qualquer organização de serviços humanos, a solidariedade entre colegas afeta a qualidade do serviço prestado (Goleman, 2006), tendo sido referido 66% das agentes de geriatria que nem sempre o ambiente é positivo, de partilha, e o trabalho não é feito em colaboração. Neste sentido, cabe ao líder criar estratégias para que a equipa aumente o sentimento de pertença e desenvolva em coesão a estratégia do compromisso para com as pessoas cuidadas e com a equipa, desenvolvendo o aumento de empenho. Estas estratégias permitem exercícios de reflexão e autoconhecimento, coconstruindo relações e soluções para os problemas evidenciados pela equipa, encorajando, estimulando e fortalecendo as relações existentes.

Ficou patente nesta pesquisa a preocupação das assistentes sociais em funções de direção técnica em não deixarem de ter o foco nos princípios inerentes ao Serviço Social, embora existam práticas que não foram patenteadas, como uma prática antiopressiva e crítica, assente em lógicas de proatividade e de proposição de melhoria contínua. A preocupação constante com a existência de recursos humanos suficientes, referida por todas as entrevistadas, cria desgaste e pode obstaculizar, criando barreiras e distanciamento a racionalidades assentes numa dimensão mais reflexiva e de autoconsciência do agir profissional, quer na intervenção directa, quer na monitorização e supervisão das equipas.

8. PERCEÇÕES SOBRE A HUMANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E DA RELAÇÃO DE CUIDADO

A dimensão analítica, relacionada com a humanização dos serviços e da relação de cuidado, visa compreender e analisar: a) as influências, normas e rotinas existentes no lar; b) a percepção das assistentes sociais em funções de direção técnica sobre a humanização dos serviços e a relação de cuidado por si desenvolvida e desenvolvida pelos agentes de geriatria; c) as competências inerentes ao cuidar; d) como é que os agentes de geriatria compreendem a relação de cuidado; e) que competências consideram ser importantes; f) o contributo do assistente social na humanização dos serviços e da relação de cuidado.

Tendo presente que a humanização dos serviços é um dos objetivos das instituições que prestam cuidado, encontra-se assim subjacente a humanização da relação de cuidado.

8.1. NORMAS, ROTINAS E INFLUÊNCIAS NA HUMANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E DO CUIDADO

A gestão e o tipo de liderança desenvolvidos, refletem as norma e rotinas da prática diária, por inerência estas vão ter efeitos mais ou menos positivos, quer nas práticas diárias dos profissionais, quer na vida das pessoas idosas institucionalizadas.

Considerando as influências nas práticas diárias dos agentes de geriatria, as assistentes sociais foram desafiadas a refletir como se manifestam estas influências. Todas as entrevistadas referiram que as práticas dos agentes de geriatria influenciam a gestão por elas implementada, destacando a prestação de cuidados básicos às pessoas idosas institucionalizadas.

[...] eles podem influenciar a minha decisão porque eles muitas vezes têm elementos que eu não tenho e que quando colocados, apresentados que são visíveis não é, eu consigo muitas vezes ajustar, de maneira a poder responder às necessidades, acho que são elementos-chave. (DT1)

[...] influenciam imenso é eu acho que todos nós temos que ser um [...]. (DT3)

Foi referido por uma assistente social que por vezes tem de ter um papel mais diretivo e tomar medidas para corrigir atuações que não se enquadram numa prestação de cuidados com qualidade e promotora do bem-estar. Todas as influências referidas têm

por base decisões inerentes ao bem-estar associado à prestação de cuidados, alimentação e espaço privado de quarto.

[...] o que é que eu digo de receber das auxiliares os bons cuidados, os cuidados de qualidade, nos cuidados com afeto, que é uma palavra que eu gosto muito de usar e que tento porem da minha prática profissional [...] e sempre que necessário identificar o que não está bem e fazer e tomar medidas corretivas, mas isso acaba por interferir de facto na minha, no meu processo de liderança e tenho que ser mais [...] mais orientativa não é? (DT2)

[...] Na prestação de cuidados de melhorar os cuidados a este nível [...] respeitar a pessoa como ser que ele é, com características individuais se calhar aquilo que fazemos a um não podemos fazer a outro [...]. (DT3)

Foi solicitado às entrevistadas que refletissem igualmente sobre as implicações da liderança nas práticas dos agentes de geriatria. Todas referiram que dão orientações e diretrizes para que os agentes de geriatria possam desenvolver a sua prática profissional com mais qualidade, considerando que o líder deve dar o exemplo.

[...] que está a ser mais necessário pronto o mesmo a outros níveis que se tenha que fazer algum impedimento acho que essa minha liderança junto deles, as implicações que tem, eu acho que tem uma forma positiva [...] facto de ser uma pessoa [...] disponível para eles, para os saber escutar também, isso também vai influenciar na sua forma de trabalhar [...] recorrer a mim sempre que necessário para podermos ajustar e responder em conformidade àquilo que está a ser solicitado. Sempre que possível há partilha [...] porque eu tento sempre é recolher o máximo de informação para poder pôr em prática essa orientação, pronto, para que as pessoas também se sintam conhecedoras da razão [...] também me darem algum conhecimento de alguma experiência de que possa também ajudar na implementação dessa orientação. (DT1)

Nas entrevistas realizadas às agentes de geriatria, foi possível apurar que todas consideram que as orientações e as regras instituídas da gestão influenciam a sua prática diária. Foi, assim possível encontrar três grupos: de forma negativa e com reflexão crítica; com aceitação e conformismo; de forma positiva com reflexão.

O grupo que considera que as influências da liderança se apresentam como negativas, associam estas influências a uma prática mecanizada e à tarefa, referindo os horários praticados, as regras e normas instituídas, apresentando uma reflexão sobre os efeitos que estas regras e normas podem ter nas pessoas idosas. Na sua reflexão referem preocupações com o horário a que as pessoas são acordadas para fazer a higiene, mesmo sem ser da sua vontade, às horas instituídas para as refeições, as práticas diárias que consideram ser de alguma inatividade.

[...] Muito negativa [...] a gente funciona conforme a orientação que é dada [...]. (AG2)

[...] esse horário [...] e já chega, agora liga automático e sai, camas é, é babete é isso é aquilo, aquilo, aquilo é fala [...] como se fosse uma fábrica [...] porque você não fizer isso é aí vai acontecer alguma coisa vai falhar, e e se a gente não tivesse esse automático, era melhor você tem mais tempo para o utente [...] tem de fazer tudo de manhã [...]. (AG3)

Por sua vez, o grupo que considera que as influências são positivas, evidencia o diálogo como importante, referindo que houve mudanças ao nível das normas e das regras. Esta mudança veio trazer mais tranquilidade, da análise realizada estas agentes de geriatria consideram que esta mudança foi igualmente muito positiva para as pessoas idosas, trazendo maior tranquilidade e bem-estar.

Era, era à pressa [...] toda a gente no refeitório às 09h00 era stresse [...]. Dá-nos mais tranquilidade também, porque não, não é aquele stresse de vamos para este quarto que às 09h00 temos de estar lá em baixo, para o pequeno-almoço[...] vamos com calma, come com calma, tranquilidade, está frio o pequeno-almoço aquece-se [...] orientamos é tudo em conjunto, nós a doutora pergunta-nos a nossa opinião e se há alguma coisa nós também vamos ter com a doutora para lhe dizer o que está que achamos e isso é falado. (AG6).

O grupo que considera que as influências não interferem no trabalho porque as aceitam, fazendo deste modo, uma aceitação das normas e as regras instituídas, considerando que o serviço se encontra bem organizado. Estas agentes de geriatria não apresentaram nenhuma reflexão sobre os efeitos das práticas diárias nas pessoas idosas.

[...] eu encaro bem, porque eu aceito. (AG1)

[...] horários das coisas que eu faço de trabalho organizado assim, para mim está tudo correto [...] se a gente não acabar agora acaba mais logo ninguém nos diz nada agente acaba quando pode, não é? (AG4)

Da análise global foi evidenciada uma postura de reflexão crítica, por parte de 66% das agentes de geriatria. Foi assim apresentada uma reflexão sobre as influências da gestão nas rotinas diárias, com posicionamento no lugar das pessoas idosas institucionalizadas, no que respeita ao cumprimento dos horários pré-definidos em detrimento da vontade das pessoas idosas.

[...] deve ser horrível, eu eu penso, vejo, ponho-me às vezes no lugar deles é que já é muito ano e a gente vai tendo também a noção das coisas é por exemplo é “eu quero, mas eu quero escolher aquele casaco”, mas agora não há tempo para escolher o casaco, “mas eu, mas eu só vou ali” [...] vai comer e depois vai. É aquele stresse que a gente tem, e que transmite a eles, e nem eles ficam bem também, pois já não quer ir depois ao quarto, buscar o casaco [...] eu caio em mim da atitude que tive, mas é assim eu sei que depois penso eu podia ter feito de outra maneira, o problema é que eu não tive tempo para fazer [...] Primeiro o horário. (AG2)

Da análise global, as assistentes sociais consideram ter uma influência positiva de apoio e orientação, e diretiva quando necessário. Por sua vez, as agentes de geriatria relacionam as influências da gestão com as práticas diárias e a forma, refletindo sobre os efeitos das normas quer no seu desempenho, quer nas vivências das pessoas idosas institucionalizadas.

Considerando as normas e regras relatadas pelas agentes de geriatria, importa considerar as referências realizadas aos horários inflexíveis, estes foram identificados como inibidores de um desenvolvimento de cuidados tranquilos.

[...] a gente funciona conforme a orientação que é dada [...] a gente entra às 07h00 é fazer as higiênes, não é? Cuidar deles aaah entretanto às 08h30 é o pequeno-almoço de parte do lado dos acamados às 09h00 aqui no refeitório [...] ao reforço [...] é às 11h00 [...] é o almoço ao meio-dia aqui e ao meio-dia e meia ali [...] ao jantar é é os dois ou três, poucos são os que ficam a ver televisão até mais tarde [...] que se habituam [...] é o sistema já aqui. (AG2).

[...] os que tem que vir pra baixo tem que ser acordado [...] porque tem o pequeno-almoço é aquela hora às 08h30 e eles têm de estar cá em baixo às 08h30 para comer [...]. (AG4)

[...] deu a hora do jantar, jantou, cama [...] porque há também pessoas que falam assim [...] ah deixa eu ver um bocadinho de televisão [...] mas a colega se manda e diz assim, ahh, mas são horas de dormir. (AG3)

É possível verificar que na maioria dos lares, os horários são pré-definidos e menos flexíveis, existindo um lar que pratica horários mais flexíveis, o que se percebe pelas falas das agentes de geriatria e dos documentos analisados e afixados nos respetivos lares. As opiniões das agentes de geriatria, relativamente a horários e regras instituídas, podem dividir-se em três grupos, com idêntica expressão. Assim, um terço das entrevistadas considera que as regras instituídas estão de acordo com as suas rotinas, ou porque se acostumaram ou porque consideram que se encaixam bem na sua prática diária. Outro terço considera que os horários e as regras instituídas prejudicam o desenvolvimento dos cuidados, sendo inibidores de uma prestação de cuidados tranquila, o que vai ter um impacto negativo no bem-estar das pessoas idosas. E o último terço refere mudanças, como consequência da formação que a equipa recebeu em Humanidade, e que originou a alteração das regras, com flexibilidade nos horários, o que permite a realização dos cuidados de forma calma, tendo um efeito de tranquilidade, e existindo uma maior dedicação às pessoas idosas.

Um dos momentos-chave na vivência em lar diz respeito ao horário de levantar das pessoas idosas. As regras instituídas relativamente a este tópico têm implicações no

desenvolvimento do trabalho dos agentes de geriatria e no bem-estar das pessoas idosas.

[...] se a pessoa quer ficar a dormir temos que comunicar à enfermeira, com autorização da enfermeira, ou das chefias eles é que decidem se tem que ficar na cama até mais tarde ou se levanta [...] falamos com eles, se não aceitam falamos com eles, nós não forçamos, temos que falar. (AG1)

[...] é assim, a meu ver o acordar das pessoas deveria ser um pouquinho diferente, não muito cedo [risos] [...] os utentes estão na cama e vai comer na cama, dá o comer na cama, não é? Mas não, há pessoas que tem que correr, correr, correr e eu não concordo com esse corre, corre, corre. (AG3)

Da análise geral, importa lembrar diversos autores que referem que os lares ainda praticam rotinas e regras que despersonalizam os cuidados às pessoas idosas institucionalizadas. Analisou-se as falas das agentes de geriatria no que respeita à aceitação das normas e regras instituídas. Nesta análise, constatou-se que duas agentes de geriatria referiram que as mesmas estão bem. Considerando que estes lares apresentam horários fixos, pode de alguma forma salientar-se que existe uma ausência de reflexão crítica sobre as práticas, quer instituídas quer praticadas; contudo, consideraram que não têm tempo para dedicar às pessoas idosas institucionalizadas como gostariam, e que é um corre-corre, e que mesmo que pretendessem fazer diferente, não conseguiriam. Deste modo, verifica-se uma ausência de consenso entre a narrativa da aceitação das normas com o verbalizado sobre as práticas diárias.

São descritas duas situações distintas no que respeita ao acordar das pessoas, uma que ocorre quando se encontram os elementos todos no turno de trabalho, conforme previsto,

[...] a gente realmente começa pelas pessoas que andam [...] somos nós que vamos acordá-las [...] é estarmos, é o estamos todas é estar a equipa completa [...]. A gente vem lá bom-dia dona [...] vamos lá levantar, temos que ir tomar um banho, há aquele sistema [...]. (AG2)

e outra quando faltam elementos.

Se não está vamos embora temos que levantar, pra acender luz vá, mas eu quero ficar mais um pouquinho, pois é mas não pode ficar filha, hoje não podes, quando se pode, então fica lá mais um bocadinho que eu vou àquela senhora que já está levantada [...]. (AG2)

O acordar e as rotinas referidas como instituídas mencionam que as pessoas são acordadas para a realização da higiene pessoal, salientando que isto acontece devido

à existência de horários a cumprir. É referido que se a pessoa não se quer levantar, essa informação é passada à equipa de saúde e à chefia, que decidem se a pessoa se levanta ou se pode permanecer no leito. Neste prisma, foi referido pelas agentes de geriatria que estas rotinas instituídas deveriam ser diferentes, pois não conferem tranquilidade, são fatores de stresse e ansiedade para a equipa que depois se transfere nos cuidados prestados. Recordando Ribeiro e Vieira (2017), no seu estudo, concluem que os lares impõem horas de refeições, de dormir, de atividades de lazer e de higiene, sendo que as pessoas idosas têm de cumprir as regras da instituição. No estudo de Gil (2020), é salientado que as tarefas e os horários são a prioridade diária. É evidenciado por uma agente de geriatria, também no estudo de Gil (2020), que existe o risco da “rotinização e do trabalho se tornar mecânico” devido a terem de cumprir todas as regras e normas instituídas, sendo uma “corrida contra o tempo [...]. Tornamo-nos mecânicas” (*ibidem*, p. 78), o que vem corroborar o referido pelas agentes de geriatria na pesquisa que aqui se apresenta.

Um exemplo de diferença na prestação de cuidados devido à existência de uma maior flexibilidade foi registado nas palavras da agente de geriatria AG6.

Era, era à pressa porque [...] toda a gente no refeitório às 09h00 era stresse [...]. Dá-nos mais tranquilidade também, porque não, não é aquele stresse de vamos para este quarto que às 09h00 temos de estar lá em baixo, para o pequeno-almoço, não quando chega não, vamos com calma, come com calma, tranquilidade, está frio o pequeno-almoço aquece-se, agora é mais assim e vimos dos quartos acompanhar até ao refeitório com mais tranquilidade. (AG6)

Nas falas das agentes de geriatria, as rotinas que se encontram instituídas são dependentes e interferem umas com as outras, sendo que existem práticas pré-estabelecidas e menos flexíveis, associadas ao acordar e levantar das pessoas idosas, justificadas pelas agentes de geriatria por existirem horários pré-definidos a cumprir, assim como, existem práticas que se desenvolvem consoante a vontade da pessoa idosa com base em horários flexíveis que permitem uma maior tranquilidade.

Recorda-se o Manual de boas práticas do Instituto de Segurança Social, onde é referido que os horários devem ser flexíveis e ajustados às pessoas, permitindo escolhas individuais, e considera ainda que a insuficiência de funcionários não legitima normas e regras inflexíveis e que não preconizem os direitos das pessoas, “[...] o horário de levantar deverá ser flexível, tendo em conta a vontade e as necessidades de cada pessoa idosa institucionalizada. Não é admissível que alguém seja levantado de madrugada para tomar banho ou para o quarto ser limpo [...]” (ISS, c. 2005, p. 51).

Da observação geral realizada, no que respeita a horários, normas, rotinas e atividades descritas, foi possível verificar algumas normas e tarefas referidas, como os horários implementados, corresponderem ao retratado pelos agentes de geriatria, nomeadamente no que respeita às refeições. Constatou-se que, em lares com horários flexíveis, as práticas e as rotinas observadas são emocionalmente tranquilas e sem stresse.

Em suma, da análise global, verifica-se que ainda permanecem lógicas mais tradicionais, com horários menos flexíveis, que apresentam efeitos negativos nas práticas diárias dos agentes de geriatria. Estas lógicas mais tradicionais são confrontadas por lógicas mais democráticas, com maior flexibilidade ao nível das regras instituídas, espelhando nas práticas dos agentes de geriatria um contributo positivo para uma prestação de cuidados mais tranquila e com tempo para dedicar às pessoas idosas. Inferiu-se uma autoconsciência por parte de alguns agentes de geriatria sobre os efeitos nas pessoas idosas consoante as práticas desenvolvidas.

8.2. A RELAÇÃO DE CUIDADO

Segundo o discurso das assistentes sociais entrevistadas, um serviço humanizado deve ser composto por: dignidade, relação, conforto, sentimento de bem-estar, afeto, cuidar, proteção, felicidade, privacidade, tranquilidade, atenção, respeito, partilha, partilha de sentimentos, responsabilidade, empenho, disponibilidade, individualidade, igualdade, equidade, qualidade, rigor, sigilo e profissionalismo.

[...] um serviço humanizado, pronto deverá ter a componente individual que é muito importante, deve ter a componente do respeito, ah e acho que da partilha, acho que em termos um serviço humanizado deve ter [...] toda uma partilha de sentimentos que nos permitam também depois no terreno poder trabalhar, eu acho que a responsabilidade, o respeito, a atenção, o facto de podermos estar disponíveis para outro, acho que em termos da parte humana e no serviço mais humanizado [...] não devemos ver as situações como um todo, devemos vê-las individualmente, embora daí a gente possa retirar o que é comum que possa ser, como às várias situações, e a responsabilidade também é uma parte que eu também acho que é considerável porque nós estamos na parte de humanizar, acho que o sigilo profissional também, acho que é algo que é importante em termos quando estamos a falar de algo humanizado [...]. (DT1)

Dimensões de respeito, igualdade, tem de haver formas de cuidar equitativas, respeito, igualdade, cuidado e relação, relação com os idosos, relação com as suas pessoas de referência ou os seus familiares. (DT2)

[...] um serviço humanizado, para mim a relação [...] na relação gere-se um conjunto de coisas, ah depois a qualidade obviamente a qualidade [...] o empenho que cada um de

nós deve ter naquilo que está a ser feito, o rigor, o profissionalismo com que deve investir [...] tantas coisas [...] eu resumia muito [...] na relação, no conforto é um sentimento de bem-estar, e no sentimento de proteção, de respeito, o respeito entendido pela sua dignidade pela pessoa que é [...]. (DT3)

Ressalta das entrevistas a intenção de desenvolvimento da relação de cuidado com preocupações ancoradas aos princípios e valores do Serviço Social, destacando-se: a dignidade humana, a inclusão da pessoa, o sentimento de segurança através da relação de confiança, o que permite manifestar vontades e necessidades, o reconhecimento e a validação das suas vivências, e o estar disponível. Estas preocupações vão ao encontro da literatura referida, pois “o Serviço Social tem uma relação implícita com o valor da vida e com a dignidade da pessoa humana (Carvalho, 2016, p. 60).

No discurso das entrevistadas foi igualmente evidenciada a importância de desenvolver um serviço humanizado e com respeito pela pessoa, com atenção focada na sua individualidade para, através do conhecimento da pessoa, se poder desenvolver a intervenção.

[...] mas deveríamos estar centralizados naquela pessoa, naquele momento e para aquela situação, munidos dos conhecimentos que são transversais às várias situações, mas depois de ter a capacidade de poder ir à parte individual e caracterizar individualmente [...]. A partilha, o respeito é de certa forma a individualidade em relação aos utentes, tentamos também trabalhar cada um deles uma forma individual, a responsabilidade [...] depois todos os outros poderão ser transversais [...] parte do respeito, da privacidade, da partilha, eu acho que são essenciais para nós podermos trabalhar, tendo em conta os utentes que estão integrados na residência. (DT1)

. Foi apresentada uma preocupação em assegurar o desenvolvimento de processos relacionais positivos e promotores de bem-estar e respeito pela dignidade da pessoa, tendo sido referido por uma das assistentes sociais que um serviço humanizado é focado na pessoa e nos seus gostos, escolhas e desejos.

[...] deve corresponder àquilo que a pessoa anseia, por exemplo um serviço para ser humanizado com certeza que têm dimensões base, mas se calhar aquele, o conforto que é para mim uma determinada coisa [...] para cada uma das pessoas o conforto pode ser definido de forma diferente, e eu acho que [...] um serviço humanizado deve olhar àquilo que a pessoa deseja, e espera, é ouvir a pessoa. (DT3)

As assistentes sociais verbalizaram que orientavam a sua intervenção para a satisfação de necessidades humanas e para a garantia dos direitos humanos, estando atentas ao bem-estar e à realização pessoal. Foi evidenciada uma preocupação com os desejos das pessoas nos cuidados, como as pessoas gostam de ser cuidadas.

[...] eu digo isto tantas vezes, todos os dias às ajudantes de lar que eu acho que elas já não me podem ouvir, cuidem como gostariam de ser cuidados [...] nós temos mesmo que pôr-nos do outro lado [...] um destes dias [...] eu estou do outro lado e eu vou gostar de ser cuidada da melhor maneira. (DT3)

[...] eu fico muito orgulhosa quando vejo no final de uma higiene alguém descer para o pequeno-almoço com o brinquinho e com o colar a condizer com o brinquinho ou quando vejo que as peças de roupa estão cuidadosamente conciliadas porque às vezes quando são os idosos a escolher muito bem os idosos escolhem aquilo que lhes apetece vestir naquele dia [...] quando eu vejo que há brio na forma como se cuida, fico de facto deveras satisfeita pronto e acontece muitas vezes. (DT2)

O respeito e a dignidade das pessoas foram explanados pelas assistentes sociais ao longo das entrevistas. A pessoa idosa tem direito ao respeito, à justiça e a ser tratada de forma digna e a não ser alvo de idadismo nem de infantilismo, recordando Chapman (2011), o compromisso com a dignidade humana é um valor amplamente compartilhado e é reivindicado que todos os seres humanos sejam tratados com respeito. Na intervenção, os assistentes sociais assumem a proteção das pessoas, a promoção dos “princípios de autodeterminação, liberdade, autonomia, *empowerment*, mas também de dignidade, proteção e cuidado” (Carvalho, 2016, p. 43).

No geral, as assistentes sociais tinham implícito no seu discurso os valores e princípios éticos do Serviço Social, assumindo o compromisso no desenvolvimento da relação de cuidado.

[...] acho que temos muito a aprender com eles, para nós são sempre uma mais-valia, os conhecimentos que eles adquiriram ao longo da vida e que para nós vão dando algum encaminhamento para algumas situações. (DT1)

As assistentes sociais identificaram características de um serviço humanizado: a partilha, o respeito, a individualidade, a privacidade, a equidade, a igualdade, a relação, a alegria, o conforto, a felicidade, a tranquilidade, sendo a palavra mais referida, diríamos a palavra de ordem, a relação.

O respeito, sem dúvida nenhuma, a relação sem dúvida nenhuma [...] a equidade, também tentamos ser equitativos, dar aquilo que realmente a pessoa necessita e, mas respeitando as realidades de cada um [...] igualdade, sendo que a igualdade [...] não é tratar todos da mesma forma, é tratar da forma que cada situação exige [...] por isso é que falo em equidade também [...] a competência que eu identifico mesmo é a relação. (DT2)

A relação tem, assim, um lugar de destaque nas falas das entrevistadas, assumida como um compromisso, destacando de forma intrínseca o papel do Serviço Social, contextualizado nas práticas das entrevistadas.

[...] a aposta tem sido muito trabalhar na relação, a relação das ajudantes de lar e de nós todos com as pessoas, e delas sentirem realmente que estão bem, que estão tranquilas, [...] que esta é a casa delas, [...] tem sido muita a aposta a esse nível, claro que depois sim, garantir todos os cuidados de conforto, ir ao encontro daquilo que elas esperam. (DT3)

Considerando a relação fundamental para o desenvolvimento de serviços humanos, as entrevistadas refletiram sobre a relação de cuidado na sua dimensão holística, tendo sido identificada como: cuidar do próximo, considerar a história de vida da pessoa, a aceitação do outro como pessoa, a capacidade de se colocarem no lugar do outro, o desenvolvimento de processos de empatia e ir ao encontro do que a pessoa deseja.

A relação tem um lugar de destaque nas falas das entrevistadas, assumida como um compromisso, destacando de forma intrínseca o papel do Serviço Social, contextualizado nas práticas das entrevistadas. O prestar atenção pode ser um fator desencadeador de diversas interações, o olhar verdadeiramente para o outro pode fazer a diferença, o observar pode impulsionar outro olhar sobre uma pessoa que todos os dias tem os mesmos cuidados, as mesmas vivências, como se de um *déjà-vu* se tratasse. No momento em que uma pessoa repara na outra, durante um tempo suficiente, potencia o sentimento de empatia (Goleman, 2006, p. 85).

[...] é a cuidar do próximo como alguém que [...] apresenta [...] necessidades e que recorre de forma a poder ter aqui a resposta que necessita para a sua situação em concreto, pronto estarmos munidos dos meios para poder responder em conformidade a cada uma das situações e depois no lar no seu todo. (DT1)

Uma das assistentes sociais entrevistadas considerou que é importante conhecer a história de vida de cada pessoa para poder compreender as suas atitudes e para compreender a pessoa, evidenciando a necessidade de a relação de cuidado assumir um relacionamento de compreensão biográfico e de continuidade.

Devemos ter em conta uma história de vida para [...] ter uma relação de cuidado, tínhamos que ter uma história de vida e nem sempre nós conseguimos, lá está dependendo das características pessoais chegar lá ao ponto, àquela necessidade que está, que está lá no fundo [...] devido às limitações que existem por parte de alguns utentes, não é? [...] temos situações de utentes que descompensam e que depois passado algum tempo nós descobrimos, espera aí já sei porque é que aquela pessoa naquele dia estava deste modo. É a história de vida, era o ideal, o ideal [...] nós recebermos a pessoa, ter em conta tudo o que aquela pessoa foi, ter em conta o que a pessoa é, e o que é que a pessoa pretende ser. (DT2)

Outra das entrevistadas refletiu sobre a necessidade da aceitação do outro como a pessoa que é, sendo este um dos princípios do Serviço Social.

[...] a relação de cuidado tem como base, na minha opinião, a aceitação do outro tal como ele é. E com todas as suas características, é a capacidade de nos pormos do outro lado, é a capacidade de termos uma relação empática com a pessoa, de irmos ao encontro àquilo que a pessoa espera de nós, das suas necessidades, independentemente de ser seja quem for, esta é uma relação de cuidado, a capacidade de encontrar aquilo que o outro deseja e espera da vida. (DT3)

A relação de cuidado percecionada pelas assistentes sociais revela a compreensão das necessidades da pessoa, da sua história de vida e de ir ao encontro do que a pessoa espera e deseja. As assistentes sociais foram levadas a refletir sobre a forma como desenvolvem diariamente a relação de cuidado, assim referiram valorizar: o sigilo profissional, a sinceridade, o respeito, a dignidade, a igualdade, a privacidade, a responsabilidade e a aceitação do outro enquanto pessoa.

[...] devemos utilizar sempre o sigilo profissional, a privacidade, o respeito, autonomia de cada um deles, respeitar as suas capacidades, a partilha quando é permitida por eles [...]. (DT1)

[...] o respeito, a dignidade, a igualdade [...] é equidade e os afetos, do ponto de vista ético trabalhar com verdade, trabalhar com sinceridade. (DT2)

[...] é efetivamente o humanismo, não é? Procurar haver aqui alguma humanização nos cuidados e na prática do dia a dia [...] o respeito pelo outro, a situação do outro [...] responsabilidade, é a aceitação do outro, a capacidade que nós temos também de nos colocarmos do outro lado [...]. (DT3)

Encontra-se inerente à sua forma de estar os valores éticos, que devem enformar a relação de cuidado, como se pode verificar no discurso das entrevistadas.

Os assistentes sociais desenvolvem o seu trabalho tendo presente o valor da pessoa e a sua dignidade humana, promovendo os princípios da autodeterminação, liberdade, autonomia, proteção e cuidado. “[...] A ética é essencial no Serviço Social. O que a distingue das outras outras profissões é o seu objeto: o sujeito e as relações humanas (relacionamento)” (Carvalho, 2016). Nas falas das entrevistadas, a passagem à equipa destes valores e princípios é diária, com preocupação quer na supervisão, quer no respeito e compromisso nesta relação de cuidado. O desenvolvimento da ética do cuidado, segundo Carvalho (2016), possibilita que os “profissionais de Serviço Social sejam mais reflexivos sobre as decisões éticas e o modo como estas são tomadas” (*ibidem*, p. 57). Nestas decisões éticas é fundamental ancorar a natureza das relações dos profissionais com as pessoas idosas, que se configuram igualmente no desenvolvimento de uma relação empática e de responsabilidade (*ibidem*).

Foi referido pelas inquiridas que a estratégia definida para o desenvolvimento da relação de cuidado diária é a promoção da proximidade com as pessoas idosas e a equipa, circulando pela casa, supervisionando o bem-estar das pessoas idosas, assim como da equipa, o que lhes permite, em simultâneo, criar uma dinâmica de proximidade da relação e da observância das dinâmicas instituídas pela equipa, na forma como esta se interrelaciona.

[...] eu tenho como prática [...] diariamente quando chego ao equipamento tenho sempre cuidado de percorrer todo o equipamento, ver como é que eles estão, aproximar-me deles individualmente saber se estão bem, ter uma palavra para com eles, mostrar-me disponível e acho que isso é uma boa prática que faz parte de nós, ah não só por ser a diretora, mas da nossa parte individual, do saber como é que as pessoas estão, se necessitam de alguma coisa, abordar também a agente de geriatria em relação àquela pessoa se vir que alguma coisa não está em conformidade, acho que é prática o que é que nós devemos ter no nosso dia a dia, estar disponível para alguma situação que surja, acho que é por aí que se deve fazer esse caminho. (DT1)

A importância de o profissional se colocar no lugar do outro foi abordada por uma das entrevistadas, enquanto fator diferenciador na relação de cuidado, com foco nos agentes de geriatria.

[...] se fizerem uma prestação de cuidados [...] em que passa o melhor delas e isso reflete-se em tudo, reflete-se nos residentes, já andam mais bem-dispostas, elas andam mais felizes, eu como diretora estou muito mais feliz e satisfeita, as famílias sentem segurança, reflete em tudo, em tudo, por isso uma das coisas que nós temos mesmo, todos os dias que apostar é na qualidade da prestação de cuidados e é de que elas sintam que aquela pessoa é uma pessoa que ali está que [...] poderiam ser elas e tem que haver realmente um esforço de atuarem com calma [...] foi um caminho também que vamos fazendo. (DT3)

As assistentes sociais entrevistadas foram questionadas sobre o seu papel, no desenvolvimento da relação de cuidado. Na abordagem à relação de cuidado por si desenvolvida, existe uma ausência de identificação da relação de cuidado na dimensão da participação na residência e na comunidade por parte do residente, tendo sido omissa a vertente da relação de cuidado que envolve o residente no seu próprio projeto de vida, no desenvolvimento e na promoção da sua cidadania.

A importância da relação é transversal a todas as assistentes sociais entrevistadas, sendo evidenciada a relação enquanto parte integrante do Serviço Social, que é uma profissão de relação. Uma das assistentes sociais referiu que o Serviço Social é uma profissão de relação.

O meu papel, acho que é um papel de grande proximidade, é um papel de cuidado, de carinho, de dedicação, é tentar criar as condições para eles se sentirem bem connosco, sentirem-se felizes eu acho que a nós, é o trabalhar em ERPI [...] enquanto outro trabalho nós vimos os resultados depois mais tarde o trabalhar em ERPI para nós vimos os resultados muitas vezes através de um sorriso, obrigada que é feito de imediato parte do utente, então acho que esse é o meu trabalho. É o meu objetivo, é percorrer a casa vendo como é que as pessoas se encontram, tentando ajustar às necessidades e tentar sentir que eles se sentem confortáveis num lugar onde estão, acho que é esse o nosso papel [...]. (DT1)

A relação de cuidado é quase sempre considerada como a prestação de cuidado diretos, estando disponível para os ouvir. É assumida a relação de cuidado numa perspetiva de supervisão ao cuidado realizado pela equipa.

Na relação de cuidado diária eu sou aquela pessoa que passa pelo corredor, olá bom-dia como está? Tudo bem? Tal tal tal tal, estou atenta e faço voltas [...] numa perspetiva de supervisão porque considero que apesar de tudo é importante ver, um olhar, e com alguma regularidade para ver as coisas menos boas que possam estar a acontecer e eu nos cuidados [...] tenho este papel de supervisão também e não presto cuidados diretos, mas tenho este papel de supervisão dos cuidados que estão a ser prestados [...] como fazem a equipa de enfermagem, tal como faz o psicólogo, tal como faz a assistente social que está aqui a trabalhar comigo. (DT2)

Uma das entrevistadas associou a relação de cuidado ao desenvolvimento da sua relação direta com as pessoas idosas.

[...] estando atenta e tentando ajustar para que eles se sintam confortáveis e se sintam bem na casa que estão, que sou eu que estou a gerir neste momento, mas poderá ser outra pessoa mas é assim, eu tentar perceber quais as dificuldades e tentar aproximar-me deles e eles sentirem-se à-vontade, e vir ter comigo e falar comigo, acho que isso é muito importante, não vê a diretora como alguém que está ausente num gabinete [...] uma diretora que circula pela casa, que fala com eles, que está disponível para os ouvir, pronto acho que isso é muito importante. (DT1)

[...] desenvolvo diariamente, eu estou com eles diariamente, eu não consigo ser diretora se não tiver com eles diariamente. Eu recebo-os diariamente no meu gabinete, oiço-os, converso com eles, estou atenta, já os conheço um bocadinho se efetivamente eles estão bem, se não estão bem e há coisas que efetivamente eles recorrem à assistente social, mas há muitas coisas que eles recorrem a mim porque eles chamam-as mais vezes, mãe a Senhora é a mãe, por isso a Senhora é a mãe, olha eu vim aqui porque a Senhora e a mãe e por isso é, mas eu preciso também de ter esta relação próxima com eles e para mim é muito importante e eles precisam que eu esteja com eles todos os dias, também já me conhecem, sabem se eu não estou bem, e portanto também já às vezes acabam por me dizer hoje a senhora não está bem [...] é uma relação muito próxima, eu acho que a proximidade, é a capacidade que a pessoa tem, ser ou não próxima do outro eu acho que é fundamental também. (DT3)

Sobre a relação de cuidado nos lares que gerem, as assistentes sociais consideram que:

Eu acho que é assim, nós é como em todos os lares, não só neste, nós devemos primar pela qualidade, sabemos que não conseguimos ter a qualidade por excelência, não teremos, mas o meu papel enquanto diretora é tentarmos satisfazer dentro do que nos é possível, mas responder aos cuidados necessários em relação a cada utente [...] uma linha de prestar um melhor cuidado aos utentes sendo eles o nosso elemento primordial na casa. (DT1)

É uma relação que tem que crescer ainda um bocadinho, fazemos coisas muito boas mas ainda fazemos algumas coisas [...] não tão boas, é no sentido que há falhas, eu acredito para já que não há equipas perfeitas em lado nenhum, e a falha porque somos todos humanos e todos temos defeitos pode surgir, e emana de nós erro [...] é algo que emana do ser humano, pronto, portanto é natural que isso possa acontecer, o problema é que a maior parte das pessoas não vem com formação e por mais que nós tentemos fazer formação em contexto de trabalho, não é? Formação em contexto prático é diferente, é diferente se for uma formação formal pronto isso é um dos défices que eu encontro aqui na equipa e neste caso estou mesmo a falar da equipa de auxiliares, portanto o trabalho acaba por refletir um bocadinho, às vezes elas podem não fazer tão bem porque não sabem fazer de outra maneira, não é porque têm uma má intenção por trás ou por que não estão preocupadas ou porque acham que de qualquer forma podem fazer, não, é porque não sabem mesmo fazer. (DT2)

Os idosos escolhem aquilo que lhes apetece vestir naquele dia, mas há muitos idosos [...] não têm essa capacidade e quando eu vejo que há brio na forma como se cuida, fico de facto deveras satisfeita pronto e acontece muitas vezes. (DT2)

Procuramos que seja uma relação cuidada humanizada. (DT3)

De igual modo, foi solicitado às agentes de geriatria que referissem o que consideram ser uma relação de cuidado. As suas opiniões variaram entre o cuidar bem, o deixar confortável, o estar presente, o ter um relacionamento mais próximo e fazer as pessoas idosas felizes.

Tem que ser boa mesmo, tratar, cuidar bem deles e dar atenção, fazer tudo o que eles precisam. (AG1)

Eu acho que podia fazer mais, mas não faço [...] mais tempo para eles, mais qualidade para eles [...] o estarmos mais presente com eles [...]. (AG2)

Há uns melhores e uns piores como tudo né, e há uns que a gente lhe faz muita festinha muito carinho [...] eles aceitam muito bem, mas há outros que não, já não aceitam que a gente nem praticamente só a falar porque eles não gostam que a gente toque [...] pô-los numa situação confortável que a gente olhe para eles e veja que eles estão bem, prontos, é cuidar deles é tratar desde a higiene depois [...] exatamente cuidar bem deles e ver que eles que a gente olha para eles e que eles estão bem, estão. (AG4)

[...] parece que ficamos com um relacionamento muito mais apertado com os utentes e eles às vezes não têm ninguém, têm nós, estamos mais perto isso ajuda muito saber que estamos presentes sempre para eles, isso é muito importante [...] eu acho que tudo o que é bom para a pessoa se sentir mais feliz faz sempre, fica sempre, é sempre melhor na minha perspetiva eu acho que sim, tudo o que nos faz sentir feliz é sempre melhor [...]. (AG5)

Da auscultação às assistentes sociais, salienta-se uma intervenção de respeito e compromisso com a pessoa e pelo seu processo de envelhecimento enquadrado na sua continuidade e na necessidade de compreender as suas transições e as competências que a pessoa tem para lidar com essas transições.

Em suma, os assistentes sociais verbalizam uma prática assente nos princípios e valores do Serviço Social, estando estes inerentes em todas as falas das assistentes sociais, como o respeito pela dignidade da pessoa, o sigilo profissional, a partilha, o colocar-se no lugar do outro, o compreender e conhecer a história e o percurso das pessoas. No desenvolvimento da prática, a ética assume um papel importante para as assistentes sociais no desenvolvimento da sua prática e na transmissão que é realizada à equipa. Neste estudo, fica perceptível a necessidade de uma reflexão mais profunda, assim como um aprofundar de conhecimentos teórico-científicos para que, conjuntamente com o conhecimento adquirido em exercício, se repense a relação de cuidado na sua multidimensionalidade.

Recordando Payne (2011, 2012), o desenvolvimento dos conhecimentos e das habilidades em prol do desenvolvimento do relacionamento com as pessoas, aceitando o outro como pessoa que é, conferindo-lhe dignidade e direitos, permite o assumir da sua identidade humana. Os assistentes sociais comprometidos com o cuidado a pessoas idosas encontram-se numa posição privilegiada para empreender ideias inovadoras e criativas. A preocupação das assistentes sociais no campo da relação de cuidado é passada às agentes de geriatria, mas numa vertente de prestação de cuidados básicos, não existindo uma reflexão mais abrangente da relação de cuidado fora desta esfera, havendo a necessidade de refletir e disseminar conhecimentos sobre a multidimensionalidade da relação de cuidado, o que requer, por parte das assistentes sociais, um conhecimento teórico e tácito para esta transmissão.

Esta necessidade convoca a reciclagem e a aprendizagem ao longo da vida, através de um olhar mais profundo e qualificado para as práticas e aprendizagens dos agentes de geriatria, que devem receber formação diferente e diferenciada para que as organizações possam efetivamente desenvolver relações de cuidado humanizadas, que

não visem somente o biológico, mas a pessoa no seu todo. Assim, urge descolar de práticas de prestação de cuidados básicos para práticas relacionais empáticas e de promoção de um bem-estar holístico.

Do ponto de partida da definição da relação de cuidado, foram verbalizadas pelas assistentes sociais entrevistadas determinadas características, mas de uma forma muito geral, o que pode levantar o véu da ausência de reflexão sobre a relação de cuidado desenvolvida, quer por si quer pela equipa, não sendo desenvolvida uma prática reflexiva e crítica de autoquestionamento e de autoconhecimento, dando nota de um afastamento da identificação da relação de cuidado nas suas diversas vertentes, como a autodeterminação, a plena cidadania, a participação ativa na sua vida e na vida da residência.

Importa trazer para a reflexão os contributos de Payne (2011), que considera que a prestação de cuidados se reveste de questões éticas, em que o cuidador pode exercer sobre a pessoa cuidada um lugar de controlo, de poder; na mesma linha, com base na “ética do cuidado, devemos pensar se o que estamos fazendo trará benefícios ou malefícios para as pessoas que nutrimos afeto e, posteriormente, para as pessoas em geral” (Setúbal, 2009, p. 59). Outro aspeto de relevo é que a relação de cuidado se desenvolve em maior ou menor harmonia, consoante as regras e normas impostas pela gestão. Assim, existe uma relação de poder nesta interação, nesta troca em que se insere a relação de cuidado, que deve suscitar uma atuação crítica por parte dos assistentes sociais.

8.3. AS ATIVIDADES REALIZADAS PELOS AGENTES DE GERIATRIA

Considerando a relação de cuidado desenvolvida pelos agentes de geriatria, todas as assistentes sociais puderam descrever as atividades que estes profissionais desenvolvem diariamente. Puderam ainda refletir sobre que atividades poderiam desenvolver ou ser desenvolvidas por outros profissionais.

Os agentes de geriatria [...] fazem o cuidado em termos dos cuidados de higiene, acompanham os utentes no refeitório, administram as refeições, acompanham ao exterior sempre que necessário, a consulta, a exames médicos, a passeios [...] também o tratamento, gestão da roupa para que possa ser levada para a lavandaria e ser tratada pelo outro responsável que está lá, aferir também muitas vezes os gostos e necessidades dos utentes no seu todo também e também criado espaços para que em momentos em que tenham tempo [...] o cuidar, e cuidar não só do responder às necessidades de higiene, o cuidar, o mimar o outro preocupar-se em fazer pelo

embelezamento de umas unhas ou a cuidar de um cabelo [...] abordagem também ao nível da animação no espaço exterior até, muitas vezes, por muito que pareça pouco, vale muito [...] dar uma volta com eles, sentar-se numa mesa com eles, partilhar alguns jogos, conversar [...] outra coisa muito importante tratar dos seus roupeiros, da organização das suas roupas, saber onde as coisas estão, estar minimamente organizadas para poder ter acesso e poder responder às necessidades e depois passa por toda uma série de coisas, o cuidar da higiene, muitas vezes ver se o quarto precisa de algo mais. (DT1)

Elas prestam os cuidados diretos de higiene, dão um apoio na alimentação e dão apoio a todas as atividades nos momentos e nos tempos livres, ou seja, depois destes cuidados diretos, não é? Que são os essenciais e os mais básicos, elas estão com as pessoas, estar, fazem companhia, conversam, brincam, isso acontece nesta casa, claro que não vou dizer que acontece com todas ou que todas as agentes de geriatria que aqui estão têm a mesma sensibilidade ou mesmo a motivação ou a mesma habilidade, mas uma grande parte dos elementos da equipa consegue fazê-lo, percebe que o trabalho não termina só quando ok já comeu já posso sentar lá no cadeirão que é habitual, não é? (DT2)

A atividade é desde o acordar da pessoa, o cuidado de higiene, cuidados da alimentação, o cuidado do quarto, diligências no exterior, estar com a pessoa, conversar com a pessoa, fazer algumas atividades que às vezes a animadora também dirige e orienta e estar com eles também a fazer este tipo de atividades. Basicamente eu penso que é isto [...] o tratamento de roupa [...] acompanhamento a consulta... ui é um mundo tão grande, tantas coisas que elas fazem. Eu costumo dizer que quando elas têm todas as tarefas organizadas obviamente que sim e quando elas terminam uma determinada tarefa por exemplo estou-me a lembrar às 11h30 antes de os levarem a casa de banho antes de irem para o refeitório elas tem ali uns minutinhos. (DT3)

Do mesmo modo, foi solicitado às agentes de geriatria que descrevessem as atividades que realizam diariamente e o que difere de turno para turno. Assim, descreveram principalmente o turno da manhã, consensualmente considerado como o turno mais complicado de realizar.

Ai é tanta coisa, entro de manhã primeiro vamos ler o livro, que é que aconteceu à noite, algumas que tem que fazer exame, tem de ficar em jejum, não sei o quê e depois vamos fazer o carro, preparar as coisas que vamos precisar, toalhas, fraldas as coisas todas, [...] depois começamos a fazer a higiene, acaba de fazer a higiene, temos que fazer a cama depois ah, antes de acabar a higiene tem algumas que fica na cama porque vai tomar o pequeno-almoço, damos o pequeno-almoço aquelas que fica na cama, depois acabamos a higiene aos outros que falta, depois fazemos as camas, depois já está na hora de ir tomar pequeno-almoço, [...] depois vamos dar o almoço, depois do almoço mudamos a fralda, deitamos algumas, depois do almoço é andar ali às vezes cortamos as unhas, algumas colegas de corte de cabelo, cortamos as unhas, às vezes pintamos as unhas, brincamos com eles até às três, vamos de passagem de turno e embora. (AG1)

[...] eu pelo menos é é é o fazer a higiene deles é é o cuidar deles na alimentação é... pouco mais [...] cuidamos das roupas deles, da alimentação, mais a higiene, as camas [...] a nível dos roupeiros também somos nós [...] a roupa também para a lavandaria

quando ao fim de semana quando não está também temos que ter a preocupação de termos de toalhas [...]. (AG2)

É chegar eeee começar eee começar nos banhos [...] e então é assim a gente começa, a começa nos banhos dá uns banhinhos, depois faz as as higiene porque é assim a gente temos estipulado [...] x de banhos por dia e os outros é só a higiene na cama. Começa por dar os banhos aos que se levantem os que vem para baixo comer, porque alguns comem tem que ser mais cedo e dá os banhinhos e arranja-os, veste-os e tal prepara-os eles descem [...] os que vão à mesa comer, a gente faz-lhe a higiene, o banho, vão para o pequeno-almoço. Depois está na hora do pequeno-almoço [...] uma larga né as higiene vai dar, começar a dar os pequenos-almoços [...] se houver higiene vou continuar a fazer higiene não houver higiene pá pronto depois dos pequenos-almoços e da louça ter vindo para baixo para cozinha, a gente começa o fazer... ooooh temos as camas, fazer as camas depois tirar as roupas, tirámos roupas todas sujas depois pomos nos sacos [...] fazemos as camas, depois das camas e leva-se a roupa lavandaria, depois leva-se o lixo e depois é das camas feitas, vamos tomar o pequeno-almoço, às vezes ainda deixamos as camas para depois do pequeno almoço depende consoante corre o trabalho e depois é tipo posicioná-los [...] que é para eles já terem feito mais a digestão porque a gente tem de deixá-los assim depois damos água, temos de dar sempre aguinha de manhã duas vezes [...] pôr as mesas, voltar a dar os almoços, voltar a apanhar as loiças, depois voltar ai antes ao meio-dia voltamos a trocar as fraldas e depois pronto é assim a rotina. [...] vamos à passagem de turno [...]. (AG4).

[...] preparamos o carro, o carro do apoio grande, depois preparamos a entrada no quarto não é que temos que entrar com o que o residente usa que é uma fralda, preparar o material todos, fazer os toques na porta, os três toques, esperar [...] entramos com material todo porque quando abordamos o utente para não deixar sozinha, portanto não temos que sair novamente pode acontecer para chamar, mas se precisarem de ajuda aos colegas, não é? Mas não, fazemos os possíveis mesmos para não sair [...] nós realmente depois tiramos os lixos depois saímos daquele quarto vamos a outro quarto, depois no fim temos de tirar o lixo, temos que levar a roupa à lavandaria, isso faz parte do nosso trabalho da rotina também, mas não arrumamos a roupa na lavandaria [...] mas levamos à lavandaria para lavar, mas quem depois leva a roupa para cima para arrumar e lavar não somos nós. (AG5)

A descrição das tarefas foi realizada considerando a rotina que se encontra instituída, e que não difere de forma assinalável nos lares estudados. As agentes de geriatria referiram que todas estas normas instituídas, de realizarem as tarefas consoante os horários, são regras instituídas pelas diretoras.

As agentes de geriatria que realizaram formação em Humanidade (34%) consideraram que após a formação em Humanidade toda a lógica de cuidados, normas e rotinas foi alterada, revelando que a formação, além de aprendizagem, implica reflexão e melhoria contínua, existindo uma alteração na estratégia de gestão e de liderança, na compreensão de que as regras e normas instituídas são fatores que influenciam a prática diária da prestação de cuidados. Assim, na análise global do lar onde decorreu

a formação em Humanidade são apresentadas normas e rotinas flexíveis, adequadas aos ritmos das pessoas idosas e dos agentes de geriatria, criando ambientes tranquilos e com influência na forma como se desenvolve a prestação de cuidados. É ainda salientado por todas as agentes de geriatria que as diretoras técnicas referem a necessidade de desenvolverem um trabalho tranquilo, de cuidarem bem das pessoas idosas e de lhes dedicarem atenção.

As assistentes sociais descreveram as atividades mencionando as tarefas que estas profissionais realizam diariamente, não diferindo das referidas pelas agentes de geriatria. A única diferença é a atenção ao pormenor que cada agente de geriatria confere à sua descrição. Todas as entrevistadas concordaram com a possibilidade de as agentes de geriatria poderem realizar mais atividades lúdicas e de convívio com as pessoas idosas.

A importância da relação desenvolvida através de atividades de lazer e convívio, permite o desenvolvimento de um maior conhecimento da pessoa, enquanto dona da sua história, sendo evidenciada pelas entrevistadas como muito importante.

[...] conversar com a pessoa, fazer algumas atividades que às vezes a animadora também dirige e orienta e estar com eles também a fazer este tipo de atividades [...] eu digo-lhes muitas vezes estejam com eles nem um bocadinho, eles precisam de atenção, que eles precisam de estar com as pessoas, é que precisam mesmo. (DT3)

As assistentes sociais entrevistadas, assim como os agentes de geriatria, consideraram que deveriam existir mais momentos de atividades de lazer. Contudo, realçaram fatores que justificam o facto de tal não acontecer com regularidade: o excesso de trabalho, nem todos têm a mesma apetência e perfil para desenvolver estes momentos e, por último, o facto de não ser uma atividade que esteja instituída enquanto prática diária das agentes de geriatria, podendo ocorrer quando possível ou, segundo alguns agentes de geriatria, uma vez por semana.

[...] podiam ter estar mais disponíveis em alguns momentos, mas para isso também teriam que ter mais tempo e muitas vezes o que acontece é que face ao número de utentes e face ao número de agentes geriatria que temos é limitado no tempo para a prestação dos cuidados, pronto e ficamos sem tempo disponível para eles poderem prestar outro tipo de apoio [...] às vezes falta esse tempo, portanto o que é que nós tentamos fazer, tentamos ajustar de maneira que eles possam dar aquele apoio não só em termos de higiene mas um outro apoio de alguma proximidade e de acompanhamento, não sendo o ideal que não é, mas também não conseguimos mais. (DT1)

Eu acho que era muito importante se eles tivessem um bocadinho mais de tempo para estar com a pessoa a fazer estas atividades, [...] um jogo se eles estiverem mais próximos das pessoas, estiverem, lá está, se tiverem menos focado na tarefa mais focado na pessoa isso sai naturalmente, se eles tivessem mesmo mais tempo acho que era importante dedicarem-se a este tipo de coisas porque aproxima mais a pessoa e não a vê apenas no contexto de fazer aquela tarefa, que é esse objetivo é que aquilo aconteça naturalmente, eu estou ali para cuidar de ti que bom e [...] que seja tudo de forma natural e que flua [...]. (DT3)

Uma das assistentes sociais entrevistadas considerou que as atividades de lazer e de convívio devem estar incorporadas e assumidas pelos agentes de geriatria, não tendo de ser lembradas, devem fazer parte das competências, mas por vezes não há tempo para as desenvolver da forma desejada.

Todas as entrevistadas concordaram que as atividades de lazer e de companhia deveriam ser realizadas com mais frequência. No entanto, devido ao excesso de trabalho que as agentes de geriatria têm, à insuficiência de recursos humanos, ao elevado número de profissionais com serviços melhorados que não se encontram capacitados, momentaneamente ou definitivamente, para a execução da sua atividade profissional, juntando os que no dia se encontram ausentes por diversos motivos e a ausência de capacidade ou apetência de alguns agentes de geriatria para a realização destas atividades, estas não são desenvolvidas com frequência.

É muita coisa para fazer, muita coisa, mesmo que a gente queira fazer alguma coisa como deve ser... às vezes com o cansaço também acabamos por não fazer e e e eu sinto mesmo que não fiz aquela coisa como deve ser, sinto fico um bocadinho consciencializada, sim, mas também aquilo não dá para fazer tudo, não é? Tem muito trabalho, o trabalho é pesado às vezes temos pouca folga, também trabalhamos cinco, a folgar um dia só, a gente acaba por ficar muito cansado, muito com um bocadinho de stresse não, não conseguimos mesmo, nem eu nem as minhas colegas [...] até podíamos fazer outra coisa, estar com eles, fazer uma atividade com eles, mas o cansaço é tanto às vezes e tão e a gente está tão desmotivadas. (AG1)

[...] a gente também anda cansadas, estamos cansadas, não temos, não temos iniciativa [...] É o fim de semana um bocadinho mais puxado somos menos, não é? Não há alguém que às vezes nos possa deitar uma mão [...] se calhar se tivéssemos mais ajuda porque isto é assim, além disto ser um sítio onde falta muita gente, as pessoas estão cansadas, as pessoas, as pessoas aqui dentro estão cansadas, aaaah e precisávamos de ajuda por exemplo, temos agora três colegas que nos vieram dar agora uma mão que estão para se ir embora, nem sequer querem cá ficar, porque dizem que isto é muito complicado, aqui dentro as pessoas até vem e vem de outro sítio e ficam com uma ideia completamente errada disto, também ficam desmotivadas para trabalhar aqui dentro [...] porque isto entra muito o stresse e a gente fica stressada e vai passar para eles. (AG2)

[...] a gente farta-se de trabalhar que eles são muitos [...] e ele é um corre, corre [...] muito complicado a gente tem que fazer tudo [...] não é fácil a gente levar aquelas pessoas

todas ao banho que que a gente eu às vezes digo às enfermeiras vocês não têm uma noção de quantas vezes a gente pega no mesmo doente o dia que eu levo banho e há pessoas que pesam lá 80 e 90 kg, não é? É de gente a tirar para a cadeirinha é da gente a tirar da cadeira de banho para a cama para vestir não é [...] pôr os cremes para ajeitar para depois para pôr fraldinha, vesti-los, coisa e depois voltar a pegar na doente para voltar a pôr na cadeira de rodas, não é? (AG4)

[...] há um turno como hoje, o turno descamba é assim estamos dois elementos aqui que não sei porque é que estão aqui, estão de serviços melhorados. E temos de fazer milagres e claro que as coisas não podem funcionar. (AG2)

[...] só assim, sim se houvesse mais pessoal que a gente, a gente tem falta de pessoal mais tempo nós teríamos para cada um eles [...] aqui o grande problema é às vezes falta de pessoal que vai embora porque acabou o contrato ficamos à espera [...] aaaah eeeh é complicado estar definido...está definido que nós temos de estar no salão, às vezes lá está ou acontece uma situação que não vem uma colega e isso tem que ser nós a acudir a essa situação, mas gerimos sempre. (AG6)

As agentes de geriatria consideraram que quem tem aptidão para realizar algumas atividades de lazer ainda as faz nos poucos minutos que tem, dão um pequeno passeio, mas gostariam de ter mais tempo para dedicar às pessoas idosas no desenvolvimento de atividades que consideram fundamentais.

[...] uns gostam de jogar ao dominó e a gente até dá ali, uma senta de um lado outra senta com eles está ali um bocadinho com eles, mas isso sei lá mas isso numa semana é um dia que acontece. (AG1).

[...] muitos deles quer sair para ir a um café não pode, não pode, não pode [...]. Tem muitos que sai, tem outros que vai pedir e não vão [...] levanta a hora que é para levantar, toma café naquela hora por exemplo quer fazer uma coisa diferente não pode, eu acho que passou, vai morrendo mais rápido. (AG3)

[...] faz atividades com eles, às vezes jogamos a bola, uma bolinha para a mão de um e para a mão de outro, às vezes até fazemos [...] eu acho que isso é importante para eles, ficam tão contentes coitadinhos, eles, porque é uma coisa já diferente. (AG4)

[...] dançar ou fazer ginástica e a trabalhar as pernas, porque, porque acho que ajudam muito, portanto que é porque as vezes são muitas horas sentadas e as vezes acho que o facto de não poderem andar porque há aqueles que querem não podem, o facto de estar só a trabalhar as pernas já é bom [...]. (AG5)

aaah aquelas horas em que saem do refeitório e vão para o salão [...] estamos ali todos, uma hora, hora e meia e aí vamos conhecendo, vamos falando. (AG6)

Das atividades realizadas pelas agentes de geriatria, foram identificadas atividades que podem ser consideradas secundárias, por terem uma implicação indireta no bem-estar das pessoas idosas. Estas poderiam ser realizadas por outro profissional libertando tempo para poderem dedicar diretamente ao residente. As agentes de geriatria

consideraram que quem tem aptidão para realizar algumas atividades de lazer, ainda as faz nos poucos minutos que tem, dando um pequeno passeio, mas gostariam de ter tempo para dedicar mais às pessoas idosas no desenvolvimento de atividades que consideram fundamentais.

Foram assim referidas como atividades que poderiam ser realizadas por outros profissionais as seguintes: o transporte da roupa para a lavanderia, a arrumação da roupa cuidada nos roupeiros, a realização das camas. Recordando Ribeiro *et al.* (2009), existe uma ausência de definição de funções dos cuidadores, o que leva à duplicidade de funções, como as referidas: o tratamento de roupa e as limpezas.

As atividades de lazer e convívio que as agentes de geriatria realizam, segundo todas as entrevistadas, não se encontram programadas, acontecem apenas se houver tempo. Nas falas das agentes de geriatria, a desmotivação e o perfil de cada um vai definir se vão passar o tempo que lhes pode restar com as pessoas idosas ou se o aproveitam para descansar devido ao excesso de trabalho que referem ter.

Quando questionadas sobre o que verbalizaram sobre as pessoas idosas passarem muito tempo sentados e parados, as agentes de geriatria consideraram, de forma unânime, que estes passam muito tempo sentados e sem atividade.

[...] assim para eles não ficar ali parado a dormir o dia todo [...] ver televisão, sim, sim [...]. A dormir, a dormir. (AG1)

[...] há muito tempo que não se faz nada, saírem daqui, eu digo isto muita vez, eles vêm para aqui, eu não quero ir para um lar pois eu não estou para comer e dormir só [...] acho que que isso para eles também é triste [...] ali a ver televisão e a comerem, é a hora de dormirem é, acho isto parado, acho que é muito... às vezes a gente chega ali ao salão e lá estão eles a dormir [...] a vida deles é a televisão é é é comer é a hora da refeição, hora de, entretanto da cama e prontos [...]. (AG2)

[...] mas e eu vejo pessoas que entram aqui andando [...] daqui a pouco já não andam mais, estão numa cadeira e isso me causa muita tristeza porque é está sempre limitada não podes isto, não podes aquilo, não pode o outro e então o utente passa muito tempo sentado, o que vai acontecer? Não começa a caminhar, não começa a caminhar, ou senta, ou senta ou senta, não caminha com eles [...] porque os mandam sentar, não é? Esteja sossegado sente-se aí? (AG3)

Eu vou ser sincera, eu acho que não tem muita atividade [...] passam muito tempo sentados. (AG5)

A análise global vai ao encontro do referido no relatório realizado pela União das Misericórdias (2021), pois “[...] o dia a dia é monótono e rotineiro e em algumas

estruturas escasseiam relações interpessoais socialmente válidas. Os idosos perdem a sua liberdade de escolha e de decisão com a institucionalização” (*ibidem*, p. 16).

Recordando Ribeiro e Vieira (2017), estes autores evidenciam no seu estudo que as regras institucionais têm um grande impacto na liberdade, privacidade, intimidade e na identidade das pessoas idosas institucionalizadas, conjugando com as regras das organizações, pois “só podem permanecer nos seus quartos à noite quando vão dormir” (*ibidem*, p. 316). Ao nível das visitas, existem horas rígidas de visitas, assim como existem horas “de refeições, de dormir, de aceder à residência, de atividades de lazer, de TV, de saídas, de higiene” (*ibidem*, p. 316). Esta constatação é corroborada por Braga, Bestetti e Franco (2016, p. 329), quando afirmam que nas instituições “há restrições por conta das regras que o local impõe e a obrigatória convivência com pessoas de culturas diversas”. Os autores, nos seus estudos, referem lares que apresentam programas e vivências com excesso de regras e horários pré-definidos, ausentes de flexibilidade, sendo uma rotina mecanizada. Payne (2009) afirma que em muitos lares as pessoas são colocadas sentadas em cadeiras contra a parede e vêm o dia todo televisão, o que considera limitante.

Da observação realizada, foi possível perceber que a maioria das pessoas idosas fica sentada em frente à televisão, e as interações aconteciam apenas em forma de vigilância, em que as agentes de geriatria passavam para confirmar se todos estavam bem, se alguém necessitava de ser posicionado, de ser hidratado. Foram observadas atividades realizadas pelos técnicos com pequenos grupos, quer em jogos quer em sessões terapêuticas. Contudo, durante as horas de observação realizadas, as pessoas idosas permaneceram, na maioria, sentados em frente à televisão. Os que se deslocam autonomamente vão ao exterior sozinhos, mantêm atividade diária.

Em suma, ao analisar-se globalmente, pode verificar-se que as assistentes sociais consideraram que têm uma influência positiva nas práticas diárias, que orientam e corrigem situações, evidenciando uma preocupação com os cuidados prestados, que devem promover o bem-estar e a dignidade, não considerando que as normas instituídas para a relação de cuidado, que inclui a prestação de cuidados básicos, vão interferir diretamente no desempenho dos agentes de geriatria na prestação de cuidados, com consequências para a relação de cuidado. A ausência de bem-estar dos agentes de geriatria no desempenho das suas funções pode transmitir ansiedade e stresse, para as pessoas idosas aquando da prestação de cuidados básicos, o que por

sequencia pode ser transferido para a relação de cuidado na sua dimensão mais holística.

A ausência de reflexão sobre as normas instituídas pode, de alguma forma, revelar que não existe um envolvimento das agentes de geriatria no apoio à decisão da diretora técnica, tal como já referido pelas próprias. Salienta-se que estas normas levam a questionar a perceção dos assistentes sociais em funções de direção técnica sobre a influência da gestão nas práticas diárias dos agentes de geriatria, com uma influência direta na promoção do bem-estar das pessoas idosas. A interação entre as práticas de gestão e liderança instituídas e as práticas desenvolvidas pelos agentes de geriatria, assentes nas orientações recebidas, apresentam uma influência direta com a relação de cuidado e os cuidados diretos, com o bem-estar da equipa e com o seu bem-estar emocional, se se considerar a panóplia de atividades que estes profissionais têm de realizar.

A profissão dos agentes de geriatria pressupõe a dedicação ao outro, o compromisso, o estar disponível, o respeitar a dignidade e os direitos da pessoa, o saber-fazer, saber-estar e saber-ser, o que implica normas e regras que privilegiem o bem-estar da equipa, que se vai espelhar no bem-estar das pessoas idosas institucionalizadas. As normas de gestão instituídas, associadas aos horários pré-estabelecidos, levam a uma excessiva regulação. Não foi possível analisar se a existência destas regras se encontra intrinsecamente assumida pelas agentes de geriatria ou se efetivamente são validadas pelas diretoras técnicas. Deve-se ter em consideração que se confirma, em todas as entrevistas a preocupação de os cuidados serem promotores de bem-estar e qualidade, o que pode levar a uma reflexão profunda por parte dos diretores técnicos com a equipa.

8.4. AS COMPETÊNCIAS NO CUIDAR

Na análise realizada às competências do cuidar pretendeu-se compreender a forma como as assistentes sociais em funções de direção técnica e as agentes de geriatria percecionam as competências que devem desenvolver, assim como se existe a compreensão dessas competências tão essenciais ao desenvolvimento da relação de cuidado.

8.4.1. AS COMPETÊNCIAS DO ASSISTENTE SOCIAL EM FUNÇÕES DE DIREÇÃO TÉCNICA NO CUIDAR

As assistentes sociais foram inquiridas sobre o seu papel na relação de cuidado e as competências que consideram necessárias para o desenvolvimento da relação de cuidado. Foram evidenciadas as seguintes competências: empatia, comunicação, saber escutar, a disponibilidade, a responsabilidade e a honestidade.

As considerações sobre as competências e o papel do assistente social na relação de cuidado variam entre uma relação de cuidado direta e indireta. Salienta-se que a relação de cuidado é quase sempre associada à prestação de cuidados básicos.

O meu papel, acho que é um papel de grande proximidade, é um papel de cuidado, de carinho, de dedicação, é tentar criar as condições para eles se sentirem bem connosco, sentirem-se felizes [...] saber escutar acho que isso é muito importante para fazer este caminho. (DT1)

É assumida a relação de cuidado numa perspetiva de supervisão ao cuidado realizado pela equipa. Foi referido por uma das entrevistadas que os diversos profissionais estão atentos aos cuidados que são prestados.

Na relação de cuidado diária eu sou aquela pessoa que passa pelo corredor, olá bom-dia, como está? Tudo bem? Tal tal tal tal estou atenta e faço voltas [...] numa perspetiva de supervisão porque considero que apesar de tudo é importante ver, um olhar e com alguma regularidade para ver as coisas menos boas que possam estar a acontecer e eu nos cuidados [...] tenho este papel de supervisão também e não presto cuidados diretos, mas tenho este papel de supervisão dos cuidados que estão a ser prestados [...] como fazem a equipa de enfermagem, tal como faz o psicólogo, tal como faz a assistente social que está aqui a trabalhar comigo. (DT2)

Na abordagem à relação de cuidado e às competências desenvolvidas, os princípios que todos os profissionais que trabalham na área da gerontologia devem ter, segundo as entrevistadas, são: a empatia, o escutar, ser sensível e compreender o outro, ser tranquilo, gostar do trabalho que realiza, ser alegre, responsável e honesto, pese embora todo o discurso acabe por evidenciar mais os agentes de geriatria.

[...] respeito pela intimidade das pessoas [...] tratar todos de igual modo, de acordo com as suas necessidades, respeito, igualdade [...] a equidade, a sensibilidade fundamental, se não tivermos sensíveis ao outro, a empatia e se não tivermos sensíveis ao outro não vamos conseguir de maneira nenhuma, até podemos tentar fingir, mas o resultado não vai surgir. (DT2)

As assistentes sociais referiram que gostar da profissão é um fator importante, considerando que gostar é uma competência na relação de cuidado, o gostar da

profissão, associado à tranquilidade, serenidade, compreensão do outro e respeito pelo outro.

[...] eu acho que de certa forma é capacitar [...] tentar consciencializar os colaboradores trabalham comigo, da realidade em que estão a trabalhar, terem a consciência de que o devem fazer estando disponíveis para eu acho que é assim, pensarmos que estamos aqui para apoiar quem precisa, que é neste momento é um utente, mas para nós é uma pessoa que poderia ser qualquer um dos nossos familiares, portanto ver essa pessoa como alguém que deve ser tratada com carinho, com dedicação e nós estamos disponíveis para ele. Então é assim, como sabemos os agentes de geriatria todos eles são diferentes, [...] têm mais apetência para determinado trabalho ou terão mais para outra no fundo o que é que nos compete a nós? Irmos avaliando as suas práticas, ver as necessidades que cada um vai sentindo e estarmos despertos para poder recolher essa informação e poder em equipa ver qual é que é o elemento que aqui pode ajudar e falar com a pessoa individualmente e ver quais as suas dificuldades, qual o caminho que tem a fazer e quais as ferramentas necessárias para que esse caminho possa ser feito com qualidade, pronto, e também estar atentos à sua vida [...] não querendo entrar na sua vida privada, mas muitas vezes estar disponíveis [...] tentar perceber também a sua forma de estar e tentar ajudá-la para que ela esteja disponível para ajudar o outro. (DT1)

[...] acho que tem que haver tranquilidade e serenidade, a compreensão do outro e se calhar estou com dificuldade de expressar a este nível, mas a relação de cuidado é uma relação que pode ser uma relação de cuidado a diferentes níveis [...] eu acho que tem que se gostar muito do que se faz, e se gostar do que se faz e com todo o apoio que se possa ter em termos de aprendizagem, mais do que de características profissionais, técnicas e metodologias. (DT3)

O respeito foi uma das palavras mais ditas pelas assistentes sociais entrevistadas, considerando que para as mesmas é fundamental o trabalho ser desenvolvido com respeito pela pessoa, pela sua privacidade, gostos e desejos.

A comunicação foi outra das competências evidenciadas.

Respeito pela intimidade das pessoas é muito, muito importante [...] tratar todos de igual modo, de acordo com as suas necessidades, respeito, igualdade [...] equidade, a sensibilidade fundamental, se não tivermos sensíveis ao outro, empatia, e se não tivermos sensíveis ao outro não vamos conseguir de maneira nenhuma, até podemos tentar fingir, mas o resultado não vai surgir. (DT2)

Falar com o outro, e se gosta de fazer, é meio caminho andado, claro que é importante que [...] seja uma pessoa tranquila, que gosta de trabalhar [...] na área da terceira idade e que seja empática e que seja alegre, é importante também, isto são tudo características que a pessoa tem que ter, agora a honestidade, a responsabilidade, são princípios que qualquer um de nós tem de ter, não é? Independentemente ser mais ajudante de lar ou ser a diretora ou ser o motorista [...]. (DT3)

É de salientar os valores identificados: valores gerais, como o respeito, a responsabilidade, a confidencialidade e a individualização; valores emancipatórios,

como a igualdade; valores emocionais, como a aceitação incondicional, a empatia e a autenticidade (Carvalho, 2016).

Em suma, as assistentes sociais inquiridas ancoram às suas práticas os valores e os princípios do Serviço Social, revelaram uma preocupação constante com o bem-estar das pessoas idosas e com o corresponder aos seus gostos e às suas necessidades. Ressalva-se que da análise global emerge a associação do bem-estar à prestação de cuidados básicos, ou seja, a alimentação, a higiene pessoal e a saúde, o que vem ao encontro da literatura estudada. Recorda-se Ribeiro e Vieira (2017), a noção de bem-estar está muito associada à satisfação das necessidades básicas, muito concretamente com a higiene pessoal e a alimentação. Salienta-se que para desenvolver uma relação de empatia, que gere ressonância nas pessoas e processos de confiança e sentimentos de segurança, é fundamental dedicar tempo à pessoa. Destacam-se padrões de relação de cuidado empática, potenciadora de bem-estar, e padrões de relação intencional, que não denota uma relação de cuidado empática, apesar de ser evidente o respeito, a preocupação na promoção do bem-estar e a garantia dos recursos necessários para efetivar esse bem-estar.

8.4.2. AS COMPETÊNCIAS DOS AGENTES DE GERIATRIA NO CUIDAR

As competências dos agentes de geriatria foram alvo de questionamento quer às assistentes sociais em funções de direção técnica quer às próprias agentes de geriatria.

As assistentes sociais consideraram que os agentes de geriatria devem escolher esta profissão por ser uma profissão que gostam, serem profissionais dedicados e estar disponíveis para esta relação de cuidado ao outro, serem responsáveis e saberem respeitar a privacidade da pessoa.

[...] devem ser pessoas disponíveis e idealmente deve ter sido uma profissão escolhida por gosto [...] tenham a dedicação necessária para trabalhar nesta área. (DT1)

[...] em primeiro lugar, gosto de trabalhar nesta área, que seja uma boa pessoa [...]. (DT3)

Apesar das assistentes sociais considerarem que estes profissionais devem vir para a profissão por gosto, o ingresso nesta profissão na sua maioria não ocorre por escolha e por gosto. Tem sido ao longo dos tempos verificado em diversos estudos (Silva *et al.*, 2015; Rodrigues, 2014) que a maioria destes profissionais ingressam na profissão pela

necessidade de entrarem no mercado do trabalho. Os agentes de geriatria desta investigação convergem com os restantes estudos.

Uma das competências considerada muito importante, é saber ouvir as pessoas idosas para que os cuidados possam ser justar às pessoas, subentende-se cuidados ajustados além das necessidades, ao gosto da pessoa.

portanto deve ser algo que deve partir deles e ver o utente como alguém, que muitas vezes somos nós a única família dele [...] saber ouvir para ajustar [...] eu acho que eles têm que ter uma grande competência que é eles devem ser responsáveis, devem saber cuidar [...] devem ter a humildade de quando não souberem, ter alguma dificuldade, em recorrer e pedir ajuda, [...] o sigilo profissional deve preservar a privacidade do utente. (DT1)

Segundo as assistentes sociais entrevistadas, os agentes de geriatria devem saber comunicar, devem saber cuidar e devem identificar situações mais complexas que necessitam de outra abordagem.

[...] que seja capaz de ouvir, que seja calmo e tranquilo, que tenha esta capacidade também de se colocar do outro lado, que seja bem-disposto acho que é importante também é que saiba gerir conflitos [...]

Ao comunicar com a pessoa, ouvindo-a, permite mais facilmente identificar o que a pessoa deseja e a forma como a mesma se sente, o que capacita o profissional para o desenvolvimento da relação com a pessoa, transmitindo-lhe segurança. É evidenciada a privacidade e o respeito pelo espaço do residente.

[...] capacidade de comunicar [...] não se entra pelo quarto de ninguém sem se fazer anunciar e sem se dar os bons-dias e sem dizer olhe, posso [...] vamos começar a fazer os cuidados de higiene, hoje vamos sair do leito, não vamos sair do leito etc., essa capacidade de comunicar é fundamental [...] aliada a esta capacidade de comunicar é mais fácil perceber o que é que o outro precisa porque se nós comunicamos, conseguimos ouvir o outro e ao ouvir o outro já vamos prestar cuidados de melhor qualidade, se ouvirmos realmente aquilo que as pessoas nos pedem e estou mesmo a falar das agentes de geriatria que muitas vezes estão habituadas a cuidar de determinada maneira e não conseguem fazer diferente. (DT2)

A capacidade que os agentes de geriatria têm de se relacionar com as pessoas idosa é focada como fundamental, considerando que uma comunicação facilitadora permite desenvolver uma relação interpessoal, com base no que a pessoa necessita.

[...] seria fazer diferente para aquela pessoa e só se consegue fazer diferente para aquela pessoa quando se consegue comunicar e vir da parte dessa pessoa ou aquilo que realmente a pessoa necessita por isso uma vez mais a relação, a relação e a comunicação [...] pessoas a cuidar de pessoas, não é? (DT2)

[...] quando nós estamos a cuidar, estamos a cuidar de forma natural e com uma conversa porque nós quando estamos também com uma outra pessoa não estamos de boca fechada, estamos a conversar não é, e que a pessoa seja cuidada a falar a conversar, claro que há pessoas que fazem isso naturalmente, naturalmente e há outras que tem mais dificuldade porque elas são mais introvertidas, etc., por isso é se esse estar com a pessoa for desde o início do dia até ao final do turno eu acho excelente, não é, porque à medida que estamos a cuidar podemos estar com a pessoa, conversando com ela [...]. (DT3)

No discurso da assistente social DT2, é salientada a preocupação em garantir que as pessoas não sejam cuidadas de forma impessoal,

[...] a sensação que eu tenho é que às vezes pode acontecer o que nós não queremos que aconteça [...] que as pessoas sejam tratadas como objetos, está aqui tem que tomar banho [...] ao pequeno-almoço e depois fica ali sentadinho na cadeira [...]. (DT2)

Foi identificado pelas assistentes sociais entrevistadas que são pessoas a cuidar de pessoas, identificando que por vezes acontece o que não é desejável, ou seja, as pessoas serem tratadas como objetos, com a realização da atividade à tarefa, a fragilidade do outro perante o cuidador.

Das entrevistas realizadas aos agentes de geriatria, estes manifestaram muita dificuldade em identificar as suas competências. Foi possível apurar que as opiniões se dividem, à questão sobre se foram informados de quais são as suas competências, 50% agentes de geriatria consideraram que não foram informados e as restantes 50% consideraram que foram informadas quando começaram a exercer a profissão.

É de salientar que 34% das agentes de geriatria não conseguiram identificar as competências inerentes à sua profissão,

Há isso é muito que eu não consigo dizer assim [...]. (AG1)

As restantes 66% fizeram a descrição do que consideram ser as suas competências.

[...] a nível de higiene, da alimentação estar com eles [...] é o bem-estar dele [...] dar-lhe um apoio a eles e conviver mais com eles que o que seria o ideal. (AG2)

As nossas competências ééééé... as nossas competências é é é desde as hígienes, desde os banhos, desde as unhas [...]. (AG4)

Ao agente de geriatria exigem-se competências, algumas mais simples, como o conhecimento das necessidades das pessoas idosas, como saber distingui-las, saber lidar com as doenças e com sintomas de diversas doenças, incluindo as demências. Considera-se que a relação de cuidado “é um território de intervenção com grande

exigência ao nível dos conhecimentos, da ética, dos direitos, das metodologias e das técnicas de intervenção” (Ribeirinho, 2016, p. 219). Deste modo, é fundamental uma formação especializada, teórica, humana e ética consolidada com uma formação humana diferenciada (*ibidem*), que capacite estes profissionais.

Da análise realizada ao catálogo de competências da organização em estudo no que respeita às competências assentes no saber-ser, ressaltam as seguintes: a capacidade de comunicação e de relação interpessoal com equilíbrio emocional; capacidade de gerir conflitos e interagir de forma adequada em contextos adversos, com equilíbrio emocional e afetivo; ter um bom ambiente de equipa e ter disponibilidade para a equipa e motivar os colegas para a adoção de cuidados de higiene e conforto adequados; apresentar uma atitude de melhoria contínua e de evolução nas práticas profissionais; ter uma atitude de compreensão, paciência e sensibilidade com as pessoas idosas, respeitar os princípios de ética e deontologia inerentes à profissão; respeitar a privacidade, a intimidade e a individualidade dos outros.

Com base nos resultados da investigação, e perante o desconhecimento das agentes de geriatria sobre as competências inerentes à sua profissão, fica a dúvida se os profissionais conhecem e têm acesso ao catálogo de competências da organização, tendo sido referido por 34% das agentes de geriatria que as competências são trabalhadas nas reuniões, 17% que são passadas de forma informal e as restantes 50% não responderam. Assim, enfatiza-se a necessidade de as competências serem alvo de transmissão e serem detalhadamente explicadas, assumindo as que servem a relação de cuidado, além das competências de saber-fazer e saberes de conhecimento.

Com base nas competências previstas no catálogo de competências da organização, e da análise realizada de uma forma geral, os agentes de geriatria não revelaram capacidade de planear e aplicar técnicas de animação, sendo que esta é uma das áreas fundamentais do desenvolvimento da relação de cuidado, na qual se estreitam laços, se conhecem as pessoas mais aprofundadamente através dos seus gostos, além da prestação direta de cuidados, em que se criam laços de empatia e confiança.

A construção da relação de cuidado além da prestação de cuidados básicos tem sido uma lacuna ao analisar-se esta profissão. Assim, os rácios previstos na Portaria n.º 67/2012, de 21 de março, colocam os agentes de geriatria como prestadores de cuidados diretos, retirando-os do modelo de cuidados efetivo, na sua multidimensionalidade, e da efetiva relação de cuidado, tornando-os fazedores de

cuidados pessoais básicos, à tarefa. Urge uma alteração profunda no entendimento da relação de cuidado realizada por estes profissionais, onde se desenvolva uma estratégia que trabalhe com os mesmos as suas competências, que os catapulte realmente para uma relação de cuidado digna e de direitos, que lhes possibilite sair da esfera da prestação de cuidados que os aglutina e envolve sem lhes permitir a verdadeira entrega ao outro, nesta relação dual de compromisso e entrega efetiva. Pressupõe-se a existência de uma ligação na relação de cuidado, considerando que a ligação se encontra associada a uma relação afetiva que une dois indivíduos por meio da valorização e da importância que atribuem um ao outro (Fischer, 2002).

Recorda-se, nesta assunção, Silva *et al.* (2015), que referem que realizar uma prestação de cuidados básica – como alimentar, administrar medicamentos, dar banhos nos termos definidos pela chefia – não faz com que estes profissionais estejam habilitados para cuidar de pessoas idosas. Desta forma, analisa-se a seguinte competência: gerir o tempo e organizar o seu trabalho em sintonia com as orientações dadas. Esta competência confere autonomia aos agentes de geriatria na gestão da sua atividade consoante as orientações transmitidas, mas recordando-se as falas das agentes de geriatria, só correndo e em stresse é que se consegue respeitar as orientações instituídas, pelo que se questiona qual a viabilidade dos agentes de assumirem a autonomia de gestão de tempo.

Esta autonomia pressupõe um grande aporte para que os cuidados prestados respeitem os princípios éticos e deontológicos da profissão, que congrega a dignidade e os direitos do residente. Perante as inúmeras tarefas, responsabilidades, horários apertados e excessivos, estes profissionais necessitam de líderes que suportem, acolham, partilhem e que estejam presentes para poder transmitir quer tranquilidade quer flexibilidade para que esta relação de cuidado se espelhe no residente como tranquilidade, felicidade e satisfação com as relações mantidas, sentindo-se seguros e em casa. A competência relacional, emocional e comunicacional é evidenciada ao longo da investigação como muito importante, assim como a importância de os agentes de geriatria se colocarem no lugar do outro. É também referido com relevância o cuidar naturalmente, conversando, de forma a criar um espaço propício à prestação de cuidados num ambiente tranquilo e sereno.

Em suma, as competências dos agentes de geriatria são efetivamente consideradas fundamentais para uma boa relação de cuidado, sendo necessário incluir competências

que visem a dignidade e os direitos das pessoas idosas institucionalizadas. Devem ser disseminadas numa base de conhecimento, de relação, emoção, compromisso e valorização, pelo que o estudo nos diz que estas devem ser trabalhadas em equipa e compreendidas à luz da prática diária, dando uma maior valorização e compreensão da prática profissional dos agentes de geriatria. As atividades de lazer devem ocupar um lugar de destaque até aqui invisível, devendo esta relação de cuidado sair da sua esfera redutora da prestação de cuidados. Os assistentes sociais têm um compromisso ético-político no que respeita à consciencialização e mobilização de pessoas e grupos para a defesa dos seus direitos, tendo como competência o exercer influência no sistema político e na opinião pública, o que inclui a organização para a qual trabalha.

8.5. O PLANO DE CUIDADOS E A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS BÁSICOS

A relação de cuidado incorpora o plano de cuidados da pessoa idosa institucionalizada. As assistentes sociais entrevistadas consideraram que desempenham um papel preponderante e fundamental na criação, implementação e supervisão do plano de cuidados e na gestão da própria equipa na construção do plano.

Da análise global as assistentes sociais definem o seu papel como preponderante na delineação do plano de cuidados e consideram que este deve ter um contributo de diversas especialidades.

O meu papel aí é preponderante porque é assim, como trabalhamos em equipa o contributo de cada um é muito importante, quando fazemos o plano de cuidados [...] é ajustado individualmente e depois em relação a cada situação quer o contributo da enfermagem, do meu contributo enquanto assistente social com a psicóloga, com a terapeuta, nós tentamos ajustar o plano de cuidados e tentamos transmitir e transmitimos e afixamos e para que as agentes de geriatria também estejam disponíveis, saibam e muitas vezes podemos até ter ajustado um plano de cuidados o qual foi feito em equipa está fixado foi falado com as agentes geriatria [...]. (DT1)

[...] eu faço a receção da admissão da pessoa, eu e a assistente social e a equipa de enfermagem, pronto fazemos a admissão da pessoa, é claro que depois o diagnóstico é feito por cada uma das especificidades de intervenção, mas eu acompanhei esse processo todo. (DT3)

O desenvolvimento do plano de cuidados é partilhado pelos profissionais, sendo diariamente avaliado e caso seja necessário o mesmo é ajustado às necessidades das pessoas idosas que podem ir alterando. É salientado pelas assistentes sociais, que caso a pessoa idosa mantenha a capacidade de participação tem um papel no planeamento do plano de cuidados.

[...] faz sentido tomar banho desta forma, ela agora está com necessidade disto, nós vamos tentar ajustar em relação às dificuldades porque é assim [...] os utentes que nós temos vão mudando portanto [...] uns vão criando apetência por algumas coisas, outros não, cada vez mais vão perdendo as suas capacidades e vamos ter que ir ajustando, justamente esse ajuste do plano de cuidados é visto em equipa e trabalhado e muitas vezes até com o próprio utente, se ele ainda tiver nas suas plenas capacidades, embora às vezes limitadas, também tentar auscultar dele se acha que aquilo se realmente se adequa ou se sente mais confortável de outra forma e tentamos ajustar. (DT1)

A liderança da equipa evidencia-se na construção do plano de cuidados, tendo a diretora técnica um papel importante, é salientado por todas as assistentes sociais que estão envolvidas no plano que fazem parte de todo o processo do plano de cuidados, desde o seu planeamento, passando pela reavaliação e a supervisão.

[...] diariamente trocamos impressões sobre a situação e eu com as diferentes especialidades, portanto eu sinto-me envolvida desde o início até ao fim sempre [...] eu não estou à parte só porque sou diretora, eu estou envolvida do início ao fim, mas também só assim é que me faz sentido [...] eu sinto-me envolvida, igualmente envolvida em todo o processo. (DT3)

No que se refere a gerir os conflitos existentes, ou pré-existentes, conferindo tranquilidade e levando a consensos,

Eu serei se calhar [...] quando nós estamos a tratar, a traçar um plano de cuidados e serei uma conciliadora, muitas vezes sinto-me nesse papel. (DT2)

A participação no plano de cuidados vem revelar interesse na pessoa e não apenas na prestação de cuidado enquanto tarefa, prestar atenção na pessoa e não somente na necessidade de desenvolver a intervenção.

O assistente social diretor técnico e líder de equipa tem um papel de destaque nos planos de cuidados, pois realiza a coordenação da equipa e a supervisão do cumprimento do plano de cuidados elaborado para e com a pessoa. Este plano de cuidados apresenta diversas dimensões, como a prestação de cuidado diretos, o apoio nas atividades instrumentais da vida diária e nas atividades lúdicas. No entanto, as entrevistadas não identificaram no plano a dimensão das atividades avançadas da vida diária, onde se encontra contemplada a participação e o desenvolvimento da cidadania. Foi referido que o plano é consensualizado com o residente e conforme os seus gostos e hábitos.

[...] nós quando elaboramos o plano de cuidados [...] nós fazemos o estudo de caso, elaboramos o diagnóstico e depois elaboramos o plano de cuidados. O plano de cuidados depois é apresentado e discutido com as ajudantes de lar e com os residentes

também, com o próprio obviamente que sim [...] o meu papel depois é ajudar a concretizar e é todos os dias e diariamente que esse plano de cuidados não falha e que seja garantido àquela pessoa, por isso eu converso muito com os ajudantes de lar, fazemos reuniões diariamente, circulo na casa inteira, nós temos o plano de cuidados fixado na casa de banho, claro que sempre também o plano de intervenção social no nosso processo de cada pessoa idosa institucionalizada, o do cuidado está fixado na casa de banho para ser mais fácil da ajudante de lar vê-lo diariamente [...] o meu papel é muito de ajudar, é que não falte efetivamente nada e que ele seja efetivamente cumprido [...] for preciso ser revisto obviamente que estamos lá para isso [...] eu tenho uma participação quase em todo o processo. (DT3)

Toda a informação recolhida deve ser organizada para que se possa concretizar o plano de cuidados com a equipa e o próprio, sendo focada a avaliação com abordagem à história de vida da pessoa, recorrendo ao seu processo contínuo de vida, em desenvolvimento, à biografia, enquanto fundamental para a compreensão dos gostos, hábitos, costumes. Após os primeiros momentos de avaliação, organiza-se o início da prestação do serviço através da admissão na resposta, com a formulação de um contrato, assumindo um compromisso de ambas as partes (regras, normas, deveres e direitos de ambas as partes), previamente realizado, com uma estratégia de intervenção assumida pelo serviço e pelo próprio, sempre que a pessoa reúna as condições de a poder assumir, podendo ser necessário recorrer ao acompanhante legal, em caso de maior acompanhado. É evidenciado como importante o envolvimento das pessoas idosas no seu plano de cuidados. A monitorização e a supervisão do cumprimento do plano é fundamental para o seu sucesso, pelo que, além da diretora técnica, os técnicos que fazem parte da equipa desempenham um papel importante nesse apoio. É destacado um papel de apoio para que não falte nada para que as agentes de geriatria possam desenvolver e aplicar na prática o plano da melhor forma possível.

As assistentes sociais foram levadas a refletir sobre o papel dos agentes de geriatria no plano de cuidados, tendo evidenciado que estes profissionais têm um papel importante na definição do plano, apesar de não estarem envolvidos da mesma forma, em cada um dos lares da investigação.

[...] estes agentes de geriatria têm um papel preponderante [...] têm um papel preponderante porque eles estão no dia a dia com eles nos cuidados de higiene ou mesmo até outras atividades que façam com eles vêm-nos dar conhecimento de algumas alterações [...] a informação de que aquele utente poderia beneficiar se aquele banho por exemplo fosse dado num outro horário [...] e nós vamos receber essa informação como algo que nos permite mudar e adequar, pronto acho que é muito importante o papel deles no plano de cuidados, eles são elementos-chave aqui nós construímos o plano de cuidados, definimos o plano de cuidados [...] quando entra alguém na casa nós fazemos

a avaliação da equipa, definimos em relação àquela situação qual o plano de cuidados e esse plano de cuidados depois que é fixado. (DT1).

É fundamental, aqui por enquanto ainda não fazem parte da definição do plano de cuidados a 100%, nós fazemos a definição do plano de cuidados a nível da equipa técnica, ainda não chegámos a esse patamar de ter os agentes, mas ouvimos ou seja nas passagens de turno, temos sempre o cuidado de perguntar quando queremos fazer uma mudança, alterar um utente de um quarto para outro, ouvimo-las porque elas conhecem muito bem os nossos idosos, portanto [...] formalmente elas não estão ainda [...] implicadas no plano de cuidados e no traçado do plano de cuidados, nós não deixamos de as ouvir quando falo nós estou a referir-me a mim, aos enfermeiros, à chefe setor, sobretudo na passagem de turno têm impacto fazem sugestões e muitas alterações se fazem com as suas sugestões [...] acontece um fenómeno engraçado que é olha ouviram as minhas opiniões, ficam empoderadas não é? Ouviram a minha opinião, a minha sugestão, olha que bom, e vê-se que a pessoa fica satisfeita e pronto, é isso que se pretende. (DT2).

Em dois dos lares, as agentes de geriatria não fazem parte da equipa que planeia o plano de cuidados, mas após este ter sido criado é apresentado às agentes de geriatria para que se possam pronunciar. Nestes lares, as agentes de geriatria são envolvidas quando existe a necessidade de implementar alguma mudança ou ter um conhecimento mais profundo sobre alguma pessoa idosas. No outro lar, as agentes de geriatria estão envolvidas na realização do plano de cuidados, e é de salientar que neste lar as alterações tiveram por base a formação em metodologia Humanidade que foi administrada.

As agentes de geriatria, por sua vez, consideraram que as diretoras técnicas procuram a sua opinião na continuidade da operacionalização do plano de cuidados, no âmbito da prestação de cuidados básicos, incorporando a sua opinião nas soluções e nas alterações que necessitam de ser implementadas.

[...] normalmente a doutora pergunta sempre as nossas opiniões, aquilo que vocês acharam. Entra a pessoa nova hoje vamos tratar dele, fazemos uma coisa doutora vai nos perguntar como é que correu, como é que achamos melhor fazer, a tratar da pessoa que entrou. (AG1)

Às vezes é nos perguntado, não é sempre, às vezes, porque não há reuniões, é uma coisa que me faz imensa confusão [...]. (AG2)

Não tínhamos plano de cuidado, mas sempre [...] que havia alteração de alguma coisa nós falávamos, não é? [...] aliás todos esses cuidados, tem que passar por nós porque nós temos um cuidado direto com.. com os residentes, não é? acho que tem mesmo passar [...] e qualquer coisa fala sempre com nós também para perguntar para nossa opinião. (AG5)

Todas as entrevistadas foram inquiridas sobre a prestação de cuidados básicos. As assistentes sociais verbalizaram como consideram que deve ser uma prestação de cuidados, sendo que as agentes de geriatria identificaram como desenvolvem a prestação de cuidados.

As assistentes sociais referiram que no desenvolvimento da prestação de cuidados, o agente de geriatria deve saber escutar, deve estar capacitado para lidar com situações complexas que possam ocorrer, no caso de não conseguirem resolver as situações devem solicitar apoio à equipa técnica.

[...] os cuidados de higiene estar disponível, saber ouvir para ajustar alguns comportamentos que tenha de ter em relação a algumas situações, nós muitas vezes temos utentes, têm alguma agressividade até perante a altura em que estamos a fazer as higiene, saber abordar essa situação de uma forma ténue, a falante [...] devem ter a humildade de quando não souberem, ter alguma dificuldade, em recorrer e pedir ajuda, [...] para poder dar é uma resposta mais adequada [...] o sigilo profissional deve preservar a privacidade do utente. (DT1)

Da análise global é mencionada a necessidade de os materiais necessários à prestação de cuidados, como por exemplos: atalhados e fraldas, sejam previamente preparados, de forma a que o profissional tenha ao seu alcance o necessário, podendo deste modo dedicar toda a atenção à pessoa e respeitar todas as condições de segurança e de privacidade necessárias.

Ao fazer uma higiene ter o cuidado de saber se está em redor, tudo de forma a que possa haver essa privacidade que é necessária, ter o cuidado de primeiro visualizar está tudo em conformidade para poder prestar o apoio e que as coisas sejam colocadas de forma a esse apoio ser prestado com as devidas condições, acho que tudo isto é importante. (DT1)

A realização da prestação de cuidados de forma natural, desenvolvida através do diálogo, permite desenvolver uma maior proximidade mostrando à pessoa que está na relação para cuidar dela com satisfação.

[...] quando nós estamos a cuidar, estamos a cuidar de forma natural e com uma conversa porque nós quando estamos também com uma outra pessoa não estamos de boca fechada, estamos a conversar não é e que a pessoa seja cuidada a falar a conversar [...] se esse estar com a pessoa for desde o início do dia até ao final do turno eu acho excelente, não é porque à medida que estamos a cuidar podemos estar com a pessoa, conversando com ela [...] a pessoa entra aqui e acha, ok eu vou trabalhar, tenho isto e isto para cumprir mas o objetivo é que ela sabe e tem isto para fazer, mas que está aqui acima de tudo a cuidar e está a cuidar, ok eu tenho esta tarefa que faz parte do cuidar, mas que bom estou com outro, é um bocadinho por aí, claro que eu como digo há pessoas que fazem naturalmente [...]. (DT3)

A prestação de cuidados realizada com calma, com respeito pela pessoa permita passar o melhor que os profissionais e vai refletir-se na pessoa idosa. Fazendo com que todos estejam mais satisfeitos, os agentes de geriatria, a diretora, as pessoas idosas, transmitindo desta forma, uma maior segurança também aos familiares. Da análise global realizada a importância da colocação no lugar do outro é uma preocupação evidenciada diversas vezes pelas assistentes sociais.

[...] se fizerem uma prestação de cuidados [...] em que passa o melhor delas e isso reflete-se em tudo, reflete-se nos residentes, já andam mais bem-dispostas, elas andam mais felizes, eu como diretora estou muito mais feliz e satisfeita, as famílias sentem segurança, reflete em tudo, em tudo, por isso uma das coisas que nós temos mesmo, todos os dias que apostar é na qualidade da prestação de cuidados e é de que elas sintam que aquela pessoa é uma pessoa que ali está que [...] poderiam ser elas e tem que haver realmente um esforço de atuarem com calma [...] foi um caminho também que vamos fazendo. (DT3)

Os agentes de geriatria descreveram a forma como realizam uma prestação de cuidados, sendo que esta pode variar consoante o número de profissionais que estão a trabalhar no dia.

[...] cuidado de bater à porta, pode não haver se calhar ou de bater a porta, bater à porta isto é tão é tão devia de haver, o sistema é tão... a gente estamos tão stressadas, e que nem temos tempo de pensar e vamos entrar porque sabemos que temos aquela pessoa para cuidar tem que estar aquela hora no coiso e as horas estão a passar e é tudo tão mecânico às vezes que raramente há...há mas muito pouco tempo para eles, para a gente estar ali com calma e falar [...]. E eu sei que já os tenho os outros todos despachados [...] então acalmei ali sei que tenho ela e não tenho aquele stresse e estou ali até a conversar um bocadinho com ela, a dar-lhe aquele apoio, aquela conseguir chegar ali a ela porque senão também era vamos embora a seguir, a despachar a tomar banho para seguir. (AG2)

O respeito pela vontade das pessoas idosas, o realizar a prestação de cuidados com naturalidade e humor, permitindo criar um ambiente mais tranquilo e relaxante. São, deste modo, identificadas posturas mais tranquilas que se apresentam como diferenciadoras no modo processual em que desenvolvem a prestação de cuidados.

O banho, alguns que não gostam de tomar banho às vezes dizem que não quer ou que não quer lavar a cabeça, eu respeito não quer lavar a cabeça hoje lava amanhã, também não vale a pena estar a lavar todos os dias [...] sim deixo eles mesmo a sentir à vontade, mesmo ali é brincar a falar connosco [...] brinco começo a pôr água no pé depois é que sobe, mesmo poder se sentirem bem também [...]. (AG1).

Destaca-se a verbalização da satisfação de cuidar, de prestar cuidados com tranquilidade e sem ser à pressa, de implementar tranquilidade que é transmitida às pessoas idosas,

[...] é muito importante não fazer à pressa [...] por acaso ninguém vai atrás de nós para dizer que estamos a fazer a pressa, embora nós temos um horário mas não há necessidade estarmos a correr [...] se nós vamos com a pressa a pessoa idosa institucionalizada fica nervoso e não quer tomar banho ou mesmo que não fica bem, portanto a nossa tranquilidade nós vamos transmitir toda [...] eu acho que essa tranquilidade nós vemos todos os dias na cara dos utentes, quando a pessoa acaba e diz olhe foi bom cuidar de si, está linda, cheirosa, bonita, aquele olhar que que um pessoa idosa institucionalizada olha pra mim é tudo [...] tanta tranquilidade da nossa é muito importante para passar nos utentes, o fazer a correr não dá [...] acho que se não houver regras e que desorientar a pessoa tem que ter regra não é? Nós temos que saber o que fazer e a doutora sempre tem alguma coisa nova também orientam-nos [...]. (AG5).

De igual modo, é feita a descrição da forma como se deve fazer a abordagem à pessoa que vai ser cuidada, com atenção total à pessoa, de forma suave e com toques identificados como “toque social” na prestação de cuidados. É feita uma abordagem sempre em diálogo com a pessoa, informando do procedimento a realizar e ouvindo a pessoa, conferindo-lhe total importância e dedicação

[...] não respondem na porta entramos e batemos na cama, nos pés da cama até responder, às vezes não responde, [...] depois abordamos, entramos e o pessoal não responde nós temos mesmo que ir em frente da pessoa e olhar no olho, o mexer, o toque suave, tocar e os sítios que é joelho [...] sim, mais social, sim então tocamos na pessoa e a pessoa realmente começa a mexer, aí já sabemos que podemos abordar, o começar a falar, depois levamos as pessoas a casa de banho [...] vamos sempre anunciar o que é que vamos fazer onde é que vamos depois sair da casa de banho voltamos ao quarto para acabar de vestir e há pessoas que ficam de pé vamos lá de pé, há outros que não, depois trazemos a pessoa sempre dizer a pessoa vamos depois acabar o trabalho temos que trazê-lo para baixo, anunciar sempre vou levar agora... depois quando trazemos as pessoas aqui em baixo, despedimos da pessoa que é pra pessoa saber que depois voltamos para e até com eles novamente no salão [...]. (AG5).

A importância de ouvir a pessoa e de respeitar a sua vontade, da análise global realizada revela-se como importante

[...] a higiene da manhã e eles sempre tiveram um pouco também aqui de autonomia se queriam tomar banho ou não [...] nós dizemos hoje quer ficar mais um bocadinho? fica mais um bocadinho, pronto, promovemos essa situação. (AG6).

Os agentes de geriatria consideraram que as pessoas idosas deveriam poder ter uma voz mais ativa nas vivências da residência, desenvolver a sua autodeterminação e o

seu próprio tempo. Deste modo, as opiniões dividem-se entre a não existência da promoção da autodeterminação das pessoas idosas,

Eles são comandados [...] o respeito de de de ter o tempo deles [...] o respeito deles terem a hora deles, de eles querem ficar na cama, ficarem na cama se que não querem tomar o pequeno-almoço agora, tomam mais logo, mas isso não há [...] deve ser horrível eu eu penso vejo, ponho-me às vezes no lugar deles é que já é muito ano e a gente vai tendo também a noção das coisas [...]. (AG2)

[...] muitos não conseguem decidir, muitos não se pergunta [...] Não, não, não, não decidem [...]. (AG3)

E a existência da promoção da autodeterminação e respeito,

Nós respeitamos muito [...] nós não obrigamos as pessoas não, não, isso é muito bom [...]. (AG5).

No que refere à felicidade, ao bem-estar e à dignidade da pessoa idosa, as agentes de geriatria manifestaram-se da seguinte forma pelos agentes de geriatria:

Se for falar da dignidade por completo é você decide quando levanta você não está se sentindo bem você vai ficar na cama, você vai ter o seu horário de pequeno-almoço, não é? Você vai tê, por exemplo eu vou sair para passear, eu vou fazer fisioterapia, eu vou fazer aquilo da minha forma, do jeito que eu quiser, então para mim isso não é dignidade. (AG3)

Para mim o bem-estar é a gente cuidar deles e deixá-los estar [...] pô-los numa situação confortável que a gente olhe para eles e veja que eles estão bem, prontos é cuidar deles, é tratar desde a higiene depois [...] exatamente cuidar bem deles e ver que eles que a gente olha para eles e que eles estão bem [...]. (AG4)

[...] em fazer aquilo que o utente quer em fazer aquilo que o utente quer [...] parece que ficamos com um relacionamento muito mais apertado com os utentes e eles às vezes não têm ninguém, têm nós estamos mais perto isso ajuda muito saber que estamos presentes sempre para eles, isso é muito importante [...] eu acho que tudo o que é bom para a pessoa se sentir mais feliz faz sempre fica sempre é sempre melhor na minha perspectiva eu acho que sim tudo o que nos faz sentir feliz é sempre melhor [...]. (AG5)

As agentes de geriatria, de uma forma geral, ressaltaram uma preocupação com o bem-estar das pessoas idosas focado ao longo das entrevistas, perspectivas mais crítico-reflexivas, transmitindo conhecimento e reconhecimento da necessidade de uma mudança que permita as pessoas idosas receberem cuidados que promovam o bem-estar. Referiram a necessidade de sentirem as pessoas felizes e confortáveis para que elas próprias se possam sentir valorizadas e satisfeitas com o seu trabalho, numa felicidade que se espelha no cuidado e no cuidador. Por outro lado, evidenciaram

igualmente ansiedade, stresse e cansaço que se reflete no cuidador e que se transmite para a pessoa cuidada.

Podemos verificar que a forma crítico-reflexiva reflete a postura de quatro das entrevistadas, sendo que uma se encontra no desempenho da profissão há menos de dez anos. Foi possível inferir que as agentes de geriatria há mais anos na profissão analisaram a sua prática, os processos, as regras, as normas e as rotinas instituídas numa base de melhoria contínua. Estas profissionais, pelos anos de casa, poderiam estar num processo mais de conformidade-normativo, contudo este é evidenciado quer por profissionais com mais de dez anos de profissão quer com menos de dez anos de profissão.

As agentes de geriatria associaram a felicidade à dignidade e ao bem-estar. Uma das agentes de geriatria considerou que o conforto e as pessoas estarem bem sentadas significa o bem-estar. Podemos encontrar nas suas falas significados de dignidade retratado como a dignidade ser o que a pessoa poder fazer o que gosta, definir os seus horários e decidir sobre a sua vida.

Recordando-se Ribeiro e Vieira (2017) é abordado o bem-estar, as autoras referem que “a ideia de bem-estar dos idosos está muito ligada à capacidade das instituições em satisfazer as necessidades básicas dos idosos [...] surge associada à higiene pessoal – intrinsecamente ligada ao cuidar do aspeto físico e da saúde” (*ibidem*, p. 317). As autoras referem que a noção de bem-estar nunca foi no decorrer das entrevistas relacionada pelas entrevistadas com o “sentido de privacidade, intimidade ou sexualidade dos idosos como algo inerente ao seu bem-estar e à sua qualidade de vida” (*ibidem*, p. 317). No relatório da União das Misericórdias (2021) é dado especial enfoque a todas as dimensões da vida da pessoa, deixando de estar focado somente na saúde e na higiene pessoal. O bem-estar conjuga diversos parâmetros do quotidiano e da vida das pessoas, e o mesmo relatório considera que estes não podem ser garantidos se coexistirem regras e horários rígidos e procedimentos rotineiros, sendo estes iguais para todas as pessoas.

Em suma, o assistente social em funções de gestão deve perscrutar, junto dos cuidadores, quais as suas necessidades na prestação de cuidados, na relação, na gestão das emoções e na comunicação, de forma a fornecer as ferramentas éticas adequadas à prestação de cuidados. Existe igualmente uma obrigação ética e de princípio para com os cuidadores, de modo a que estes encontrem no cuidado um bem-

estar que se reflita na sua própria atuação. As assistentes sociais consideram a prestação de cuidados à luz de um processo de dignidade da pessoa idosa. É, assim, elevada a exigência do cuidado a um outro patamar, ultrapassando a concepção de prestação de cuidados relacionada com o bem-estar físico da pessoa, com os cuidados primários e básicos que se encontram no primeiro nível da pirâmide de Maslow, que prevaleceu ao longo dos tempos.

8.6. O LAR COMO CASA

As assistentes sociais entrevistadas foram desafiadas a refletir sobre o que consideram ser um lar. Da análise às entrevistas, é possível referir que a palavra mais evidenciada foi “casa”, seguida pelas expressões “a minha casa”, recorrendo a palavras como “acolhedor”, “afeto”, “aconchego” e “conforto”.

[...] um lar deve ter um ambiente acolhedor, deve ser um espaço físico que permita que as pessoas que se identifiquem com ele, que possam sentir-se bem [...] se isso fosse possível também auscultar junto delas quando vem integrar o lar, as suas expectativas, o que é que esperam e algo que se possa adaptar nós podemos adaptar, portanto acho que um lar deve ser visto como algo acolhedor, um espaço acolhedor onde as pessoas sintam bem, sintam acolhidas, possam contar connosco. (DT1)

[...] a casa, a casa, que é a minha casa, a casa de quem cá está, mais no sentido de lar mesmo, eu gosto muito da palavra lar [...] tem uma carga de afeto e de partilha, de pertença [...] eu acho que deve estar associado a casa, lar afeto, cuidados sentir-se parte de família [...] e nem sempre nos primeiros tempos as pessoas estão satisfeitas porque tudo o que implica uma mudança é complicado, nós temos isso por nós e os nossos temos também sentem isso e as pessoas eu quero ir para a minha casa, eu utilizo muitas vezes, é mas esta agora é a sua casa, é porque é mesmo [...]. (DT2)

[...] aqui garantir é que esta casa seja uma casa com alegria, com vivacidade, com pessoas que também que investem aqui [...] até a nível arquitetónico também uma melhoria dos espaços deles, dos espaços ao conforto, ligados ao conforto do quarto [...] que as pessoas se sintam felizes e tranquilas. (DT3)

As diretoras técnicas referiram que o lar deve ser a casa das pessoas, recorrendo às seguintes expressões para identificar as características como acolhedor: sentir-se em família, identificação com o espaço, adaptar, afeto, partilha, pertença, alegria, conforto, felicidade e tranquilidade.

A ambiência não foi evidenciada pelas assistentes sociais enquanto elemento de humanização que considera o edificado, a disposição dos espaços, as cores e os mobiliários, propiciador de uma relação positiva das pessoas com o espaço, fomentando as relações interpessoais e grupais. O espaço, enquanto elemento influenciador

positivo, quer das relações quer da fluidez das relações, requer uma identificação da pessoa com o mesmo para que se desenvolvam sentimentos de pertença e de bem-estar, comunidade, amizade e bom humor. Das observações realizadas aos ambientes dos lares, foram evidenciados ambientes positivos e ambientes mais neutros, resultando, destes últimos, uma sensação de impessoalidade, de indiferença.

Recordando, Bestetti (2014), a ambiência é um espaço de humanização por meio do equilíbrio de elementos que compõem os espaços e a sua orientação, conforto e qualidade ambiental, através de fatores físicos amigáveis, criando estímulos positivos. Nesta linha, tal como já mencionado, os autores Dijk-Heiner *et al.* (2014) evidenciam no seu estudo que a segurança, a proteção, os relacionamentos, a ação, o cuidado e a autonomia são os temas mais abordados no que se refere ao lar enquanto sentimento de casa.

É de realçar que as assistentes sociais entrevistadas referiram que o lar se passou a chamar residência, contudo manifestam uma preferência pela palavra lar.

Eu até gosto da palavra, aqui há um tempo atrás passou de lar para residência, eu até gosto da palavra lar. (DT3)

Esta preferência encontra-se relacionada com a carga de afeto, de partilha e de pertença que a palavra transporta consigo.

Eu gosto muito da palavra lar [...] tem uma carga de afeto e de partilha, de pertença. (DT2)

As assistentes sociais consideram existir a necessidade de afirmar o lar como a casa das pessoas idosas, revestindo o ambiente enquanto ambiente familiar, de pertença, de conforto, com afeto e onde as pessoas se possam sentir bem.

[...] para mim um lar deve ser sempre a nossa casa, deve ser o espaço onde cada um de nós deve senti-lo como casa [...] lar faz-me lembrar casa, faz lembrar aconchego, faz-me lembrar bem-estar, vai-me dar conforto mínimo, afeto, faz lembrar tanta coisa, portanto para mim como é que eu definiria o conceito de lar, aconchego, afeto, onde eu pudesse me sentir realmente em casa. (DT3)

Da análise global realizada, ressalta a consciência de que o lar passa a ser a casa da pessoa idosa, existindo um trabalho de toda a equipa para que isso aconteça. A transição é um processo que pode acarretar diversos riscos: desenraizamento da pessoa do seu espaço, perda de identidade e ausência de vínculos afetivos, podendo mesmo existir uma rejeição à transição (ISS, c. 2005). Procurando minimizar todos estes

constrangimentos, o papel do assistente social é preponderante na atenção e consideração à personalidade do residente, à sua história, religião, hábitos e costumes, existindo uma preocupação evidenciada de conhecer a biografia da pessoa, para uma melhor prestação de serviços.

Conforme a literatura estudada (Pereira 2016; Fragoso, 2016), foi evidenciado pelas assistentes sociais a tranquilidade que se encontra associada a segurança e proteção, o conforto, o afeto e a pertença ao espaço, como aspectos importantes para a identidade de lugar. O conforto é inerente à promoção do bem-estar, assim, a possibilidade de as pessoas idosas decorarem o seu espaço ao seu gosto faz deste um espaço com sentido.

Apesar de haver a noção e a intenção de que o lar seja acolhedor e a casa das pessoas idosas institucionalizadas, permanece a consciência de que não é o seu espaço habitacional.

[...] não é o seu espaço habitacional, como a sua casa [...] ter um serviço que possa responder às suas necessidades, ter espaço onde as pessoas possam sentir bem. (DT1)

Esta consciência pode por um lado ser bloqueadora, ficando assente em dinâmicas de gestão e atitudes mais tradicionais, assim como, pode ser impulsionadora de uma reflexão sobre a necessidade de mudança e de transformação destas lógicas mais tradicionais em serviços mais participativos e colaborativos, onde as pessoas idosas institucionalizadas assumem um lugar de destaque.

Por seu turno, as agentes de geriatria entrevistadas refletiram sobre o que consideram ser o lar: um ambiente de lar-casa ou que se assemelha mais a um ambiente organizacional tradicional. Da análise realizada 50% consideram ser a casa das pessoas idosas; 35% consideram não ser a casa das pessoas idosas, por estas não poderem decidir sobre o seu quotidiano. Uma das agentes de geriatria não respondeu diretamente à questão, contudo refere que as pessoas têm de respeitar os horários instituídos.

Assim, foi possível apurar que na opinião de 35% das agentes de geriatria o lar não se constitui como a casa das pessoas. Considerando a análise global, estas agentes de geriatria apresentam uma reflexão que permite associar o lar-casa, quando as pessoas podem gerir os seus horários e o que pretendem fazer, o que não se verifica nas suas falas.

aaaa eu acho que vão adaptar ao serviço [...] é aquilo que organização decide [...]. (AG3)

É tal e qual como instituição. (AG2)

Já na opinião de 50% das agentes de geriatria o lar, assume verdadeiramente o espaço habitacional inerente à lar-casa.

[...] a casa é deles aqui a gente mesmo diz, tá na sua casa, a casa deles [...] sem dúvida, o quarto deles, as coisas deles, são os donos disto tudo, são mesmo. (AG6)

Importa destacar, que destas agentes de geriatria, uma considera que é a casa das pessoas, contudo quando aborda as normas e rotinas, considera que as pessoas idosas têm de as respeitar, considerando que estas normas se adequam bem ao serviço.

De uma forma geral, sobressai das narrativas um ajuste da pessoa idosa, uma adaptação, transparecendo a ideia de que é esperado que a pessoa se adapte aos serviços, ficando quase retirada a ideia de uma adaptação do serviço à pessoa, concretamente, nas suas rotinas, hábitos, vontades e gostos.

De igual modo, na sua globalidade, no que se refere à liberdade de as pessoas idosas institucionalizadas decidirem sobre a sua vida, apesar de todas as assistentes sociais terem referido que o podem fazer, esta liberdade fica bloqueada com as normas organizacionais no que se refere a receber visitas em espaço privado. No que respeita à perceção da liberdade, de as pessoas idosas poderem fazer as suas escolhas no dia-a-dia, 66% das agentes de geriatria consideraram que as pessoas idosas vivem consoante as regras e as normas implementadas; 34% das agentes de geriatria consideraram que as pessoas vivem numa organização com dificuldade em se assemelhar a ser casa. A consciência das limitações do espaço organizacional faz com que algumas agentes de geriatria considerem ser difícil o lar ser visto como casa, pois as regras e todas as dinâmicas diárias são definidas pelos outros, apesar de considerarem existir um elevado respeito pela pessoa idosa institucionalizada.

No que respeita ao espaço privado, as pessoas idosas institucionalizadas podem usufruir do seu espaço privado da forma como pretendem e na hora que pretendem. No que se refere a receber visitas, da análise geral, as pessoas idosas podem receber visitas consoante a sua vontade em vários momentos do dia, sem imposição de horários, podem receber as visitas no seu espaço privado ou numa sala preparada para o efeito, com garantia da sua privacidade. À exceção das pessoas idosas que partilham

o quarto com outras pessoas, mais no caso de serem três pessoas por quarto, sendo que a pessoa pode receber as visitas numa sala.

É reforçado o quarto enquanto espaço privado da pessoa idosa, contudo, da análise global, é a privacidade que surge como um dos aspetos menos conseguidos ao nível dos direitos; outro dos direitos que foi referido como menos conseguido foi o exercício da plena cidadania. Já no que se refere à liberdade e ao poder de decisão das pessoas idosas, este é um direito percecionado como garantido.

Em suma, o lar é considerado a casa das pessoas idosas, contudo existe a percepção de que na ótica da garantia de todos os direitos, existem direitos que ficam desprotegidos, sendo considerado que ainda não é possível assumir na totalidade a garantia de todos os direitos das pessoas idosas institucionalizadas. As normas e regras de horários instituídas inibem uma prática de assunção dos direitos e do respeito na totalidade da dignidade humana. Deste modo, o assistente social desempenha um papel fundamental na humanização das organizações, desenvolvendo os princípios e objetivos do Serviço Social, tendo sempre como base as pessoas idosas. As assistentes sociais revelam um elevado respeito pela condição humana, nomeadamente, pelas pessoas idosas e revelam preocupação nas decisões que tomam, procurando um caminho para a humanização do serviço e da gestão.

8.7. O CUIDADO COMO TEMPO

O tempo foi, ao longo de todas as entrevistas, referido como fundamental para desenvolver a relação de cuidado, tendo sido considerado insuficiente, atendendo à escassez de recursos humanos. O tempo dos cuidados e o tempo das pessoas não é o tempo da gestão operacional do lar. A relação de cuidado, na sua multidimensionalidade, não é compatível com a ausência e insuficiência de recursos humanos, uma vez que esta ausência de recursos humanos tem influência no tempo que se dedica à relação de cuidado, o que se vai repercutir no tempo de qualidade que se dedica às pessoas idosas institucionalizadas e na produção de efeitos de bem-estar e felicidade.

Assim, o tempo para o outro, de dedicar atenção ao outro, de estar, de fazer com o outro, de ouvir, de falar, de ser pessoa com o outro, de partilhar e de conhecer foi manifestado ao longo das entrevistas, tendo sido dito por todas as entrevistadas que é

insuficiente. De uma forma geral, o tempo foi considerado como muito importante para os profissionais poderem desenvolver na plenitude a relação de cuidado.

[...] o diretor tem muita carga por prática, não é? como toda a gente sabe é e olhamos para trás e não tivemos tempo de estar, eu às vezes eu penso assim e hoje fiz tanta coisa e não tive mais tempo com aqueles que precisavam que eu tivesse mais tempo [...] mas olha que a relação nós temos mesmo que respeitar e que é o tempo da pessoa, não é o nosso tempo é o tempo da pessoa e essa, e isso foi realmente uma coisa importante que ficou nas rotinas, deixaram de haver rotinas a correr, aliás eu estou sempre a aborrecer-me se efetivamente não é rotina as rotinas são para fazer ao tempo da pessoa e mas considere as que é o número de vamos lá tens consegue responder a outro condicionante isso outro condicionante. (DT3)

[...] a pensar, calma não pode ser só isto, não pode ser só papel, porque [...] nós sabemos que temos uma carga burocrática grande, não é? [...] que nos leva muito tempo e que às vezes nos impede de estar mais próximos e eu tento contrariar quando sinto que isso está a acontecer. (DT2)

O assistente social articula dimensões do cuidado na sua dimensão holística, sendo gestor do cuidado na sua multidimensionalidade, enquanto processo de valorização humana, trazendo contributos e práticas ancoradas ao bem-estar geral e à subjetividade do cuidado que origina efeitos na vida das pessoas idosas. A perceção da relação de cuidado difere de pessoa para pessoa, na forma como cada uma conceptualiza o cuidado, a sua forma de estar na profissão, na organização e com as pessoas, considerando-se aqui organização, equipa e pessoa idosa institucionalizada. É também de considerar as experiências e aprendizagens do próprio, em relação aos cuidados recebidos.

Assim, importa alavancar o modo como a relação de cuidado se desenvolve, além da prestação de cuidados básicos, à qual a relação de cuidado se encontra sempre associada, não tendo sido exceção a análise global das entrevistas, considerando que, na maioria das narrativas, houve sempre uma elevada associação à prestação de cuidados básicos, o que vem ao encontro do estudo realizado por Ribeiro *et al.* (2009).

As obrigações administrativas a que as assistentes sociais se veem confrontadas retira-as da relação de cuidado e, muitas vezes, do seu papel de supervisoras para uma relação de cuidado eficaz. Foi verbalizado pelas assistentes sociais entrevistadas que não têm o tempo que deveriam e que desejariam para dedicar às pessoas idosas e ao desenvolvimento desta relação de confiança, na plenitude das suas dimensões.

O cuidado em Serviço Social vai além da garantia de acesso a serviços, da satisfação das necessidades e do benefício material, e é possível que este passe de produto invisível a um produto de relação de cuidado visível, se se considerar a forma como se desenvolve. Deste modo, um olhar diferenciador da relação de cuidado analisa as interações entre os profissionais, considerando os assistentes sociais e os agentes de geriatria. É fundamental para o produto do cuidado, relacionado com o bem-estar subjetivo, o tempo do cuidado estar associado ao tempo das pessoas e não ao tempo da organização e à gestão dos serviços.

A relação de cuidado desenvolvida pelos assistentes sociais, na sua maioria, revelou cuidado, partilha, atenção e preocupação em garantir todos os recursos necessários para o desenvolvimento da prática diária. Nas narrativas das assistentes sociais foi verbalizada a prioridade da relação de cuidado, com a equipa e com as pessoas idosas, considerando que esta prática produz efeitos satisfatórios no desempenho da equipa e no bem-estar das pessoas idosas institucionalizadas. Foi referido existir disponibilidade e escuta, tendo sido possível observar diversos momentos de interação, quer com as pessoas idosas, quer de supervisão educativa junto da equipa. Foi igualmente referido por uma das assistentes sociais que quando repara estar muito envolvida na dinâmica burocrática e administrativa da gestão, interrompe-a e procura estar na companhia das pessoas idosas.

Na perspetiva das assistentes sociais, as inúmeras atividades que as agentes de geriatria têm de desempenhar, não lhes permite ter tempo para conviver com as pessoas idosas.

[...] também muitas vezes os gostos e necessidades dos utentes no seu todo também, e também criado espaços para que em momentos em que tenham tempo [...] podiam ter, estar mais disponíveis em alguns momentos, mas para isso também teriam que ter mais tempo e muitas vezes o que acontece é que face ao número de utentes e face ao número de agentes geriatria que temos é limitado no tempo para a prestação dos cuidados, pronto, e ficamos sem tempo disponível para eles poderem prestar o tipo de apoio [...] tentamos ajustar de maneira que eles possam dar aquele apoio não só em termos de higiene, mas um outro apoio de alguma proximidade e de acompanhamento, não sendo o ideal que não é, mas também não conseguimos mais. (DT1)

[...] eu acho que era muito importante se elas tivessem um bocadinho mais de tempo para estar com a pessoa a fazer estas atividades [...] mas às vezes um jogo se eles estiverem mais próximos das pessoas [...] se estiverem menos focados na tarefa, mais focado na pessoa isso sai naturalmente, se eles tivessem ao mesmo mais tempo, acho que era importante dedicarem-se a este tipo de coisas porque aproxima mais a pessoa

e não a vê apenas no contexto de fazer aquela tarefa, que é esse objetivo, é que aquilo aconteça naturalmente, eu estou ali para cuidar de ti que bom [...]. (DT3)

Por sua vez as agentes de geriatria consideram que apesar de existir uma preocupação e transmissão de valores, princípios inerentes à dignidade, respeito, liberdade e autodeterminação das pessoas idosas, através das assistentes sociais em direção técnica, nem sempre esta mensagem repercute os devidos efeitos em todos os funcionários. Tal como relatado pelas agentes de geriatria inquiridas, há sempre pessoas a desenvolver os cuidados a correr, não deixando as pessoas fazerem o que gostam, pelo é considerado que nem todos trabalham para o mesmo objetivo.

[...] estar mais tempo com eles, se calhar até fazer um jogo com eles [...] estarmos ali um bocadinho, mas depois é porque não houve tempo, não há tempo, mesmo que a gente queira estar ali a fazer alguma coisa com eles, não há tempo não conseguimos por exemplo às vezes a gente lá se assenta um bocadinho aaa [...]. (AG1).

[...] poderia ter mais tempo para o utente [...] pegar o utente e ir passear com ele um bocadinho, caminhar com ele, o que ele pretende, ou passear [...] não ficar só ali parado que eu acho que nós temos que ter mais tempo pra eles [...] tempo para conversar [...] quando ele, eu eu vejo que tem um espaço de tempo eu eu estou num piso eu pego e levo [...] conversamos [...]. (AG3)

O problema que o tempo que nós levamos de cuidar até chegar a fazer atividades e pouco às vezes, não é? Pode jogar uma bola mandar, a bola é assim a atividade direto fazemos, mas não assim tão [...] se eu tivesse tempo sim [...] dançar ou fazer ginástica e a trabalhar as pernas, porque, porque acho que ajudam. (AG5)

Da análise geral foi salientado por 85% apresenta uma perspetiva do bem-estar e da relação de cuidado numa abordagem de reflexão visaram a necessidade e importância de terem tempo para dedicar à pessoa, além da prestação de cuidados básicos, como ter tempo de qualidade com as pessoas idosas, poder estar com as pessoas a conversar, passear, fazer um jogo, conhecer melhor a pessoa para poder ter uma maior confiança que poderá potenciar a relação no dia a dia, levando a pessoa idosa a sentir-se mais segura. Sendo considerado por 15% das agentes de geriatria que a promoção do bem-estar se configura na prestação das necessidades básicas, desde que estejam confortáveis, sentados no cadeirão ou a ver televisão ou a dormir.

A importância da reflexão em todas as práticas profissionais revela profissionais mais conscientes com a sua prática, sendo salientado por estas que por vezes se sentem desmotivadas por não terem tempo para cuidarem melhor, refletindo posteriormente nos atos que foram realizados, o que converge com o estudo de Ribeiro *et al.* (2009), já

mencionado, onde é salientada a falta de tempo como inibidora de outras iniciativas de promoção de bem-estar.

Fica patente a manifestação por parte das agentes de geriatria na necessidade identificada de reforçarem laços, no desenvolvimento da relação de cuidado e de bem-estar com as pessoas idosas, através do desenvolvimento de atividades lúdicas e de lazer, ou seja, com mais tempo para dedicar à pessoa, sem estarem assoberbadas com a prestação de cuidados básicos, baseados em horários rígidos.

Em suma, todas as entrevistadas focaram a importância de terem tempo ou mais tempo, consoante os lares, para desenvolverem atividades com calma, tranquilidade e serenidade, o que permitiria mais tempo para desenvolverem um relacionamento mais cuidado no desenvolvimento das relações interpessoais, com uma maior afinidade com a pessoa idosa e que lhe permitisse criar uma maior confiança no cuidador. As agentes de geriatria também evidenciaram a necessidade de conhecer melhor as pessoas idosas, assim como foi manifestado o desejo de passar mais tempo e dar atenção às pessoas idosas através de atividades que lhes permitissem desenvolver uma maior confiança com a pessoa, para que esta confiança e tranquilidade se espelhe na prestação de cuidados básicos, sendo esta desenvolvida de forma mais tranquila, para que a pessoa cuidada não se sinta num papel de vulnerabilidade perante o outro.

8.8. O CONTRIBUTO DO ASSISTENTE SOCIAL NA HUMANIZAÇÃO DO SERVIÇO E DA RELAÇÃO DE CUIDADO

Foi solicitado às assistentes sociais em direção técnica de lar que refletissem sobre o seu contributo na humanização dos serviços e na humanização da relação de cuidado. Da auscultação realizada, destaca-se a contribuição do assistente social, o que decorre da personalidade e da sensibilidade que permite chegar ao outro, desenvolvendo os processos e as relações de confiança.

O assistente social tem uma visão holística da realidade, consegue ir beber a várias áreas de formação, é multifacetado [...], que eu digo que que são uma vantagem porque nós não estamos só a pensar nos aspetos sociais, nós pensamos um bocadinho em tudo, nós vemos a parte da saúde, nós temos a parte da dependência, nós temos uma leitura do utente na sua globalidade, das suas pessoas de referência [...]. (DT2)

Existe a perceção da humanização do serviço através do desenvolvimento de um olhar holístico, associado à compreensão da pessoa idosa no ambiente em que se encontra, salientando o saber-estar e o saber-ser. Considerando que o olhar do assistente social

vai além dos aspetos sociais, estes veem a pessoa como um todo, colocando em contexto as suas referências.

É considerado que os assistentes sociais mobilizam determinadas competências que os distinguem de outros profissionais no desenvolvimento da sua prática, o que ajuda a promover a humanização. A sensibilidade, o olhar holístico, a capacidade de compreender a outra pessoa, são competências associadas ao assistente social.

[...] enquanto assistente social e acho que isso pode ser transversal, nós temos é por si só uma sensibilidade, uma forma de trabalhar com o outro que nos permite [...] tentamos saber ler nos olhos [...], (DT1)

[...] eu acho que temos um olhar sobre o outro um bocadinho diferente, acho que vemos o outro inteiro na totalidade. (DT3)

A capacidade de ouvir, de desenvolver uma escuta ativa diferenciada que permite avaliar detalhes.

[...] ter a capacidade de ouvir, escuta, escuta ativa para poder resolver e ajudar a resolver e ajudar a implementar e ajudar a conseguir chegar lá, o tal desafio, é muito importante, tem esta capacidade de ouvir, nós estamos muito treinados para isto, para escutar, para escutar para poder fazer, para fazer bem e portanto eu acho que essas são características do assistente social [...] nós somos elos de ligação e o assistente social enquanto gestor faz exatamente isto, escuta, escuta e ajuda e promove e ajuda a ação [...]. (DT2)

A capacidade do assistente social em se colocar no lugar da outra pessoa, olhando a pessoa de forma diferenciada e desenvolvendo empatia, confiança e afeto,

Acho que somos afetivos, acho que somos afetivos [...] somos capazes de nos pôr ali do outro lado, eu acho sinceramente que temos isto acho e se calhar, agora estou-me a lembrar de coisas [...] mas olha esta é também uma característica inerente a qualquer cuidador é o afeto, o afeto é a base de tudo [...] o Serviço Social tem esta característica é a empatia que criamos e nós vemos sempre o outro é de uma maneira diferente [...]. (DT3).

[...] de forma mais humanizada chegar ao outro [...] nós enquanto assistentes sociais muitas vezes temos uma outra sensibilidade e temos uma outra forma de estar, que permite também muitas vezes ao utente ter uma confiança em nós e se abrir até de certa forma mais conosco mesmo [...]. (DT1).

Ressalta da análise global, um conjunto de competências que se reportam à capacidade de o assistente social se manter em relação com o outro, assumindo a sensibilidade do profissional decorrente de práticas ancoradas à abordagem holística e integral, na compreensão do envelhecimento e das suas transições.

A responsabilidade de ver a outra pessoa com um olhar diferenciador associa-se aos “princípios de justiça social, dos direitos humanos, da responsabilidade coletiva e do respeito pela diversidade” (APSS, 2018, p. 5), sendo importante perceber a pessoa como uma pessoa com direito à sua individualização, assim como o assumir do princípio universal do Serviço Social “a promoção do bem-estar” (*ibidem*, p. 3).

É evidenciado um duplo compromisso: o compromisso com a pessoa idosa e o compromisso com a equipa.

[...] até outro colaborador vir ter com a assistente social e poderá fazer aquele caminho de ajuda e encaminhar e acho que isso é muito importante. (DT1)

É de salientar a importância conferida a todo o processo de formação académica e de aprendizagem com a experiência, considerando existir uma preparação cuidada intrínseca e extrínseca ao profissional. Foi ainda referido que o Serviço Social é uma profissão de relação.

[...] como assistente social temos uma determinada sensibilidade para isso, toda a nossa formação por todas as áreas que passámos pela nossa parte prática até em termos de um estágio, acho que nós aprendemos muito e aprendemos muito no terreno, a proximidade com outro, o saber estar, o saber escutar, isso dá-nos digamos que as ferramentas necessárias para podermos tornar um serviço mais humanizante, não temos aquele olhar de longe, tentamos ter um olhar mais próximo [...]. (DT1)

[...] eu acho que nós temos aqui uma preparação, estou aqui a puxar a brasa à nossa sardinha, mas acho que nós temos aqui uma preparação de base [...] eu acho que não é por acaso que se vai para Serviço Social, é a minha opinião, eu acho que vamos porque temos aqui uma missão e acho que esta missão vem de dentro, é alguma coisa que nos chamou para aquela profissão e depois é assim é eu acho que Serviço Social, é Serviço Social de relação e é como eu já disse, profissão de relação, portanto estamos efetivamente preparados e quase ia dizer, quase automaticamente por uma série de coisas, com todo o respeito que eu tenho para todas as especialidades que são muito importantes para nós, mas acho que nós temos uma preparação cuidada que vem de dentro e obviamente também de fora não é, com tudo o que se aprende mas é somos especiais[...] mas acho que exatamente temos uma preparação, mas tem aqui um cunho pessoal. (DT3)

Salienta-se que as entrevistadas consideraram que a formação em Serviço Social acarreta e transporta para a humanização dos serviços, que se suporta nos “padrões teóricos-metodológicos, éticos e políticos, que se compromete com o aprofundamento e a promoção dos valores e princípios inscritos também na definição global do Serviço Social” (*ibidem*, p. 5). Foi evidenciada a dimensão ético-política, assente nos seus princípios éticos, através de preocupações que se projetam para a sociedade e para os decisores políticos na forma de reflexões e recomendações.

A importância da relação foi abordada ao longo de todas as entrevistas. Na medida em que o Serviço Social é uma profissão de relação, tal como referido por uma das entrevistadas, considera-se que o assistente social tem um papel fundamental na gestão e nos processos de liderança que se desenvolvem a partir dos modelos de gestão; como tal, estes devem estar assentes, conforme evocado pelas assistentes sociais entrevistadas, em relações empáticas. Recordando Luz (2018, p. 266), “[...] o Serviço Social hoje é também convocado a olhar diferentemente para o contexto abrangente e no que se inscrevem estas organizações, para provisionar o cuidado”.

As assistentes sociais foram convidadas a refletir sobre os desafios que se colocam à relação de cuidado. Ressalta da reflexão, a preocupação com a individualização da pessoa, pois cada pessoa é uma pessoa, e também a capacidade de responder às necessidades de cada pessoa, procurando recursos para dar a resposta mais adequada.

[...] os desafios acho que é assim, cada utente é um utente e nós estamos a aprender com eles e o grande desafio é nós conseguirmos responder a cada um individualmente de acordo com as suas necessidades e muitas vezes nem nós próprios sabemos responder [...] mas costuma-se dizer que a união faz a força e então nós conseguimos em equipa muitas vezes recolher recursos que nos vão permitir dar uma resposta mais adequada, acho que é um grande desafio muitas vezes face àquilo que temos, como é que nós conseguimos dar aquela resposta? (DT1).

O trabalho em equipa é considerado como fundamental para ultrapassar os desafios evidenciados.

Às vezes é o contributo de uma mera palavra de alguém que diz, que nós aproveitamos e que vamos contribuir com uma forma desafiante para apoiar aquela situação [...] não temos o ideal, mas vamos conseguir ir com aquilo que temos, de adequar e dar aquela resposta que é a resposta adequada àquela pessoa e acho que isso é muito gratificante [...] às vezes o contributo de todos é muito importante para que a gente consiga responder a uma necessidade no imediato [...]. (DT1)

Os desafios éticos, inerentes à relação de cuidado, o plano de cuidados e o conseguir cuidados com dignidade são um desafio diário.

Os desafios [...] as questões éticas, o plano de cuidados, a relação de cuidado [...] eu resumo isto a um desafio que era de facto conseguir, a conseguir o resultado que se pretende, o grande desafio nos cuidados de pessoas para pessoas é conseguirmos chegar onde se pretende chegar, que eu tenho estado a definir a nível da relação, a nível dos cuidados quer sejam os diretos quer sejam os cuidados menos diretos [...] o grande desafio é o que é constante e diário. (DT2)

É salientado por uma das entrevistadas que o respeito pelo tempo de cada pessoa é um grande desafio, sendo este importantíssimo. Foi considerado que o tempo de cada pessoa tem de ser respeitado nas rotinas instituídas, não podendo existir rotinas a correr, não sendo estas respeitadoras do tempo da pessoa.

[...] a relação nós temos mesmo que respeitar e que o tempo da pessoa não é o nosso tempo, é o tempo da pessoa e isso foi realmente uma coisa importante que ficou nas rotinas, deixaram de haver rotinas a correr aliás, eu estou sempre a aborrecer-me, as rotinas são para fazer ao tempo da pessoa [...] hoje estou feliz porque estou aqui, eu estou feliz porque estou a cuidar de ti, era ter essa capacidade, isso é um grande desafio para mim, se calhar é o maior. (DT3)

A preocupação com a equipa e com a carga emocional que cada pessoa tem, o deixar os problemas na porta do serviço, é referida como um desafio, pois estes sentimentos menos bons podem influenciar na prestação de cuidados, refletindo ansiedade, raiva e angústia.

[...] desafios, a capacidade muitas vezes de deixarmos aquilo que nós trazemos de casa, deixar aquilo que nós somos pessoas [...] que às vezes somos rezingonas, estamos bem-dispostos ou temos uma carrada de problemas em casa [...] temos uma carga inteira nas nossas costas que pode ser mais ou menos leve, não é? consoante a vida de cada um, se nós não tivermos essa capacidade estamos a transportar uma série de coisas, de insatisfações, de tristeza, de angústias, de raiva e depois é canalizar no outro, isso não é só com as ajudantes de lar, isso pode ser a qualquer nível e pode acontecer com qualquer um de nós, porque nós não somos super-homens nem supermulheres, pode acontecer com cada um de nós, mas isso para mim é o maior desafio de todos, na minha opinião. (DT3)

Um dos desafios evidenciados foi a insuficiência de recursos humanos enquanto condicionante ao desenvolvimento de uma relação de cuidado humanizante, sendo ainda mais desafiante pela ausência de formação e especialização dos agentes de geriatria.

[...] eu sinto efetivamente que a falta de recursos humanos é uma condicionante, aliada à falta de recursos humanos, à falta de especialização das pessoas, não tenho dúvidas [...] é preciso conhecimento, é preciso conhecimento porque estas competências [...] são fundamentais na capacitação para a relação de cuidado [...] Se eu tiver [...] a equipa na totalidade a trabalhar naquele dia, ok? a coisa corre realmente bem com tranquilidade, se eu tiver desfalque na equipa naquele dia por uma ausência de uma pessoa, então aí eu também sinto que elas próprias não conseguem controlar o stresse e a ansiedade de terminar aquela tarefa e é mais complicado e é realmente no condicionalismo, isso eu também reconheço que elas também me dizem [...] eu sinto efetivamente que a falta de recursos humanos é uma condicionante. (DT3)

Da análise geral, do ponto de vista do Serviço Social, no que respeita à performance organizacional da gestão, ao nível da humanização do serviço, foi referido pelas assistentes sociais que as rotinas devem ser realizadas conforme o tempo do cuidado de cada pessoa, estando implícito que os agentes de geriatria devem assumir a dignidade das pessoas, os seus gostos e os seus direitos. Assim, a gestão operacional assume que as normas e as regras seguem os princípios e os valores associados à dignidade humana, com flexibilidade nas práticas diárias desenvolvidas e vividas pelas pessoas idosas institucionalizadas. Contudo, esta realidade não se efetiva em todos os lares estudados, existindo ainda lógicas de funcionamento mais tradicionais e associadas, em determinados aspetos, a modelos centrados nos serviços, apesar de existir uma consciência e perceção de necessidade de mudança que não se encontra somente na esfera de decisão das assistentes sociais entrevistadas, implicando uma mudança na gestão institucional.

Uma das assistentes sociais evidenciou preocupações que enquadram os princípios e os valores do Serviço Social, no âmbito dos cuidados e da sua importância para a sociedade e para as políticas.

[...] e hoje fiz tanta coisa e não tive mais tempo com aqueles que precisavam que eu tivesse mais tempo, isto acontece frequentemente porque a sociedade anda a mil, se nós não fizermos alguma coisa, vamos cada vez mais deixar cair aquilo que é essencial, verdade, então era tão importante que os nossos governadores todos comessem a olhar para [...] cuidado de outra maneira, para a relação de outra maneira, para a importância das coisas pequenas [...] é que isto é mesmo importante, se nós não trabalharmos a questão da relação no cuidado, olha que não vamos ser bem-sucedidas, não vamos ser bons cuidadores, não vamos ter bons cuidados, não vamos ser não sei [...] eu gostava muito que nós, nós sociedade, caminhássemos no sentido de ter realmente uma relação de cuidados humanizada, o mais humanizante, porque nós somos os próximos cuidados [...] nós temos uma sociedade muito apressada e depois há quem diga que agora a pandemia deixou-nos refletir um bocadinho sobre isto [...] proporcionou-nos refletirmos um bocadinho [...] sobre tudo o que aconteceu sobre nós, sobre a importância da pessoa, mas depois olhamos para o lado e parece que já passou e estamos outra vez a caminhar tudo a correr [...] eu fico preocupada com a nossa sociedade no futuro. (DT3)

Em suma, as assistentes sociais referiram que o assistente social é um profissional privilegiado considerando a sua formação académica, enquanto profissional eclético, com uma “visão helicóptero” que analisa, diagnostica e planeia, tendo por base a pessoa no seu todo, no seu contexto, nas suas interações e relações, aferindo os serviços e os recursos necessários para responder às necessidades e aos anseios da pessoa. Foi evidenciado o respeito e a necessidade de valorização de todos os profissionais para

uma intervenção com efeitos positivos. Foi referida a capacidade de escuta, enquanto ouvinte privilegiado, de dar atenção, ser empático, de ser um profissional que cria ação, com um papel conciliador, e ser um profissional de relação.

Foram identificados como desafios: o responder a todas as pessoas de forma individual e de acordo com as suas necessidades, conseguindo conciliar todos os recursos para o fazer, e quando não existirem recursos disponíveis, terem um papel criativo e estratégias para diminuir os efeitos dessa ausência; as questões éticas ao nível da relação de cuidado, do plano de cuidados, conseguindo atingir o esperado, os bons cuidados, a dignidade da pessoa; o respeito pelo tempo das pessoas, deixando de existir rotinas e cuidados prestados a correr; a insuficiência de recursos humanos, sendo um desafio, sai da esfera de poder de decisão das assistentes sociais.

A carga emocional que cada pessoa tem é considerada um fator de maior ou menor perturbação, no desenvolvimento diário da profissão, tendo em conta que cada pessoa tem a sua própria bagagem. Recordando Goleman (2006), estados de ansiedade, de preocupação e de stresse inibem a capacidade de as pessoas se relacionarem com empatia.

É relevante desafiar a normatização dos serviços e da relação de cuidados desenvolvida em lógicas assentes nos serviços, em que o assistente social assume o espírito burocrático e em que as regras e normas são orientadoras e controladoras da prática, assumindo assim que as equipas seguem estas rotinas. Contudo, quando usadas sem equilíbrio, sem conhecimento e sem reflexão dos seus efeitos na prática, sem monitorização e avaliação, estas podem bloquear a intenção verbalizada de um modelo que dignifique e respeite a pessoa, proporcionando-lhe bem-estar na sua multidimensionalidade.

9. UM OLHAR DIFERENCIADO SOBRE A RELAÇÃO DE CUIDADO HUMANIZADA

Após a análise dos dados recolhidos, é tempo de interpretar, conjugar e correlacionar o que parece essencial. Deste modo, inicia-se a interpretação e discussão dos resultados em diálogo com o contexto teórico conceptual estudado.

9.1. AS INFLUÊNCIAS NA GESTÃO E LIDERANÇA DO ASSISTENTE SOCIAL

Um dos objetivos deste estudo era analisar de que forma as orientações da organização influenciam as práticas dos assistentes sociais no papel de gestores.

Considera-se, das inferências da investigação realizada, que a gestão institucional se caracteriza como burocrática, com inúmeros procedimentos instituídos o que a torna lenta na resolução de problemas.

O peso da burocracia é referido por Carvalho (2016) como tendo um impacto negativo que impede os assistentes sociais de terem o tempo suficiente para interagirem e se dedicarem às pessoas idosas no desenvolvimento da intervenção psicossocial. Os assistentes sociais devem desenvolver capacidades para transpor a burocracia e prestar apoio na implementação de serviços humanizados, devendo estar habilitados com o conhecimento dos contextos reais, compreendendo a população idosa e os seus novos perfis, para poder decidir recorrendo às suas competências, enquadrando-as na atuação organizacional gerontológica (Luz, 2018).

A organização desenvolve procedimentos hierárquicos, que ocorrem de forma vertical. A burocracia leva a constrangimentos na resolução de problemas. As normas emanadas pela gestão institucional são igualmente consideradas necessárias e organizativas, contudo bloqueadoras de quem na linha da frente necessita de maior rapidez na resolução dos problemas diários. Ao nível da comunicação, importa destacar que esta foi considerada ao nível da gestão intermédia como próxima, direta, clara, transparente e eficaz, levando a uma aceitação dos procedimentos mais morosos, de difícil resolução.

Do ponto de vista da estratégia, infere-se que existe a consideração, por parte das assistentes sociais entrevistadas, de que a organização disponibiliza os recursos humanos necessários para o desenvolvimento de serviços centrados na pessoa;

contudo, na globalidade do estudo, foi frequente a alusão, quer por parte das assistentes sociais, quer pelas agentes de geriatria, da ausência e insuficiência de recursos humanos que permitam desenvolver uma relação de cuidado humanizada e que proporcione maior dignidade às pessoas idosas institucionalizadas. É igualmente inferida a desadequação dos agentes de geriatria às funções que se encontram a desenvolver, quando apresentam limitações ao nível da saúde, sendo esta profissão considerada de elevado desgaste físico e mental.

Face ao exposto, parece poder concluir-se que a organização não proporciona um quadro de recursos humanos ajustado ao prosseguimento da sua missão, revelando uma ausência de estratégia no que se refere aos modelos de cuidados centrados na pessoa. Ao nível de decisão intermédia, existe a preocupação em desenvolver modelos de cuidados mais centrados na pessoa, pelo que se pode considerar que existe uma estratégia da gestão intermédia, que iniciou com a capacitação dos profissionais, sendo proporcionada formação com base na filosofia Humanidade. Permitindo, deste modo capacitar os profissionais para desenvolverem uma relação de cuidado humanizada, sendo esta uma estratégia a longo prazo, de forma a incluir todos os lares da organização.

Por parte das assistentes sociais entrevistadas, foi manifestada uma aceitação das regras e da burocracia da organização. A aceitação incondicional das regras organizacionais pode levar a uma abordagem tecnicista e instrumentalizada da ação dos diretores técnicos. Para Vieira (2018), as normas e prescrições excessivas submetem os profissionais a atuações padronizadas, retirando o fator da humanização do contexto da gestão, da liderança e da intervenção, pelo que importa desenvolver uma reflexão crítica que permita a estes profissionais analisarem o seu posicionamento perante as regras e a burocracia excessiva.

9.2. GESTÃO E LIDERANÇA DO ASSISTENTE SOCIAL EM LAR

Um dos objetivos definidos para esta pesquisa foi o de identificar o modelo de gestão utilizado pelas assistentes sociais em funções de direção técnica, o tipo de liderança a ele associado e a forma como este se relaciona com as práticas dos agentes de geriatria.

O trabalho do assistente social na gestão e liderança de respostas sociais deve contribuir para a dignidade do ser humano e da condição humana, usando o seu

conhecimento teórico e prático de forma estratégica. O assistente social desempenha um papel fundamental na concretização e preservação dos direitos das pessoas, da sua autodeterminação, da privacidade, da liberdade e do direito a continuar a ser uma pessoa única, considerando os riscos de perda. Cabe ao assistente social atuar como ator de construção de potencialidade e de capacidade, de combate ao estigma e ao idadismo, através da liderança, desenvolvendo uma abordagem educativa, de partilha, assente em processos de inteligência emocional, estando atento aos afetos, às necessidades e às preocupações da equipa. O processo de liderança permite implementar uma estratégia assente nos princípios e nos valores do Serviço Social que visa a dignidade humana, imprimindo alteração de mentalidades e práticas em toda a equipa.

Como ator de mudança e transformação, a sua gestão e liderança dão um contributo para a revitalização das equipas que prestam cuidados, procurando que esta abordagem, ao nível da liderança, tenha um efeito positivo na cultura organizacional, podendo contribuir, de igual modo, para o empoderamento da organização.

No que respeita à liderança, foi possível aferir que a liderança se desenvolve de forma distinta nos diferentes lares analisados: dinâmica diária 'neutra', sem interferências, com fraca supervisão e monitorização da equipa, com algum envolvimento da equipa na tomada de decisão, através de auscultação; ou através de ajustes diários, sempre que necessário, com dinâmicas de supervisão e monitorização, assentes na inteligência emocional, com conforto e reforço positivo da equipa, com envolvimento constante da equipa na toma de decisão.

Assim, foram identificados dois grupos de tendências ao nível da liderança:

Normativa-participativa – Com auscultação das agentes de geriatria, incluindo alguns dos seus contributos na tomada de decisão. O processo de liderança baseia-se na reprodução das regras instituídas pela organização, com forte acentuação na necessidade de cumprimento das mesmas. Apresenta défice de monitorização das rotinas diárias, com ausência de ressonância na equipa ao nível da sensibilização para a prestação de cuidados humanizados.

Participativa- – Liderança com partilha na tomada de decisão, desenvolvida em reunião, com os agentes de geriatria, sendo desenvolvida a sensibilização para a prestação de cuidados humanizados, através da empátia, da importância da colocação

no lugar da outra pessoa, do afeto, criando ressonância na equipa, numa lógica de liderança horizontal, com participação efetiva nas dinâmicas diárias, através da monitorização e supervisão.

Na liderança associada ao Serviço Social (Coulshed, 1990; Patti, 2009; Mary, 2005; Lawer e Bilson, 2010; Sullivan, 2016; Rocha, 2016; Shanks, 2016; Luz, 2017, 2018; Haworth, Miller e Shaub, 2018), encontram-se ancorados os valores do Serviço Social através de vários tipos de liderança, tal como já mencionado, que se conjugam e complementam, consoante a avaliação da realidade contextualizada. Salienta-se, a importância de desenvolver o envolvimento da equipa, através da sua motivação e satisfação para atingir o objetivo principal, abrindo espaços de decisão e poder partilhados. A partilha e a transmissão de um conjunto de princípios e valores na prática do dia-a-dia, sugere líderes empáticos, o que se manifestou num dos lares estudados.

Recordando, Goleman, Boyatzis e McKee (2007) consideram que a liderança desenvolvida com significado, através de líderes emocionalmente inteligentes, potencia a cooperação, o acolhimento e o apoio, criando processos de ressonância. A liderança, através da inteligência emocional, cria processos de ressonância, estando harmonizada com um caminho emocionalmente positivo. A liderança, desenvolvida por líderes emocionalmente inteligentes, potencia sentimentos de cooperação, acolhimento e apoio. Esta encontra-se interligada através de quatro domínios: autoconsciência, autodomínio, consciência social e gestão das relações. A autoconsciência abre caminho para a empatia e o autodomínio, sendo que em conjunto permitem uma melhor gestão das relações.

Considera-se a importância de uma comunicação horizontal com capacidade de aferir se todos os profissionais assimilam a informação transmitida de forma clara. O desenvolvimento da monitorização e supervisão das equipas, diariamente, passa por uma reflexão em reuniões conjuntas, de forma a ser delineada uma estratégia de atuação que possa ser compreendida e apreendida por todos. Uma atenção mais pormenorizada aos agentes de geriatria poderia permitir desenvolver uma melhor relação entre a equipa, o que levaria a desvanecer, tensões e conflitos mais ou menos explícitos, mas que se evidenciam como um obstáculo ao desenvolvimento de um desempenho eficaz entre os elementos da equipa, o que apresenta efeitos na forma como as pessoas idosas são cuidadas.

Na globalidade da investigação, no que respeita ao modelo de serviços desenvolvido, encontra-se um modelo misto, centrado no serviço, mas que associa práticas centradas na pessoa, remetendo para um caminho que o assistente social percorre, na procura de espaços que permitam alavancar uma mudança de paradigma nos modelos de gestão. Contudo, ainda com retração, ao nível da gestão mais centrada na pessoa, com um núcleo consistente em práticas centralizadas de poder de decisão, de ajuste das pessoas aos serviços, revelando preocupações ao nível do desenvolvimento da autodeterminação e liberdade das pessoas idosas, mas ainda com bloqueios que derivam de práticas tradicionais, ao nível de horários e normas menos flexíveis, associados e justificados pela perceção daquilo que a organização espera de si, enquanto diretoras técnicas.

Deste modo, ao nível do modelo de gestão desenvolvido pelas assistentes sociais, considerando a globalidade das inferências do estudo, evidencia-se um modelo misto que conjuga um modelo mais centrado no serviço em 65% dos lares, com 35% com um modelo mais centrado na pessoa; no entanto, todos os lares estudados apresentam critérios de ambos os modelos. O modelo mais centrado no serviço pode ser reconhecido nas narrativas das assistentes sociais, em diversas dimensões de análise: i) ausência de poder de decisão das pessoas idosas, sobre o seu espaço privado; ii) rigidez nas horas de refeição; iii) rigidez no horário de levantar. O que é também corroborado nas falas das agentes de geriatria. O modelo mais centrado na pessoa, para além de minoritário, é apresentado como sofrendo de limites na sua implementação, ainda longe do que é o desejável para que o produto da gestão e da liderança sejam o reflexo da plena qualidade e dignidade das pessoas idosas institucionalizadas.

Deste modo, no que se refere ao modelo misto, salienta-se:

Quadro 14 - Modelo de gestão Misto

Modelo centrado no serviço	Modelo misto – centrado no serviço e na pessoa	Modelo centrado na pessoa
A pessoa idosa é um agente passivo dos recursos.	A pessoa idosa é um agente colaborador numa parte do seu processo.	A pessoa idosa é um agente ativo e colaborador em todo o seu processo.

Modelo centrado no serviço	Modelo misto – centrado no serviço e na pessoa	Modelo centrado na pessoa
Modelo paternalista-diretivo, no qual os outros decidem pelo próprio, alegando o seu bem-estar.	Modelo aparentemente democrático, com participação das pessoas idosas, num misto de participação da pessoa em algumas decisões da sua vida, interesses e vontades, mas numa base diretiva.	Modelo democrático-participativo, participação ativa da pessoa na tomada de decisões, com base nos seus interesses, gostos e vontades.
Centra-se nas limitações e dependências da pessoa idosa, numa vertente incapacitante.	Considera as limitações e dependências da pessoa idosa, procurando as suas capacidades e competências.	Centra-se nos recursos e competências das pessoas idosas. Confere individualidade, centrando-se nas capacidades, sinergias e forças, como foco positivo.
Intervenção micro específica – condutas cristalizadas.	Intervenção micro com condutas ainda cristalizadas, contudo com tendência a abordagens mais globais, numa perspetiva de continuidade.	Intervenção macro global – confere uma abordagem de continuidade e dinâmica.
Enquadra-se a pessoa idosa nos recursos sociais. Adequa-se a pessoa ao serviço.	A pessoa adequa-se aos serviços no que respeita a normas e rotinas instituídas, como o acordar e os horários das refeições, existindo uma vontade manifesta de realizar a adequação dos serviços à pessoa.	Intervém-se com a pessoa idosa na adequação dos melhores serviços à pessoa.
Enfoque nas diferenças e nos aspetos mais negativos.	Enfoque nas diferenças, salientando aspetos positivos.	Enfoque nas semelhanças e experiência para uma partilha.
Define-se um estilo de vida mediante programas (as ações pré-existem e as pessoas idosas enquadram-se nos programas existentes).	Define-se um estilo de vida desejável de forma positiva, não concretizado na sua plenitude, sendo enquadrado aos programas e recursos.	Define-se um estilo de vida desejável de forma positiva (procura-se construir um modo de vida a partir do que a pessoa idosa deseja, a partir dos aspetos que valoriza como positivos para ela própria).
O processo de intervenção respeita a hierarquia, desenvolvendo-se de forma padronizada.	A pessoa idosa tem alguma participação no processo de intervenção, mas não na sua globalidade.	Processo em coconstrução, flexível, ativamente participado pela pessoa idosa.
Programas e serviços padronizados. A pessoa ajusta-se ao serviço.	Programas e serviços semi-padronizados. A pessoa ajusta-se ao serviço, com existência de preocupação por parte do serviço de ir respondendo às suas vontades conforme lhe é permitido.	Programas e serviços adaptados às necessidades de cada pessoa.
A pessoa idosa é a recetora final das ações planificadas pela equipa.	A pessoa idosa é a recetora final das ações planificadas pela equipa, apesar de se fomentar a sua participação.	A própria pessoa idosa decide sobre o seu processo e quem se implica no mesmo.

Fonte: Criado pela própria, com adaptação de Mulas (2014); Rodriguez, (2011), Rodriguez (2006) e Ribeirinho (2020)

O modelo centrado na pessoa emerge da autodeterminação da pessoa no que respeita ao seu bem-estar, que parte da valorização da pessoa na sua plena dignidade, visando melhorar a qualidade de vida e o seu bem-estar subjetivo (Rodríguez, 2011). Recordando Mulas *et al.* (2014, p. 11), ao nível das organizações, importa levar a cabo uma efetiva alteração cultural, destacando, dos já evidenciados, os princípios orientadores do agir, disseminando-os por toda a equipa, com evidência de assimilação dos mesmos por todos, constituindo-se assim uma estratégia horizontal de promoção da dignidade e do bem-estar das pessoas idosas institucionalizadas. Assim, é definida uma metodologia de intervenção com base num esquema de formação prévia e sensibilização diária, apoiando-se em figuras de suporte e referência.

Salienta-se ainda a preocupação manifestada na narrativa das assistentes sociais entrevistadas: em conhecer a pessoa, aprofundando a sua biografia; em desenvolver o plano de cuidados com as pessoas idosas e as pessoas relevantes. No entanto, e como referido acima, esta preocupação nem sempre encontra correspondência no agir quotidiano.

Considera-se que, no desenvolvimento do processo de gestão e de liderança, os assistentes sociais com responsabilidades em respostas sociais de serviços humanos não podem ocultar os princípios que regem a sua profissão. Deste modo, importa assumir, no desenvolvimento da direção técnica, os valores e princípios que devem orientar o seu agir, na prossecução do objetivo e da estratégia da organização, para a garantia do bem-estar das pessoas idosas integradas em lar. O assistente social não deve recear afirmar-se num lugar que ao longo da sua história tem vindo a ocupar, pois, recordando Coulshed (1990), a gestão não é algo novo para o assistente social, uma vez que várias técnicas associadas à gestão já se encontram presentes nas competências e práticas dos assistentes sociais.

Os dados obtidos permitem identificar **preocupações** levantadas pelas assistentes sociais ao nível da gestão do serviço e da liderança da equipa (mais concretamente sobre os agentes de geriatria e a sua formação) associadas à garantia da dignidade e dos direitos das pessoas idosas.

Na exigência da gestão, foram identificadas linhas de atuação como:

– Corresponder às solicitações da organização ao nível institucional e intermédio, em conformidade;

- Responder às exigências administrativas da gestão operacional;
- Organizar e distribuir as tarefas e funções dos profissionais da equipa interdisciplinar;
- Garantir os recursos humanos necessários;
- Garantir que os profissionais detêm a formação adequada;
- Definir regras e normas para o bom funcionamento do serviço;
- Ter disponíveis todos os recursos necessários para o bom funcionamento do serviço.

Ao nível da liderança desenvolvida, foi evidenciado como importante:

- Comunicação e diálogo claro e transparente;
- Escuta ativa;
- Partilha, colaboração e disponibilidade;
- Proximidade diária com os agentes de geriatria;
- Apoio dos profissionais para a tomada de decisão;
- Aprender e recolher informações;
- Formação, especialização e competências dos agentes de geriatria;
- Monitorização e supervisão do desempenho dos agentes de geriatria;
- Capacitação da equipa;
- Desenvolvimento de relações positivas na equipa;
- Gestão de conflitos na equipa;
- Necessidade de reforço da equipa para uma boa relação de cuidado, muito baseada na prestação de cuidados básicos.

A intervenção com pessoas idosas deve respeitar os princípios e os valores da dignidade humana, como justiça, liberdade, equidade, autodeterminação e autonomia, assim como o respeito pelas características étnicas, religiosas, culturais e sociais. A

humanização na estrutura organizativa dos serviços, o modelo de acesso, a própria organização dos serviços, os recursos humanos disponíveis e as suas qualificações e competências pessoais e profissionais, as atitudes e os valores dos profissionais são processos que implicam uma reflexão por parte dos assistentes sociais.

O Serviço Social associa à gestão tipos de liderança que servem os seus princípios. Assim, são desenvolvidas lideranças partilhadas, colaborativas, democráticas, transformacionais e centradas na pessoa. Para o desenvolvimento de um modelo totalmente centrado na pessoa é necessário considerar as tomadas de decisão sobre a vida das pessoas idosas, as suas vivências na residência enquanto seu espaço habitacional, podendo dar exemplos como: as ementas a servir, as horas das refeições, a organização do seu espaço privado, a organização do espaço coletivo e as atividades, internas e externas, a realizar.

Este caminho requer a capacidade de conferir às pessoas idosas um espaço de cogestão, deixando cair as decisões que inibem a plena cidadania das pessoas idosas. Considera-se de relevo a melhoria das relações sociais das pessoas idosas e o aumento da presença na comunidade; o desenvolvimento de papéis ou competências associa o aumento da presença na vida coletiva da residência e nas tomadas de decisão sobre um espaço que é a sua casa e o seu ambiente diário. Os profissionais necessitam de capacitar as pessoas idosas e fomentar a sua participação em reuniões ou assembleias, de modo a que tenham uma participação ativa na residência e que esta não seja vista como um espaço administrativo, de trabalho dos profissionais e sim a casa das pessoas idosas.

Os resultados obtidos na pesquisa empírica e a reflexão desencadeada ao longo da elaboração desta tese permitem considerar que há uma fraca, ou mesmo ausência de consciência, por parte dos profissionais, relativamente à duplicidade do sentido do Lar: i) enquanto lar-espço institucional, de atuação profissional; ii) e enquanto lar-casa das pessoas idosas institucionalizadas. Verifica-se, então, uma tensão entre as duas racionalidades subjacentes, em que o sentido atribuído ao lar-espço institucional, que confere importância às normas e regras, se sobrepõe às preferências e subjetividades das pessoas idosas, inerentes à conceção do lar-casa de quem lá reside. O lar, enquanto espaço de trabalho dos profissionais, corre o risco de ser apropriado por estes, que tomam, assim, iniciativas no que se refere a dispor do espaço conforme sua vontade, não considerando, nestas tomadas de decisão, as pessoas idosas que o

habitam, tornando-se estas invisíveis, o que parece patentear o papel de não-pessoa, caracterizado por Erving Goffman (1993, pp. 180-182). Este tipo de apropriação não reflete a consideração de lar-casa das pessoas idosas, pelo que a forma como os profissionais interagem, circulam e dispõem do espaço deve ser alvo de reflexão. Salienta-se a ausência de personalização do lar enquanto casa, quer do espaço, quer dos materiais, podendo identificar-se, a título de exemplo, a uniformização das loiças usadas na sala de refeições, as roupas de cama e atoalhados, a mobília dos quartos.

Esta frágil consciência das tensões atrás mencionadas não permitem uma atuação reflexiva, de articulação e equilíbrio entre normatividade e flexibilidade, entre as implicações desta dualidade: lar-espço institucional, de atuação profissional, e lar-casa das pessoas idosas institucionalizadas. Esta ausência de reflexão efetiva leva a que práticas na linha da frente permaneçam com uma roupagem tradicional e normatizada, levando a escamotear os valores e princípios dos serviços humanos, ou seja, a dignidade da pessoa na sua multidimensionalidade.

9.3. A INTERDEPENDÊNCIA DA GESTÃO E LIDERANÇA NAS PRÁTICAS DESENVOLVIDAS PELAS AGENTES DE GERIATRIA

Um dos objetivos desta investigação consistia em analisar e compreender a ligação e a interdependência que as práticas de gestão e liderança implementadas pelo assistente social implicam na atuação diária dos agentes de geriatria.

Analisando a interdependência entre as práticas de gestão desenvolvidas pelas assistentes sociais em funções de gestão de lar e a atuação das agentes de geriatria na relação de cuidado, do global da investigação, foi possível inferir que existem três tendências nas práticas das agentes de geriatria na relação de cuidado, que derivam da interdependência da gestão.

Tendências em presença

– Reflexiva-negativa: Coloca em causa normas e regras instituídas pela gestão operacional, com capacidade de questionar e com reflexão sobre o efeito das regras e normas na relação de cuidado que podem ter um efeito negativo no bem-estar das pessoas idosas institucionalizadas.

– Aceitação-Conformista: Aceita e reproduz as regras e normas instituídas pela gestão operacional sem reflexão sobre os efeitos das regras e normas na relação de cuidado e no bem-estar das pessoas idosas institucionalizadas.

– Reflexiva-positiva: Reflete com base na prática e do conhecimento adquirido sobre as regras e normas instituídas pela gestão operacional, considerando os efeitos positivos na relação de cuidado e no bem-estar das pessoas idosas institucionalizadas.

A tendência reflexiva-negativa considera que não desenvolve uma relação de cuidado humanizada, devido à ausência de tempo para dedicar às pessoas idosas, enquanto convívio, conhecimento da pessoa, estar em presença efetiva. A relação de cuidado não espelha os gostos, vontades e expectativas da pessoa, tendo um efeito negativo no seu bem-estar. A tendência reflexiva-negativa assume-se pela reflexão de que as práticas, normas e regras vigentes não servem ao desenvolvimento de uma relação de cuidado promotora de bem-estar, colocando em causa a sua atuação enquanto agentes de geriatria.

A tendência aceitação-conformista não apresenta uma reflexão sobre a prática, aceitando a normatização das práticas, com execução irrefletida sobre os efeitos das práticas, normas e regras vigentes, no desenvolvimento da relação de cuidado humanizada.

A tendência reflexiva-positiva implica a reflexão sobre a importância de uma prestação de cuidado com tempo para as pessoas idosas, contemplando os seus gostos e vontades. Reflete sobre a prática anterior à formação recebida, em que não existia a noção da necessidade de tempo para dedicar à pessoa. Conjuga-se com as alterações instituídas ao nível das práticas, normas e regras vigentes, dando ênfase à necessidade de passar mais tempo de qualidade a conhecer a pessoa, a saber os seus gostos, como gosta de ser cuidada, de se relacionar e de desenvolver a relação de cuidado, que se vai traduzir em confiança e bem-estar nas pessoas idosas.

Considera-se de relevo a formação dos agentes de geriatria com vista à aquisição e, ou, desenvolvimento de competências que promovam a melhoria das relações interpessoais e sociais com as pessoas idosas, ocupando um lugar que é seu, no desempenho da relação de cuidado. Deste modo, é fundamental uma reflexão sobre a formação, a carreira, as suas funções para que deixem de ser tarefeiros e associados

somente à prestação de cuidados básicos, passando a ocupar o seu lugar de elevada importância no desenvolvimento de relações de cuidado humanizadas.

9.4. AS PERCEÇÕES SOBRE A RELAÇÃO DE CUIDADO

Outro dos objetivos desta investigação é analisar como é percebida e desenvolvida a relação de cuidado.

Considera-se que a relação de cuidado pode ir além da prestação de cuidados básica, de forma a proporcionar um efetivo bem-estar geral das pessoas idosas institucionalizadas, ultrapassando a barreira da satisfação das necessidades fisiológicas. No entanto, esse tipo de relação foi identificada como prática quase que inatingível ou com impossibilidade de acontecer, por parte dos agentes de geriatria.

Contudo, e apesar de ser reconhecida a relação de cuidado além da prestação de cuidados básicos, a relação de cuidado foi com frequência canalizada para a prestação de cuidados básicos, por todas as agentes de geriatria entrevistadas, o que torna invisível a multidimensionalidade da relação de cuidado. Há, assim, a necessidade de perspetivar a relação de cuidado em todas as dimensões da pessoa e não somente à prestação de cuidados básicos.

Segundo a literatura estudada, somente quando as necessidades básicas se encontram satisfeitas se passa à fase seguinte, como recorda Maslow (1943). Se se considerar que os assistentes sociais em funções de gestão se veem confrontados diariamente com a necessidade de garantir o número suficiente de agentes de geriatria para a prestação de cuidados básicos, não existe a incorporação de passar à etapa seguinte, o que iria proporcionar o desenvolvimento da relação de cuidado numa perspectiva holística. É possível também aferir que o excesso de regras e normas como os horários fixos, como identificado nas atividades a realizar pelas agentes de geriatria, não permite uma gestão de tempo para que estas se possam dedicar às pessoas idosas e desenvolver, através, da convivialidade, da comunicação e do lazer, a confiança subjacente a uma relação de cuidado que tenha como resultado a produção de bem-estar da pessoa idosa.

As agentes de geriatria descreveram uma prestação de cuidados pessoais diferenciada, consoante o número de agentes de geriatria no turno e naquele dia. Assim, esta pode ser calma e tranquila, com respeito pelo desejo e vontade da pessoa, com o início da prestação do cuidado mantendo uma comunicação com a pessoa.

Foi evidenciado pelas agentes de geriatria que realizaram a formação em Humanidade, a importância de não fazer à pressa, pois apesar de existirem normas, essas não exigem uma tarefa mecanizada, considerando a sua flexibilidade.

Por outro lado, acontece, com alguma regularidade, não ser possível respeitar todas os requisitos inerentes ao bem-estar, não havendo um respeito integral pela pessoa idosa e pela sua privacidade, não havendo tempo para refletir sobre o cuidado que se vai realizar, prevalecendo o sentimento de que existem muitas pessoas para cuidar, tornando-se o cuidado mecanizado, com horas a cumprir, sendo o tempo muito limitado devido às normas e regras instituídas.

Realça-se que o cuidado implica uma relação interpessoal que se baseia na comunicação e na confiança, entre quem recebe os cuidados e quem os desenvolve; se o investimento na criação dessa confiança for fraco ou inexistente, os elos não se desenvolvem, pelo contrário, fragilizam-se, impedindo o desenvolvimento da relação.

Verificou-se que as agentes de geriatria desenvolvem diversas atividades relacionadas diretamente com a dimensão do cuidado e, em simultâneo, atividades instrumentais que saem da esfera direta da relação de cuidado. As atividades realizadas pelas agentes de geriatria identificadas como secundárias têm uma implicação indireta no bem-estar das pessoas idosas. Estas podem ser realizadas por outro profissional nomeadamente por aqueles que se encontram na situação de serviços melhorados e sem capacidade efetiva para o desenvolvimento da relação de cuidado ao nível da prestação de cuidados básicos, designadamente a higiene pessoal.

Assim, evidenciam-se as seguintes atividades secundárias: o transporte da roupa para a lavandaria, a arrumação da roupa tratada nos roupeiros, a arrumação dos roupeiros, a realização diária das camas, a manutenção do espaço do quarto, a garantia da higienização dos espaços, no sentido de supervisão da limpeza realizada, a distribuição dos artigos em falta pelos quartos.

Considera-se que os agentes de geriatria são funcionários da relação de cuidado e ao entender a multidimensionalidade da relação de cuidado é possível conceptualizar as atividades que estes profissionais devem realizar, para que possam estar disponíveis em termos de tempo, disponibilidade mental e física para desenvolverem a relação de cuidado na sua plenitude, ou seja, para a humanizarem, fazendo-se presentes na relação de cuidado.

Infere-se dos resultados obtidos que, na sua maioria, os agentes de geriatria revelam stresse e ansiedade com o excesso de trabalho e de atividades que têm de desenvolver, uma vez que o trabalho desenvolvido é duro, pesado e requer uma predisposição mental para a carga emocional e física, algo com que estes profissionais se confrontam diariamente. A ausência de bem-estar destes profissionais no desempenho das suas funções, transmite ansiedade e stresse na relação desenvolvida, principalmente na prestação de cuidados básicos que será alargada para a relação de cuidado na sua dimensão mais holística.

A consideração da maioria das agentes de geriatria foca a ansiedade e o stresse no pouco tempo que têm para dedicar efetivamente às pessoas na prestação de cuidados básicos, devido aos horários rígidos instituídos, impeditivos de cuidar da pessoa com tranquilidade, conforme as preferências de cada uma. A existência de reflexão, por parte de alguns agentes de geriatria sobre o desenvolvimento de uma prática sem tranquilidade e a correr, com efeitos negativos na estabilidade emocional das pessoas idosas, revela preocupação com o seu bem-estar e, por outro lado, uma prática crítica de colocação no lugar do outro.

Considera-se que as práticas idealmente representadas pela maioria das agentes de geriatria – como, por exemplo, bater à porta antes de entrar, fazendo-se anunciar, perceber se a pessoa se deseja levantar, dar tempo à pessoa para ter um acordar tranquilo, respeitar o sono da pessoa, fazer uma prestação tranquila, com tempo para a pessoa realizar o autocuidado – apresentam, de algum modo, um distanciamento do real, sendo esta situação justificada pela insuficiência de recursos humanos quer pelas normas e regras instituídas.

É de realçar que a reflexão realizada pelas assistentes sociais sobre as normas instituídas pode, de alguma forma, revelar um baixo envolvimento das agentes de geriatria nas tomadas de decisões, considerando que são estes profissionais que têm de as cumprir.

A interação entre as práticas de gestão e liderança instituídas e as práticas desenvolvidas pelos agentes de geriatria, assentes nas orientações recebidas, traduz uma influência direta sobre a relação de cuidado e os cuidados prestados com o bem-estar físico e emocional da equipa, se considerada a panóplia de atividades que estes profissionais têm de realizar.

As normas de gestão instituídas, associadas às normas e regras com horários pré-estabelecidos, sugerem uma excessiva regulação, o que revela uma dualidade no que respeita à ancoragem aos princípios e valores do Serviço Social, desenvolvidos no processo de gestão administrativa, e à preocupação constante revelada pelas assistentes sociais nesta ancoragem, sendo esta confirmada pelas agentes de geriatria. Assim, parece existir um campo cinzento entre as regras e as normas e os princípios e valores que guiam a profissão.

O tempo dos cuidados requer uma reorganização e reflexão por parte da gestão operacional, que deve ser o mote para uma reflexão profunda ao nível de toda a organização. Para tal, deve o assistente social em funções de direção técnica em lar, numa lógica de *down-up*, criar espaço para que se considere as pessoas idosas institucionalizadas como a essência das organizações de serviços humanos, na procura da sua verdadeira humanização (Luz, 2018). Do ponto de partida da organização no seu todo, importa efetivar e concretizar a valorização dos agentes de geriatria enquanto profissionais da relação de cuidado, numa perspetiva que vise assumir a humanização da relação de cuidado, permitindo sair da esfera da garantia das necessidades básicas da pessoa idosa.

Os resultados obtidos permitiram a identificação de três categorias do cuidado, a associar às já referenciadas por Viera *et al.* (2011), que referem o cuidado como: técnica, interação, expressão de subjetividade, atitude. Assim, foram inferidas as seguintes categorias: o cuidado como confiança/segurança, o cuidado como tempo, e o cuidado como reflexo/espelho.

Quadro 15 - Categorias do cuidado inferidas

O cuidado como confiança/segurança	A confiança foi identificada como fundamental para se desenvolver um processo de conhecimento com as pessoas idosas sobre a sua história, a sua identidade e os seus gostos. Através do desenvolvimento de um ambiente de partilha e confiança, através do desenvolvimento de atividades de convívio e lazer para que exista um mútuo conhecimento, através da partilha, diminuindo o sentimento de vulnerabilidade, estes momentos geram processos de confiança.
O cuidado como tempo	A dedicação de tempo ao outro (entenda-se pessoa idosa institucionalizada), o respeito pelo tempo do outro, com tempo de estar com o outro, de fazer com o outro, de ser com o outro. Permite desenvolver uma relação de plenitude e envolvimento no respeito pela pessoa que o outro é, na sua aceitação.

O cuidado como reflexo/espelho	O desenvolvimento da relação de cuidado de forma calma e tranquila, fazendo-se presença efetiva para o outro, realizando uma prestação de cuidados sem pressa e sem stresses, consentida. Conjugando um ambiente e momentos relacionais positivos com momentos de convívio e de lazer, permite espelhar na pessoa idosa tranquilidade, felicidade e bem-estar, ou o contrário, sendo o desenvolvimento da relação de cuidado espelhada na pessoa idosa.
--------------------------------	---

Fonte: Elaboração própria

A percepção da relação de cuidado e de promoção do bem-estar das agentes de geriatria fez com que as entrevistadas apresentassem visões diferentes do que é o bem-estar das pessoas idosas institucionalizadas. Assim, resultam duas concepções do bem-estar como:

- Realização da higiene pessoal, vestir bem, a alimentação, a medicação e o deixar confortável;
- Realização da higiene pessoal como a pessoa gosta, dando tempo para o autocuidado, fazendo-se presente na relação, alimentando de forma calma e dando tempo à pessoa, dedicando-lhe tempo para a conhecer, realizando atividades que possam desenvolver um conhecimento mútuo entre cuidado e cuidador, e respeitando as vontades das pessoas idosas.

A conceptualização do bem-estar e da relação de cuidado, tendo em conta o grau de antiguidade na profissão, não revelou que pessoas que desempenham a atividade profissional há mais tempo se sintam mais desgastadas e é possível inferir que a maioria das profissionais que desempenham a atividade há mais tempo revelou uma autocrítica e uma reflexão crítica sobre o seu desempenho, sobre as normas e regras instituídas e os efeitos que todo este conjunto tem nas pessoas idosas institucionalizadas ao nível da sua vida, das suas vontades e das suas dinâmicas diárias.

9.5. OS CONTRIBUTOS DAS ASSISTENTES SOCIAIS PARA O DESENVOLVIMENTO DE UMA RELAÇÃO DE CUIDADO HUMANIZADA

Um dos objetivos definidos neste processo de pesquisa foi o de identificar os contributos do assistente social para o desenvolvimento da relação de cuidado humanizada e a influência destes contributos nas práticas dos agentes de geriatria.

Da globalidade da investigação, foi possível inferir que o contributo por parte das assistentes sociais para a relação de cuidado assenta nos valores e princípios do Serviço Social.

As assistentes sociais, de uma forma geral, evidenciaram nas suas narrativas uma forma de agir com base nos valores, associados ao Código deontológico dos assistentes sociais portugueses (2018):

Quadro 16 – Valores éticos na prática do assistente social

Dignidade humana	<p>O respeito pela identidade de cada pessoa na sua forma de ser e estar; Adaptação da pessoa ao lar, procurando o sentimento de pertença ao contexto; Ter uma relação próxima que transmita segurança; Garantir que o funcionamento geral do lar respeita a dignidade humana; Conhecer a história de vida, as experiências e trajetórias, de forma a melhor adaptar a intervenção, estando atentas aos desejos e gostos das pessoas idosas; Estar disponível para a escuta ativa e a partilha; Responsabilidade na reparação de atos que tenham violado a dignidade de outra pessoa, grupos ou comunidades.</p>
Liberdade	<p>Relações respeitadoras de ambientes democráticos e de equidade, dando relevo a condições de participação; Relações positivas; Espaço de autonomia para a realização de escolhas e tomadas de decisão e respetivas consequências dessas decisões.</p>
Justiça social	<p>A satisfação das necessidades fundamentais das pessoas idosas; Universalidade de acesso a políticas e medidas justas e aos respetivos bens e serviços; Gerir de forma adequada, justa, legítima e fundamentada os recursos disponíveis na organização e na comunidade.</p>

Fonte: Elaboração própria

Com base na investigação, foi possível aferir que as assistentes sociais desenvolvem a relação de cuidado através dos seguintes princípios: Direitos Humanos; responsabilidade coletiva; integridade profissional; confidencialidade profissional; sustentabilidade do ambiente e da comunidade.

Quadro 17 - Princípios da relação de cuidado desenvolvida pelas assistentes sociais em funções de gestão

Direitos Humanos	<p>O respeito pela pessoa na sua plenitude; Respeitar as características de cada pessoa; Respeitar o direito à autodeterminação, promovendo a participação e o direito de cada pessoa à liberdade de realizar as suas próprias escolhas e tomada de decisões; Respeitar o que as pessoas gostam e a forma como gostam de ser cuidadas; Apoiar a pessoa para a manutenção das suas capacidades, ou promoção de outras habilidades; Promoção da igualdade e da equidade; Contribuir para o bem-estar físico, psíquico, psicológico, emocional e espiritual de todas as pessoas; Fazer cumprir o respeito pelas pessoas na sua dignidade, privacidade, na relação face a face e na interação entre as diversas pessoas que trabalham e frequentam o lar.</p>
------------------	---

Responsabilidade coletiva	Comprometer-se com a qualidade dos serviços e demais recursos disponibilizados para as populações.
Integridade profissional	Desenvolver uma atitude profissional colaborativa e solidária para com os pares e colegas de outras profissões, respeitando opiniões, orientações científicas e metodológicas e/ou ideológicas, desde que pautadas por referenciais democráticos; Uso ético da informação, da tecnologia e da comunicação social.
Confidencialidade profissional	Garantir o sigilo profissional como um direito das pessoas. Estabelecer uma relação profissional fundada na confiança, na sinceridade, na garantia da privacidade e do sigilo sobre informações pessoais partilhadas; Ser responsável.

Fonte: Elaboração própria

As assistentes sociais apresentam, assim, uma narrativa que foca a dignidade, a promoção da garantia de direitos, a promoção do bem-estar e a atenção contínua, a individualidade através da flexibilidade e atenção personalizada, autonomia na sua diversidade, participação através da interdisciplinaridade e acessibilidade. No tocante ao desenvolvimento da relação de cuidado, evidencia-se a preocupação das assistentes sociais em garantir que o cuidado incluía:

Quadro 18 – A Relação de cuidado na percepção das assistentes sociais

O conhecimento da pessoa através de diversas estratégias que contemplam: a prestação de cuidados básicos, convívio, lazer, jogos
Respeito pela individualidade da pessoa
A capacidade de os profissionais se colocarem no lugar da pessoa enquanto pessoa que é
A aceitação do outro como pessoa, com todas as suas características
O desenvolvimento de relacionamentos empáticos positivos
Ir ao encontro do que a pessoa deseja
Cuidar do outro como alguém que apresenta necessidades
Saber fazer-se verdadeiramente presente e disponível para a pessoa
Ouvir atentamente e mostrar à pessoa que está disponível para ela
Ser pessoa com o outro, ser afetuoso
Valorizar a pessoa
Promover um ambiente seguro

Fonte: Elaboração própria

Com base no que deve compor uma relação de cuidado, foram identificadas expressões usadas pelas assistentes sociais, fundamentais para o desenvolvimento da relação de cuidado, sendo que a palavra “relação” foi a mais referida, seguida de “partilha” e “respeito”. A relação de cuidado desenvolvida pelas assistentes sociais é diária, através da proximidade com as pessoas idosas e a equipa, fazendo observação das dinâmicas, monitorizando e supervisionando o bem-estar das pessoas idosas, assim como do

desempenho da equipa, permitindo em simultâneo criar uma dinâmica de proximidade da relação.

Dos resultados da investigação, considera-se que a relação é a base de todas as dinâmicas e interações existentes, estando, deste modo, a dignidade intrinsecamente considerada na sua multidimensionalidade. A base do agir do assistente social é a promoção do bem-estar global da pessoa idosa. A dignidade enquadra os direitos humanos, em que todos têm os mesmos direitos, considerando o respeito, a justiça, a liberdade e a privacidade. No que respeita à privacidade, esta é um campo sensível quando se aborda as pessoas idosas institucionalizadas em lar; deste modo, a perceção que a pessoa tem da violação da privacidade vai variar consoante a relação de cuidado que tem desenvolvido com essa pessoa, conjugando a confiança e o sentimento de segurança.

Considera-se que para o desenvolvimento de uma relação de cuidado humanizada existe um caminho a percorrer, que implica melhoramentos, sendo evidente o respeito pelas pessoas idosas e o esforço para a promoção do seu bem-estar, evidenciando-se um grande esforço para que o bem-estar, a satisfação e a felicidade das pessoas idosas seja proporcionado todos os dias. O desafio que ressalta é o de uma boa prestação de cuidados e que as pessoas idosas estejam felizes.

A contribuição das assistentes sociais para as práticas dos agentes de geriatria revela-se na capacitação da equipa para uma boa prestação de cuidados, através da dedicação de atenção, tendo o cuidado de se colocar no lugar do outro, aceitando a pessoa idosa com as suas características, cuidando bem, de forma tranquila, com respeito, ouvindo e comunicando com calma, estando efetivamente presente. Como princípios e valores identificaram-se a honestidade, a responsabilidade, o respeito, que inclui a privacidade do outro e gostar do trabalho.

Considera-se que o contributo das assistentes sociais na humanização da relação de cuidado é consentâneo com o pilar dos valores e princípios do Serviço Social, sendo evidente a afirmação de prestar bons cuidados. A abordagem à necessidade de respeito, aceitação, colocação no lugar do outro, entrega, o saber-ser e saber-estar e o fazer-se efetivamente presente na relação permitem transmitir a importância da pessoa em tudo o que os agentes de geriatria fazem.

Ressalta, no entanto, da investigação que a noção de relação de cuidado se encontra pouco refletida, evidenciando-se uma baixa reflexão sobre a sua multidimensionalidade. Apesar de os assistentes sociais enfatizarem o respeito e o bem-estar da pessoa, a relação de cuidado ocupa um lugar de invisibilidade, criando protagonismo para a prestação de cuidados básicos, o que projeta a relação de cuidado para a satisfação das necessidades fisiológicas, confirmando-se o evidenciado na literatura estudada. Quando, no estudo de Ribeiro e Vieira (2017), já mencionado, é abordado o bem-estar, concluem que “a ideia de bem-estar dos idosos está muito ligada à capacidade das instituições em satisfazer as necessidades básicas dos idosos [...] surge associada à higiene pessoal – intrinsecamente ligada ao cuidar do aspeto físico e da saúde” (*ibidem*, p. 317). As autoras referem que a noção de bem-estar nunca foi, no decorrer das entrevistas, relacionada pelas entrevistadas com o “sentido de privacidade, intimidade ou sexualidade dos idosos como algo inerente ao seu bem-estar e à sua qualidade de vida” (*ibidem*, p. 317).

No que respeita ao modelo de cuidados, os resultados obtidos apontam, tal como já referido, para um modelo misto, que projeta na relação de cuidado um foco tecnicista e normativo, apesar de se considerar que existe um movimento de mudança, assente num sentimento de necessidade de se mudar, apesar dos obstáculos, para um modelo que incida na autodeterminação das pessoas idosas e na sua plena dignidade. Para esta operacionalização importa trazer as pessoas idosas para um campo de atuação e de decisão que não é prática nos lares estudados, sendo que, para o desenvolverem, os profissionais necessitam de estar capacitados e de aumentarem o seu autoconhecimento e capacitação de partilhar a esfera do poder com quem realmente reside no lar.

O desenvolvimento de serviços e de uma relação de cuidado humanizada requer um olhar cuidado e um investimento reflexivo sobre as normas, as regras e sobre horários predefinidos e limitativos. Requer igualmente um investimento nos profissionais, assumindo uma construção partilhada e interligada. Importa criar e implementar uma estratégia de atuação que vise o saber-fazer, o saber-estar, o saber-ser, o pensar, o interagir, o amar e o cuidar através de relações e emoções positivas, da sensibilidade e da afetividade (Ribeirinho, 2016), o que seria um passo importante para a alteração do paradigma dos cuidados em lar.

Um dos contributos dos assistentes sociais evidenciado é a responsabilidade de apoiar a equipa na aquisição de competências para o desenvolvimento da relação de cuidado com base nos valores e princípios identificados.

Face ao exposto, revela-se a necessidade de uma maior reflexão ao nível de algumas dimensões que incorporam a relação de cuidado:

- Social: ter direito à sua autodeterminação, liberdade, exercício da plena cidadania, relacional, de expressão e criatividade, de valorização, de combate ao idadismo e preconceito, de participação ativamente nas reuniões ou assembleias de pessoas idosas realizadas no lar;
- Espiritual: ter apoio nas competências sensoriais e emocionais;
- Cultura e lazer: ter direito a participar em eventos culturais, sugerir, programar e planejar atividades do seu interesse na residência e no exterior;
- Aprendizagem ao longo da vida: ter direito a desenvolver a sabedoria e a aprendizagem e a partilhar os seus conhecimentos;
- Relação de ajuda: colaborar com a instituição para a manutenção de um ambiente saudável e positivo na partilha diária das vivências na residência.

9.6. É POSSÍVEL CUIDAR MELHOR? – CONSTATAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

O Serviço Social é uma profissão de direitos, de justiça social e de dignidade. Através do seu agir, as assistentes sociais promovem um ambiente ético e deontológico para o desenvolvimento de uma relação de cuidado humanizada, tendo por base a dignidade da pessoa idosa. Evidencia-se o assumir do respeito pela pessoa e pelos seus direitos, assim como a vontade de criação de ambientes propícios, para que o lar seja efetivamente a casa das pessoas, no respeito pelo lugar do outro, na interação e na relação de plena dignidade, a par de alguns constrangimentos na sua efetivação, o que torna relevante a necessidade de uma reflexão profunda e o envolvimento de toda a organização.

O assistente social na gestão assume um papel especial na gestão operacional, assumindo a sua identidade enquanto assistente social, colocando em prática os

saberes processuais, os “procedimentos do Serviço Social, a partir da própria ação, que demonstrem a capacidade de articulação fecunda entre os saberes teóricos e a prática, onde a teoria orienta a prática e esta por sua vez alimenta a teoria” (Granja, 2014, p. 67).

O assistente social dá o seu contributo no desenvolvimento de uma relação de cuidado humanizada, através da monitorização, supervisão e acompanhamento às equipas que desenvolvem esta relação de proximidade e na transmissão de uma mensagem de colocação no lugar do outro e da sua plena aceitação, com vista à promoção do bem-estar e da dignidade. Contudo, e apesar deste contributo estar teoricamente ancorado nos princípios e valores do Serviço Social e na promoção do bem-estar da pessoa idosa, verifica-se, nalguns casos, um distanciamento entre os princípios preconizados e a gestão implementada.

Assim, e como resultado das entrevistas às agentes de geriatria, constatou-se que, em alguns dos lares estudados, decisões tomadas ao nível da gestão, com impactos na coordenação da equipa, nos serviços prestados e nas pessoas idosas, parecem revelar um défice de reflexão, observação e escuta efetiva da equipa. Deste modo, aparentemente, existe ainda um distanciamento da efetivação dos modelos centrados nas pessoas. Reitera-se a necessidade de abandonar lógicas de gestão, nas quais as pessoas idosas se devem adaptar à oferta realizada, descurando as suas características individuais, a sua história e a sua singularidade.

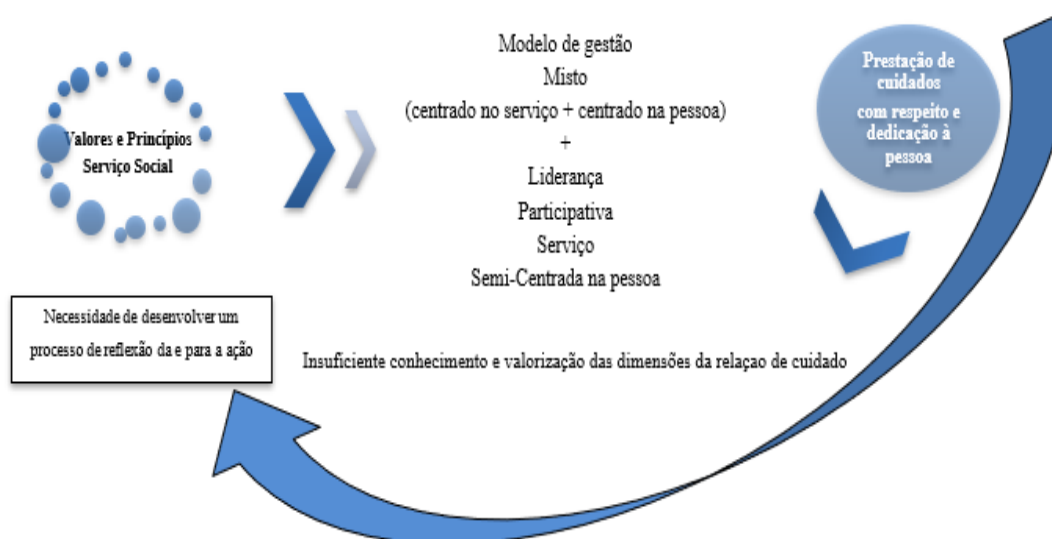
Considera-se que, para o lar poder constituir-se como a casa de quem nele habita, importa alterar as lógicas de gestão, os horários e as dinâmicas instituídas, abandonando funcionamentos mecanizados, quase como tarefas cronometradas, como já mencionado. Esta racionalidade faz com que as pessoas idosas tenham elas próprias de respeitar estas regras, vivendo num ambiente que não é natural.

Como já referido, os resultados desta pesquisa permitiram identificar um modelo misto que inclui elementos de gestão normativa, a par da liderança assente nos valores e princípios do Serviço Social. Deste modo, o assistente social projeta a sua identidade profissional na oportunidade e no espaço que consegue conquistar, o mesmo será dizer, na relação de cuidado, fomentando e capacitando os profissionais para o seu desenvolvimento. Ocorre com alguma regularidade, insuficiência de reflexão sobre as práticas profissionais e os seus impactos nas pessoas idosas. A atuação mais reflexiva

encontra-se subordinada às mudanças que se operam, dependendo, em larga medida, das relações de força que se encontram instituídas (Granja, 2014).

Com base nos resultados do estudo, apresenta-se o processo da relação de cuidado inferida.

Ilustração 1 - Processo de relação do cuidado inferido



Fonte: Elaboração própria

Em suma, as assistentes sociais observam diariamente as dinâmicas instituídas e supervisionam as práticas realizadas, desencadeando processos de auto-reflexividade, embora, nem sempre, estes desencadeiem uma prática reflexiva com vista às transformações e mudanças necessárias na organização. A reflexividade é uma das competências responsáveis pela “qualidade das intervenções dos assistentes sociais”, recordando Ribeirinho (2017, p. 456). Tal como no estudo de Ribeirinho (2017), também nesta pesquisa, se verificou um “défice de consciência discursiva do saber profissional” (*ibidem*), associado à multidimensionalidade da relação de cuidado. A autonomia, o poder de decisão, a legitimidade de potenciar a transformação das lógicas de gestão e a liderança encontram-se associados ao conhecimento teórico e tácito, assumindo assim um leque mais alargado de opções e potenciando a alteração de mentalidades.

Importa, assim, questionar:

– Como será viver os restantes dias de vida, em situação mais ou menos vulnerável, no que se diz ser a casa da pessoa idosa, mas com diversas pessoas todos os dias a entrar e a sair, mexendo nos seus pertences, decidindo o que vão vestir, o que vão comer, a

que horas se levantam, a que horas realizam as refeições, se passam o dia sentados numa cadeira ou se vão fazer atividades, se mudam de quarto, se podem ir à rua quando querem, e sendo tocados no seu corpo, várias vezes ao dia, por diversas pessoas?

– Que sentimentos desenvolveríamos ao viver uns dias num lar a experienciar a vida destas pessoas?

A alteração de paradigma do modelo de cuidados, não pode centrar-se somente na intervenção e atuação na linha da frente, ao nível operacional, mas terá de ser transversalmente assumido em toda a organização, considerando igualmente os serviços de apoio, alimentação, limpeza, manutenção do edifício e do ambiente. Só assim, poderá implementar-se, na sua plenitude, o modelo centrado na pessoa. O desenvolvimento do modelo humanizado centrado na pessoa assume uma relação de cuidado humanizada, sendo complexo na sua implementação, requerendo uma alteração do paradigma dos cuidados ao nível organizacional, uma alteração de mentalidade na estrutura organizacional ao longo da sua linha hierárquica, ancorando os serviços de apoio logístico a esta lógica de serviços centrados na pessoa, aspecto a ter em particular atenção também aquando da contratação de serviços e de recursos humanos.

Na ilustração 2 procura-se representar graficamente o processo que dá lugar à humanização da relação de cuidado, com base no enquadramento teórico conceptual.

Ilustração 2 - Processo de humanização da relação do cuidado



Fonte: Elaboração própria

O Serviço Social, enquanto disciplina e profissão que apoia as organizações, deve fomentar a gestão centrada na pessoa e a liderança horizontal, participativa, de serviço e centrada na pessoa, conjugando as práticas de gestão e de liderança, fomentando assim a humanização da relação de cuidado, de forma que as equipas e as pessoas que recebem os serviços, no caso concreto desta investigação, as pessoas idosas institucionalizadas, façam parte desta gestão.

É nesta ancoragem que este trabalho pretende dar um contributo para refletir e ampliar o campo de conhecimento do Serviço Social:

- Na afirmação da gestão de organizações de serviços humanos e liderança de equipas, como campo de actuação do Serviço Social;
- Na compreensão da correlação entre modelos de gestão, tipo de liderança e modelo de cuidados, que visem a partilha integral e a integração da pessoa idosa institucionalizada na cogestão das decisões a tomar no lar e na sua vida;
- Na implementação de uma liderança centrada na pessoa onde todos os profissionais, compreendem a missão e os objetivos a atingir.
- Na necessidade de ter organizações mais flexíveis, com implicação direta dos profissionais na identificação dos objetivos a atingir, das estratégias para os alcançar e de como as implementar;
- Na compreensão da prestação de cuidados enquanto processo integrante da relação de cuidado;
- Na afirmação da relação de cuidado, enquanto via para a humanização dos serviços;
- Nos processos com vista ao empoderamento das organizações, através da comunicação e de práticas de aprendizagem *bottom-up*, no reconhecimento das práticas diárias de humanização da relação de cuidado que conferem à organização reconhecimento e aprendizagem;
- Na consideração da importância da formação em gerontologia social para a qualificação da gestão, liderança e intervenção em lar;
- Na importância da formação de toda a equipa, no prosseguimento da mesma estratégia de funcionamento;

- Na constatação de que a profissão de agente de geriatria é maioritariamente entendida como uma profissão desvalorizada, o que se torna desmotivante para os próprios e que, na maioria dos casos, subjaz à sua escolha a ausência de outras oportunidades, o que leva à necessidade de um estudo mais pormenorizado ao nível das políticas;
- Na confirmação dos agentes de geriatria como um grupo profissional que se encontra desvalorizado, quer nas políticas, quer nas práticas das organizações;
- Na afirmação dos agentes de geriatria enquanto profissionais de relação do cuidado;
- No reconhecimento do trabalho do Serviço Social no campo da relação de cuidado, enquanto fator preponderante da disseminação de modelos de cuidados que visem a dignidade da pessoa;
- Na necessidade de monitorizar e supervisionar as dinâmicas instituídas em lar, com proximidade efetiva, com escuta ativa, partilha, cooperação, afeto e inteligência emocional;
- Na importância de criar ambientes positivos, saudáveis e seguros, que permitam gerar confiança, de forma a que os lares se constituam efetivamente como a casa das pessoas idosas que lá vivem;
- Na confirmação da necessidade de criar espaços de participação para que as pessoas idosas sejam os cogestores dos lares onde vivem;
- Na importância de desenvolver uma atitude reflexiva e crítica sobre os procedimentos adotados, de forma a instituir uma vigilância e avaliação permanente quanto à sua adequação e criar dinâmicas de transformação e mudança sempre que necessário.

CONCLUSÃO

Pensar a profissão do assistente social, nomeadamente, sobre os desafios da gestão técnica em respostas sociais para pessoas idosas, e, mais concretamente, em lares para pessoas idosas. Levou a questionar e a refletir sobre as práticas dos assistentes sociais em funções de gestão de lar, na humanização dos serviços e na relação de cuidado, assim como nos seus contributos e influências nas práticas desenvolvidas pelos agentes de geriatria na humanização da relação de cuidado.

Várias foram as questões, indagações e reflexões sobre: i) os processos de liderança, as relações e interações entre as equipas, a importância da gestão e do papel do líder para o desenvolvimento da humanização dos serviços e da relação de cuidado; ii) A perceção da relação de cuidado desenvolvida pelos assistentes sociais e pelos agentes de geriatria, a compreensão da multidimensionalidade da relação de cuidado. Todo este questionamento e reflexão foram desenvolvidos, tendo por base a promoção do bem-estar geral da pessoa a residir em lar, a sua dignidade e os seus direitos humanos, assentes nos valores e princípios do Serviço Social.

Deste modo, partiu-se da elaboração de um enquadramento teórico tendo como base a definição global de Serviço Social, com os seus princípios e valores éticos, privilegiando-se: a) a compreensão do Serviço Social gerontológico; b) a atuação do assistente social com funções de gestão; c) o contributo do assistente social na humanização da relação de cuidado; d) as influências da gestão e liderança do assistente social em funções de direção técnica nas práticas dos agentes de geriatria; e) os contributos do Serviço Social para o desenvolvimento de uma relação de cuidado humanizada.

Enquanto profissão, o Serviço Social tem uma relação implícita com a intervenção com pessoas idosas, acarretando assumir uma causa de justiça e de coesão social (Carvalho, 2014) para a promoção da qualidade e do seu bem-estar. A prática do assistente social na direção técnica em lar para pessoas idosas é um território onde o Serviço Social tem vindo a procurar desenvolver o seu conhecimento, enquanto disciplina académica e profissão de princípios e valores assentes na dignidade da pessoa. Segundo Carvalho (2012, p. 24),

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.

O Serviço Social em gestão e liderança de respostas sociais, nomeadamente promotoras de serviços humanos, não é uma novidade no contexto socio-histórico da profissão. Desde as pioneiras, que o assistente social assume um papel na gestão, pese embora, de alguma forma, este papel possa estar focado nas capacidades ao nível do desenvolvimento de processos administrativos.

Deste modo, a dimensão deste trabalho dá uma nova perspetiva do contributo do assistente social na liderança de serviços prestadores de cuidados humanos, nomeadamente no desenvolvimento de uma relação de cuidado humanizadora.

Esta investigação desenvolveu-se, tendo por base os valores e princípios do Serviço Social, considerando a dignidade da pessoa humana e a promoção do seu bem-estar geral, enquanto princípio universal da relação de cuidado humanizada.

Partiu-se do pressuposto de que o assistente social na gestão de serviços e na liderança de equipas desenvolve práticas associadas aos valores e princípios da profissão, desenvolvendo e potenciando serviços centrados nas pessoas, no caso desta investigação, com pessoas idosas institucionalizadas e que, deste modo, contribui para o desenvolvimento de uma relação de cuidado humanizadora realizada pelas agentes de geriatria.

Gestão, liderança e Serviço Social

Da pesquisa bibliográfica realizada, concluiu-se que o assistente social desenvolve competências de gestão no seu dia-a-dia, não sendo este um campo desconhecido. Foi igualmente verificado que existem tipos de liderança que se encontram associados aos valores e princípios do Serviço Social, sendo estes processos de liderança desenvolvidos consoante cada contexto da realidade.

Concluiu-se que consoante o tipo de liderança desenvolvida e o envolvimento da equipa no processo de liderança, este será espelhado nas práticas desenvolvidas pelos profissionais, no caso desta investigação, os agentes de geriatria.

O Serviço Social é uma profissão do cuidado que, no desenvolvimento de funções de direção técnica, engloba inúmeras competências, requerendo o assumir da missão da organização, ou seja: a promoção de serviços humanos; o responder às necessidades

das pessoas idosas institucionalizadas; a humanização dos serviços e, por conseguinte, a promoção do bem-estar das pessoas idosas institucionalizadas, ancorado a uma relação de cuidado que vise os seus direitos e dignidade. Associa-se as suas responsabilidades de gestão administrativa no que respeita à tomada de decisão, assente nas regras e normas da organização e das políticas vigentes, a organização de tempos de trabalho, de diversos profissionais e especialidades, a gestão e orientação dos profissionais em contratos externos à organização, como é o caso da limpeza e, na maioria dos lares, da confeção das refeições. No desenvolvimento da passagem de informação da atividade desenvolvida – o assistente social realiza relatórios, cumpre e e faz cumprir os regulamentos institucionais, e presta contas ao nível da gestão financeira. Considera-se fundamental associar a missão da organização à filosofia da gestão operacional, pois os procedimentos ao nível operacional devem estar fundamentados, devem ser partilhados e participados, assumindo que todos têm o mesmo conhecimento das normas e regras com vista ao bom funcionamento e organização do serviço.

Destaca-se, na gestão, a importância de que todas as regras e normas instituídas correspondam a práticas promotoras de bem-estar, quer das pessoas idosas, quer da equipa. Acrescenta-se, ainda, a prática diária que requer planeamento, organização, monitorização, supervisão e avaliação.

No que respeita aos processos de liderança, estes encontram-se associados ao modelo de gestão e envolvem o desenvolvimento de diversas competências, quer na relação com a equipa, quer com as pessoas idosas. O desempenho das equipas na relação de cuidado é fundamental para a concretização da missão, assim como para a garantia da dignidade da pessoa. O desenvolvimento da inteligência emocional nos processos de gestão permite ao assistente social desenvolver técnicas de supervisão e de apoio à equipa, alavancando a compreensão, o apoio e a colaboração.

Nas lógicas organizacionais, o assistente social é um profissional que apoia a organização na sua atuação, na construção de projetos e estratégias a seguir, atua como um profissional propositivo e não meramente executor, reflete e desenvolve uma consciência crítica, capacitando a organização para a mudança e transformação.

Relação de cuidado humanizada

Ao longo desta investigação, foi subjacente a preocupação do entendimento e da apropriação do cuidado enquanto relação e enquanto conceito holístico, e dir-se-ia até multi e interdimensional. Na correlação entre as suas dimensões está a dignidade, o bem-estar e a assunção da humanização dos cuidados. Há alguns anos, que se procura romper com a lógica de cuidado como um mero bem-estar físico, biológico, associado às necessidades básicas, entendendo-se que, só em harmonia biopsicossocial, num emergir pleno da equipa e da pessoa cuidada, no modelo de cuidados relacional empático, será possível desenvolver serviços humanizados e centrados nas pessoas.

No que se refere à relação de cuidado, a mesma deve ser desenvolvida com base na segurança, proteção e confiança, e no respeito pela identidade, pela individualização, pela intimidade, pela privacidade e pelos sentimentos da pessoa. Mas também, na partilha, na disponibilidade, na tranquilidade e serenidade, na compreensão, na aceitação pelo outro, na capacidade de estar no lugar do outro, no sentir a pessoa como pessoa, com alegria, através de uma escuta ativa, conforto, com empatia, promovendo o bem-estar, com igualdade e equidade.

Desenvolver a relação de cuidado, para as assistentes sociais, passa por manter uma relação de proximidade e de disponibilidade, com compromisso, através da comunicação e do diálogo. Através da escuta atenta, desenvolvendo-se processos de confiança, permitindo à pessoa sentir-se segura.

Quanto ao posicionamento das dinâmicas desenvolvidas pelas agentes de geriatria, este deve revestir-se de: responsabilidade, honestidade, gosto pela profissão, empenho, rigor e profissionalismo, respeitar o sigilo profissional, desenvolver um trabalho com qualidade, comunicar de forma calma e ser observador.

No que concerne ao contributo do assistente social em direção técnica de lar, este baseia-se nos princípios e valores do Serviço Social, como o respeito pela dignidade da pessoa, pelos direitos e autodeterminação, pela singularidade, capacidade e privacidade, pelas características de cada pessoa, pelo tempo da pessoa, tratando com igualdade e equidade, aceitando a pessoa, compreendendo-a, sabendo colocar-se no lugar da pessoa, criando empatia relacional, dando espaço para falar, saber ouvir, criando um ambiente saudável, positivo e seguro, tendo em conta os gostos, escolhas e desejos das pessoas idosas institucionalizadas.

O contributo do assistente social considera a pessoa idosa institucionalizada enquanto pessoa de direitos, desenvolvendo uma teia de valores e princípios que concorrem para o bem-estar da pessoa idosa, requerendo práticas que visem a partilha e o acolhimento dos gostos, necessidades e vontades da pessoa, através do desenvolvimento de uma escuta ativa, no desenvolvimento de uma relação de confiança, na qual o profissional está verdadeiramente, ou seja, autenticamente, num verdadeiro sentido de estar efetivo com a pessoa, no desenvolvimento de uma relação de cuidado com efeitos positivos para as pessoas idosas institucionalizadas. Sendo assimilado pela equipa a importância de cuidar com atenção, com conforto, estando efetivamente presente, desenvolvendo um relacionamento próximo e fazendo as pessoas idosas institucionalizadas felizes.

A relação de cuidado é multidimensional, envolvendo várias dimensões: social, espiritual, aprendizagem ao longo da vida, cultura e lazer, económica, saúde, bem-estar, ambiente interno e externo, sigilo profissional, o compromisso e a relação de ajuda, sendo que todas estas concorrem para a dignidade e para o bem-estar da pessoa idosa.

O Serviço Social, enquanto profissão que intervém na realidade humana e social, implica um agir ético nas dinâmicas da relação do cuidado. Concluiu-se da bibliografia estudada que o cuidado se desenvolve através de um processo ético de respeito pela dignidade da pessoa humana.

No desenvolvimento da pesquisa empírica, houve preocupações de natureza ética no que respeita ao anonimato da organização e dos atores envolvidos, pelo que foram tomadas opções nos materiais que incluíram o corpo da tese, privilegiando-se sempre a garantia do sigilo de todos os participantes.

No quadro investigativo, as assistentes sociais e as agentes de geriatria ocuparam um lugar principal na construção do conhecimento. Procedeu-se a uma investigação qualitativa para o aprofundamento e para a compreensão de todo o funcionamento da realidade estudada, na forma como é desenvolvida a gestão, a liderança e a relação de cuidado.

A pesquisa empírica desenvolveu-se através de questionários e entrevistas semiestruturadas às três assistentes sociais e às seis agentes de geriatria. Foram realizados sessenta questionários, três às assistentes sociais e cinquenta e sete a agentes de geriatria que trabalham nos lares da organização em estudo. Foi, ainda,

realizada observação do campo empírico, ao nível do ambiente vivido, e das dinâmicas desenvolvidas possíveis de observar.

O corpo teórico foi sendo elaborado e reformulado a partir das indagações e interpelações que foram emergindo do campo empírico.

Considera-se que os objetivos propostos foram atingidos, contudo fica um sentimento de que muito mais poderia ser dito, considerando a investigação enquanto processo aberto a outras possibilidades.

Neste processo investigativo, surgiram diversos constrangimentos:

- Devido à pandemia mundial que já perdura há dezoito meses, com as medidas de segurança implementadas ao nível nacional, vários locais encerraram, impossibilitando a livre circulação e bloqueando o acesso à alguma da pesquisa documental;
- Limitações no campo empírico para a recolha de dados, no âmbito da observação realizada. Esta teve igualmente de respeitar o momento oportuno e autorizado para a entrada nos lares, respeitando todas as regras em vigor derivadas da pandemia, não se podendo alargar a outras dinâmicas realizadas nos lares;
- O respeito pela dignidade da pessoa não permitiu um olhar direto sobre a dimensão da relação do cuidado que enquadra a prestação de cuidados básicos.

Nas limitações deste estudo está subjacente a necessidade de se analisar e compreender, junto das pessoas idosas institucionalizadas, se a perceção dos assistentes sociais sobre a relação de cuidado por si desenvolvida é percecionada como efetiva.

Salienta-se, ainda, que esta investigação permitiu evidenciar que os assistentes sociais em direção técnica de lar potenciam e capacitam os elementos da equipa para prosseguir os valores da dignidade humana e o respeito pela pessoa idosa, tendo em presença as vicissitudes do domínio ao nível institucional. Esta investigação permitiu ter um olhar ampliado na humanização da relação de cuidado, que está menos visível na esfera do Serviço Social, desafiando a uma abordagem reflexiva multi e interdimensional, reposicionando o assistente social no campo da gestão e liderança. Pretendeu-se, assim, contribuir para a tomada de consciência da importância que os

modelos de gestão e liderança por parte do Serviço Social têm no desenvolvimento da humanização dos serviços e da relação de cuidado.

A elaboração desta tese surge da prática profissional e da necessidade de ampliar o conhecimento científico sobre um campo de atuação que tem acompanhado a autora ao longo dos últimos dezassete anos.

Os resultados inferidos pelo estudo não são de generalização, respeitam ao universo estudado e consideram o limite temporal da investigação. Deste modo, foi realizada uma análise e reflexão sobre o que foi inferido da realidade estudada.

Propostas futuras de investigação

Esta investigação não se esgota em si mesma, sendo uma porta aberta para outras pesquisas, constituindo-se assim, como oportunidade para outros estudos:

– Conforme se verificou, as pessoas idosas integradas em lar devem desenvolver uma participação ativa nas dinâmicas do lar, sendo auscultadas para a tomada de decisões, devendo ser propiciada a participação em todo o seu projeto de vida individual e coletivo, respeitando a sua dignidade e a sua plena cidadania, sendo de elevada relevância a forma como se desenvolve a relação de cuidado. Seria interessante analisar a forma como as pessoas idosas institucionalizadas percecionam a relação de cuidado na sua multidimensionalidade, relacionando com as conclusões do estudo que aqui se apresenta.

– Considerando a estratégia, ao nível de gestão intermédio da organização em estudo, que consiste na formação em Humanidade, especificamente à equipa técnica e aos agentes de geriatria, seria interessante analisar, através de um estudo longitudinal, as mudanças e transformações ocorridas nos lares após esta formação, sendo analisadas as mudanças ocorridas nos primeiros seis meses e as mudanças efetivas ao fim de um ano.

– Parece ainda existir, em Portugal, uma insuficiência de conhecimento sobre quem são os agentes de geriatria e do seu relevo na prestação de cuidados. Uma pesquisa mais ampla sobre esta matéria, poderia constituir-se como uma oportunidade para fundamentar uma reestruturação do enquadramento legal da carreira, o reconhecimento desta atividade profissional, a definição do perfil e formação, o posicionamento destes profissionais como técnicos profissionais de geriatria. Fica assim, em aberto a

oportunidade para novas investigações que permitam aumentar o conhecimento nesta esfera.

– Considerando a formação dos agentes de geriatria e dos técnicos de geriatria, seria interessante analisar a formação, o conhecimento e as práticas desenvolvidas por estes profissionais à luz da formação que cada um realizou, de forma a contribuir para aumentar o conhecimento sobre estes profissionais.

Esta tese pode constituir-se, ainda como ponto de partida para outras investigações, na esfera da gestão e liderança, assim como da relação de cuidado.

Só na oportunidade de conhecimento e reflexão é possível evoluir e consciencializar que, no agir do assistente social, se encontra inerente a importância de desenvolver modelos de cuidados que reflitam a humanização da relação do cuidado.

Foi um privilégio fazer este caminho de autoconhecimento, aprendizagens, resiliência e reflexão, no desejo da sua continuidade.

REFERÊNCIAS

A

ABEJAS, A.; DIAS, D. (2021) – Aspetos antropológicos do cuidar. In ABEJAS, A e DUARTE, C. coords. – Humanização em Cuidados Paliativos. Lisboa : Lidel. p. 21-27.

ADAMS, R. (2002) – Developing Critical Practice in Social Work. In ADAMS, R. ; DOMINELLI, L. ; PAYNE, M. coords. - Critical Practice in Social Work. London : Palgrave Macmillan. 2002. p. 83-95.

AGICH, G. (2007) - Reflections on the Function of Dignity in the Context of Caring for Old People. Journal of Medicine and Philosophy [Em linha]. 32:5 (2007) 483-494 [Consult. 7 Dez. 2020]. Disponível em WWW:URL: <https://doi.org/10.1080/03605310701626455> . ISSN 1744-5019.

ALBUQUERQUE, C. (2013) - Acompanhamento social, capacitação e responsabilização. A “subjetivação” da intervenção social?. In SANTOS, C. ; ALBUQUERQUE, C. ; ALMEIDA, H. - Serviço Social: mutações e desafios. [Em linha]. Coimbra : Imprensa da Universidade de Coimbra. p. 105-122. [Consult. 23 Jul. 2020]. Disponível em WWW:<URL: <http://dx.doi.org/10.14195/978-989-26-0769-6>. ISBN 978-989-26-0769-6.

AMARO, M. (2009) - Identidades, incertezas e tarefas do Serviço Social contemporâneo. Locus SOCI@L [Em linha]. 2 (2009) 29–46 [Consult. 14 Fev. 2019]. Disponível em WWW:<URL: <https://ciencia.iscte-iul.pt/journals/1647-1431>>. ISSN1647-1431.

AMARO, M. (2015) – Urgências e Emergências do Serviço Social. 2ª ed. Lisboa : Universidade Catolica Editora.

AMENDOEIRA, J. (2012) - A ética das profissões ética e deontologia profissional. Tese de Doutoramento. Lisboa : ISG.

ANDRADE, M. (2001) - Campo de intervenção do serviço social: autonomias e heteronomias do agir. Intervenção Social [Em linha]. 23:24. (2001) 217-232. [Consult. 29 Out. 2020]. Disponível em WWW:URL:[http:// http://revistas.lis.ulsiada.pt/](http://revistas.lis.ulsiada.pt/).

ANTÓNIO, S. (2013) - Das Políticas Sociais da Velhice à Política Social de Envelhecimento. In CARVALHO, Maria, coord - Serviço Social no Envelhecimento. Lisboa : Pactor, 2013. p. 81-103.

ARAÚJO, L. (2019) – Compaixão organizacional. In MARUJO, H. ; NETO, L. e CEITIL, M., coords - Humanizar as Organizações: Novos sentidos para a gestão de pessoas. Lisboa : Editora RH. p. 79-96.

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE APOIO À VÍTIMA (2020) – Relatório Portugal Mais Velho. Lisboa : APAV.

ASSOCIAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SERVIÇO SOCIAL (2018) - Código Deontológico do Assistente Social em Portugal. Lisboa.

ASSOCIAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SERVIÇO SOCIAL (2013) – Ética no Serviço Social – Declaração de Princípios. [Em linha]. 2013, atual. 2007. [Consult. 20 Jul. 2019]. Disponível em WWW:<URL: <http://ifsw.org/policies/statement-of-ethical-principles/>>.

ASSOCIAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SERVIÇO SOCIAL (1994) – Ética no Serviço Social – Princípios e Valores. APSS [Em linha]. 1994 [Consult. 18 Jul. 2019]. Disponível em WWW:<URL: <https://www.apss.pt>>.

ATCHLEY, Robert - A Continuity Theory of Normal Aging (1989) - The Gerontological Society of America [Em linha]. 29:2 (1989) 183-190. [Consult. 20 Jul. 2019]. Disponível em WWW:<URL: <https://doi.org/10.1093/geront/29.2.183>>. ISSN 0016-9013.

B

BALLESTERO IZQUIERDO, A. (2009) – Dilemas éticos en trabajo social: El modelo de la ley social. Portularia [Em linha]. IX:2 (2009) 123-131 [Consult. 18 Set. 2021] Disponível em WWW:<URL: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=161013165008>>. ISSN 1578-0236.

BANKS, S. (2015) - Social work ethics. International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences [Em linha]. (2015) 782-788 [Consult. 20 Jul. 2019]. Disponível em WWW:<URL: <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.28030-6>>.

BARBOSA, A. [et al.] (2011) – Cuidar de idosos com demência em instituições: competências, dificuldades e necessidades percebidas pelos cuidadores formais.

Psicologia, Saúde & Doenças [Em linha]. 12:1 (2011) 119-129 [Consult. 16 Mar. 2020]. Disponível em WWW:<URL: <http://hdl.handle.net/10773/22445>>. ISSN 1645-0086.

BARRIOS, M. (2017) – Políticas de Envelhecimento ao Nível Local: Análise e Avaliação de Programas a Partir do Paradigma de Envelhecimento Ativo. Lisboa : Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas Universidade de Lisboa. Tese de Doutoramento.

BASE DE DADOS PORTUGAL CONTEMPORÂNEO (2020) – Índice de Envelhecimento. PORDATA [Em linha]. Lisboa : Fundação Francisco Manuel dos Santos. [Consult. 16 Jun. 2020]. Disponível em WWW:<URL: [PORDATA - Indicadores de envelhecimento](#).

BASE DE DADOS PORTUGAL CONTEMPORÂNEO (2020) – Índice de Esperança de Vida à nascença. PORDATA [Em linha]. Lisboa : Fundação Francisco Manuel dos Santos. [Consult. 16 Jun. 2020]. Disponível em WWW:<URL: [PORDATA - Esperança de vida à nascença: total e por sexo](#).

BASE DE DADOS PORTUGAL CONTEMPORÂNEO (2020) – Índice de Esperança de Vida aos 65 anos por sexo. PORDATA [Em linha]. Lisboa : Fundação Francisco Manuel dos Santos. [Consult. 16 Jun. 2020]. Disponível em WWW:<URL: [PORDATA - Esperança de vida aos 65 anos: por sexo](#).

BATISTA, M.; ALMEIDA, M.; LANCMAN, S. (2014) – Cuidadores formais de idosos: contextualização histórica no cenário brasileiro. Bras. Geriatr. Gerontol [Em linha]. 17:4 (2014) 879-885 [Consult. 22 Fev. 2020]. Disponível em WWW:< URL:<https://DOI:10.1590/1809-9823.2014.13148>.

BATISTONI, S. (2014) - Gerontologia Ambiental: panorama de suas contribuições para a atuação do gerontólogo. Rev. bras. geriatr. Gerontol [Em linha]. 17:3 (2014) 647-657. [Consult. 13 Jun. 2020]. Disponível em WWW:<URL:<https://doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13088>.

BAUMAN, Z. (1999) – Modernidade Líquida. Zahar. 1999. [Consult. 2 Jul. 2019]. Disponível em WWW:<URL: <https://zahar.com.br>>.

BENTO, M. (2012) - Serviço Social e Políticas de Provisão Social. Cumplicidades e desafios em Portugal. Intervenção Social [Em linha]. 39 (2012) 11-28. [Consult. 13 Jun. 2020]. Disponível em WWW:<URL: <https://academic.oup.com>>.

BERGER, P. ; LUCKMANN, T. (2004) - A construção social da realidade: Tratado de Sociologia do Conhecimento. 24ª ed. Petropolis : Editora Voz.

BERKMAN, B. [et al.] (2000) - Social Work Gerontological Practice, Journal of Gerontological Social Work [Em linha]. 34:1 (2000) 5-23. [Consult. 9 Ago. 2020]. WWW:<URL:https://doi.org/10.1300/J083v34n01_02>.

BESTETTI, M. (2014) - Ambiência: espaço físico e comportamento. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol [em linha]. 17:3 (2014) 601-610. [Consult. 9 Ago. 2020]. WWW:<URL <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13083>>.

BISHOP, C. [et al.] (2008) - Nursing Assistants' Job Commitment: Effect of Nursing Home Organizational Factors and Impact on Resident Well-Being. The Gerontologist [Em linha]. 48:1 (2008) 36-45 [Consult. 13 Jun. 2020]. Disponível em WWW:<URL: <https://academic.oup.com>>. DOI: https://doi.org/10.1093/geront/48.Supplement_1.36

BOLDY, D. ; CHOU, S. ; LEE, A. (2004) – Assessing resident satisfaction and its relationship to staff satisfaction in residential aged care. Australasian Journal on Ageing [Em linha]. 23:4 (2004) 195-197 [Consult. 29 Nov. 2019]. Disponível em WWW:<URL: <https://doi.org/10.1111/j.1741-6612.2004.00049.x>>.

BOFF, L. (2005) – O cuidado essencial: princípio de um novo ethos. Inclusão Social [Em linha]. 1:1 (2005) 28-35 [Consult. 19 Jul. 2021]. Disponível em WWW:<URL: <http://revista.ibict.br/inclusao/article/view/1503>>.

BOFF, L. (1999) - Saber Cuidar Ética do humano - compaixão pela terra. (1999) [Consult. 18 Jul. 2019]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.vozes.com.br/Brasil>>.

BOGDAN, R. ; BIKLEN, S. (1999) - Investigação Qualitativa em Educação. Porto Editora : Porto.

BORN, T. (2006) – A Formação de cuidadores: acompanhamento e avaliação. Seminário Velhice Fragilizada [Em linha]. (2006) 1-6 (2006) [Consult. 26 Fev. 2020]. Disponível em WWW:< URL: <https://www.associacaoamigosdagrandeidade.com>>.

BOURDIEU, P. (2008) - A Economia das Trocas Linguísticas. 2ª ed. 1ª Reimpressão, São Paulo : Edusp.

BRAGA, A. ; BESTETTI, M. ; FRANCO, F. (2016) - O Conforto na Ambiência de Idosos Moradores em Instituições de Longa Permanência. Revista Kairós Gerontologia [Em linha]. 19:2 (2016) 327-347. [Consult. 1 Jul. 2020]. Disponível em WWW:< URL: <https://revistas.pucsp.br/kairos>>. ISSN 2176-901X.

BRAGA DA CRUZ, M. (2013) – Teorias Sociológicas – Os fundadores e os clássicos (antologia de textos). I Volume. 7ª ed. Lisboa : Fundação Calouste Gulbenkian.

BRANCO, F. ; FERNANDES, E. (2005) - O Serviço Social em Portugal: Trajetória e Encruzilhada. Lisboa [Em linha]. 2005. [Consult. 12 Jul. 2021]. Disponível em WWW:<URL: [Microsoft Word - O Serviço Social em Portugal -Trajectória e encruzilhada.doc \(cpihts.com\)](#)>. (original: Branco, Francisco e Fernandes, Ernesto Le service social au Portugal: trajectoire et enjeux, in Jean-Pierre Deslauriers e Yves Hurtubise (dir.), Le travail social international. Éléments de Comparaison, Canadá, Les Presses de l'Université Laval, 2005, p.165-186).

BROWN, H. (1998) – Couselling. In ADAMS, R. ; DOMINELLI, L. ; PAYNE, M. coords. – Social Work: themes, issues and critical debates. London : MACMILLAN. p.138-148.

BRUSTOLIN, L. (2006) - A Vida: Dom e Cuidado – Antropologia Teologia Ética do Cuidado. Revista da Teologia da PUCRS [Em linha]. 36:152 (2006) 441 – 460. [Consult. 18 Jul. 2019]. Disponível em: WWW:<URL: <https://core.ac.uk> >.

BRYMAN, A. (2012) - Social Reserch Methods. 4th ed. Oxford : University Press.

BURE, R. ; TOSELAND, R. ; FORTUNE, A. (2003) - Strengthening Geriatric Social Work Training. Journal of Gerontological Social Work [Em linha]. 39:1 (2003) 111-127. [Consult. 9 Ago. 2020]. Disponível em: WWW:<URL: https://doi.org/10.1300/J083v39n01_10. ISSN 1540-4048>.

BURNS, R. (2000) - Introdution to research Methods. 4th ed. London : SAGE.

BUTLER, R. (1969) - Age-Ism: Another Form of Bigotry. The Gerontologist [Em linha]. 9:4 (1969). [Consultado em Jul. 2020]. Disponível em WWW:< URL:https://doi.org/10.1093/geront/9.4_Part_1.243>.

BUTLER, R. (1980) - Ageism: A Foreword. Journal of Social Issues [Em linha]. 36-2, (1980) 1-4 [Consult. 1 Jul. 2020]. Disponível em WWW:< URL: [DOI:https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1980.tb02018.x](https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1980.tb02018.x).

C

CABRAL, M. [et al.] (2013) - Processos de Envelhecimento em Portugal. Lisboa : Fundação Manuel dos Santos.

CANÇADO, A. ; TENÓRIO, F. ; PEREIRA, J. (2011) - Gestão social: reflexões teóricas e conceituais. Cadernos EBAPE [Em linha]. 9:3. (2011) 681-703. [Consultado em 15 Fev. 2019]. Disponível em WWW:< URL:<https://doi.org/10.1590/S1679-39512011000300002>.

CANÇADO, A. ; VILLELA, L. ; SAUSEN, J. (2016) - Gestão social e gestão estratégica: reflexões sobre as diferenças e aproximações de conceitos. Revista de Gestão Social e Ambiental [Em linha]. 10:3 (2016) 69-84, set./dez. 2016. [Consult. 27 Mai. 2019]. Disponível em WWW:<URL: <https://rgsa.emnuvens.com.br>>.

CAPUCHA, L. (2014) - Envelhecimento e Políticas Sociais em Tempos de Crise. sociologia, problemas e práticas [Em linha]. 74 (2014) 113-131. [Consult. 10 Jan. 2021]. Disponível em WWW:<URL: <http://dx.doi.org/10.7458/SPP2014743203>>. ISSN 0873-6529.

CARDOSO, S. [et al.] (2012) - Estado e políticas sociais sobre a velhice em Portugal (1990-2008). Revista Análise Social [Em linha]. 204:3 (2012) 606-630 [Consult. 10 Dez. 2019] Disponível em WWW:<URL: <http://www.analisesocial.ics.ul.pt>>. ISSN 0003-2573.

CARDIM, J. (1999) - O Sistema de Formação Profissional em Portugal. 2ª ed. [Em linha]. [Consult. 5 Abr. 2020]. Disponível em WWW:<URL: 7009_pt.pdf (europa.eu). ISBN 92-828-7681-0.

CARRILHO, P. (2012) - Epidemiologia dos acidentes de trabalho e exercício físico em instituições de apoio a idoso. Bragança : Instituto Politécnico de Bragança. Dissertação de Mestrado.

CARTA SOCIAL (2019) - Plataforma. 2019. Disponível em: www.cartasocial.pt. [Consult. 12 Dez 2019].

CARTA SOCIAL (2018) - Rede de Serviços e Equipamentos 2018 [Em linha]. Lisboa : MTSSS. Disponível em WWW:<URL: <http://www.cartasocial.pt>>. [Consult. 12 Dez. 2019]. ISBN: 978-972-704-430-6

CARVALHO, A. (2016) – Espiritualidade, Fé e a sua Relação com a Velhice. In MOURA, Cláudia coord. - Novas Competências para Novas Exigências no Cuidar. Porto : Euedito. p. 257-268.

CARVALHO, M. (2009) - Modelos de Política de Cuidados na Velhice em Portugal e em alguns países europeus. Revista Katálysis [Em linha]. 12:2 (2009) 119-133. [Consult. 6 Jul. 2019]. Disponível em WWW:< URL: [https:// https://revistas.pucsp.br/](https://revistas.pucsp.br/)>.

CARVALHO, M. (2011) - Ética, Serviço Social e "responsabilidade social": o caso das pessoas idosas. Revista Katálysis [Em linha]. 14:2 (2011) 239-245. [Consult. 5 Jul. 2019]. Disponível em WWW:< URL: [https:// https://www.scielo.br/pdf/rk/v14n2/11.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rk/v14n2/11.pdf)>.

CARVALHO, M. (2012) - Contracorrentes em tempos de tempestades: O pensamento de Jane Addams e de Mary Richmond no Serviço Social. Revista Em Pauta [Em linha] 29:10 (2012) 157-169. [Consult. 18 Jun. 2020]. Disponível em WWW:< URL: <http://dx.doi.org/10.12957/rep.2012.3898>.

CARVALHO, M. (2013) - Um Percurso Heurístico pelo Envelhecimento. In Carvalho, Maria coord. - Serviço Social no Envelhecimento. Lisboa : Pactor. p. 1-15.

CARVALHO, M. (2014) - Serviço Social e Intervenção com Idosos: Desafios Atuais. CARVALHO, Maria ; PINTO, Carla coords. - Serviço Social Teoria e Prática. Lisboa : Pactor. p. 421-436

CARVALHO, M. (2016) - Ética Aplicada ao Serviço Social – Dilemas e Práticas Profissionais. Lisboa : PACTOR.

CATÁLOGO NACIONAL DE QUALIFICAÇÕES E AGÊNCIA NACIONAL PARA A QUALIFICAÇÃO E O ENSINO PROFISSIONAL (2020) – Perfil Profissional – Técnico(a) de Geriatria [Em linha] 2020 [Consult. 5 Abr. 2020]. Disponível em WWW:<URL: [Catálogo Nacional de Qualificações \(anqep.gov.pt\)](http://catnacionaldequalificacoes.anqep.gov.pt)

CATÁLOGO NACIONAL DE QUALIFICAÇÕES E AGÊNCIA NACIONAL PARA A QUALIFICAÇÃO E O ENSINO PROFISSIONAL (2020) – Referencial de Formação – Agente em Geriatria [Em linha] 2020 [Consult. 5 Abr. 2020]. Disponível em WWW:<URL: [Catálogo Nacional de Qualificações \(anqep.gov.pt\)](http://catnacionaldequalificacoes.anqep.gov.pt).

CAVALCANTI, T. [et al.] (2019) - Hierarquia das Necessidades de Maslow: Validação de um Instrumento. Psicologia: Ciência e Profissão [Em linha]. 39 (2019) 1-13 [Consult.

6 Dez. 2020]. Disponível em WWW:< URL: DOI.org/10.1590/1982-3703003183408>. ISSN 1414-9893.

CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA (2014) - Parecer sobre as vulnerabilidades das pessoas idosas, em especial das que residem em instituições. 80/CNECV/2014 [Em linha] (2014) 1-13 [Consult. 20 Abr. 2020]. Disponível em WWW:< URL: <https://www.cneqv.pt/pt/pareceres/parecer-n-o-80-cneqv-2014-sobre-as-vulnerabilidades-das-pessoas>>.

CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA (1999) - Reflexão Ética Sobre a Dignidade Humana. 26/CNECV/99 [Em linha] (1999) 1-29 [Consult. 20 Abr. 2020]. Disponível em WWW:< URL: <https://www.cneqv.pt/pt/pareceres/reflexao-etica-sobre-a-dignidade-humana-26-cneqv-99>>.

CORDEIRO, M. (2008) - Ambiente Institucional de um Lar de Idosos. International Journal of Developmental and Educational Psychology [Em linha]. 1:1 (2008) 379-386. [Consult. 22 Abr. 2020]. Disponível em WWW:< URL: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349832316038>.

COSTA, J. (2016) – O Conhecimento como Compromisso Social. In MOURA, Cláudia coord. - Novas Competências para Novas Exigências no Cuidar. Porto : Euedito. p. 59-65.

COUTINHO, C. (2011) - Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática. 2th ed. Lisboa : Almedina.

CHAPMAN, A. (2011) - Human dignity, bioethics, and human rights. Amsterdam Law Forum [Em linha]. 3 (2011) 3-12 [Consult. 8 Dez. 2020]. Disponível em WWW:<URL: <https://ssrn.com/abstract=1762549>.

CHEN, L. (2014) - Care workers in long-term care for older people: challenges of quantity and quality. European Journal of Social Work [Em linha]. 17:3 (2014) 383-401. [Consult. 24 Nov. 2019]. Disponível em WWW:<URL: <https://doi.org/10.1080/13691457.2013.861389>. ISSN 1468-2664.

CHERIX, K. ; JÚNIOR, N. (2017) - O cuidado de idosos como um campo intersubjetivo: reflexões éticas. Interface Comunicação Saúde Educação [Em linha]. 21:62 (2017) 579-

88. [Consult. 20 Out. 2019]. Disponível em WWW:<URL: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0492>.

CONTI, D. (2010) - Uma abordagem do tema: Gestão Social. Revista Iluminart [Em linha]. 1:4 (2010) 162-170. [Consult. 19 Mai. 2020]. Disponível em WWW:<URL:[Uma abordagem do tema: Gestão Social | de Melo Conti | Revista Iluminart \(ifsp.edu.br\)](http://www.uma.abordagem.do.tema.Gestao.Social.de.Melo.Conti.Revista.Iluminart.ifsp.edu.br). ISSN: 1984 - 8625

COMITÉ ECONÓMICO E SOCIAL (1998) - A cooperação com as organizações de solidariedade enquanto atores económicos e sociais no campo da assistência social. (JO C 73 de 9.3.1998)

COMITÉ ECONÓMICO E SOCIAL (2001) - Os serviços sociais privados com fins não lucrativos no contexto dos serviços de interesse geral na Europa. (JO C 311 de 7.11.2001)

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA PORTUGUESA (1976). Portugal [Em linha]. (1976) [consult. 11 Dez. 2019]. Disponível em [Constituição da República Portuguesa \(parlamento.pt\)](http://www.parlamento.pt).

COULSHED, V. (1990) - Management in social work. London : Macmillan Education Ltd.

CRAWFORD, K. ; WALKER, J. (2008) – Social Work With Older People. 2th ed. Glasgow : Learning Matters Ltd.

CRUZ, S. (2014) - A Dignidade em Lares de Idosos. Porto : Instituto Superior de Serviço Social do Porto. Dissertação de Mestrado.

D

D'ALMEIDA, J. [et al.] (2021) – Competências no Contexto de Trabalho em Serviço Social. V. N. Famalicão : Edições Húmus.

DAVIES, S. [et al.] (1999) – The educational preparation of staff in nursing homes: relationship with *peessoa idosa institucionalizada* autonomy. Journal of Advanced Nursing. [em linha]. 29:1 (1999) 208-217. [Consult. 10 Jun. 2020]. Disponível em WWW:<URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10064301/>> DOI: [10.1046/j.1365-2648.1999.00879.x](https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1999.00879.x).

DECRETO-LEI n.º 513-L/1979 – D.R. I. Série. 296 (1979-12-26) 3350-(4) a 3350-(7).

DECRETO-LEI n.º 74/2006. D.R. I-A Série. 60 (2006-03-24) 2242-2257.

DECRETO-LEI n.º 191-C/79 - D.R. I. Série. 144 (1979-06-25) 1390-(12) a 1390-(17)

DECRETO-LEI n.º 353-A/89 - D.R. I. Série. 238 (1989-10-16) 4530-(2) a 4530-(18).

DECRETO – LEI n.º 212/1997 - D.R. I. Série. 102 (1997-09-13) 4917 – 4918.

DECRETO-LEI n.º 414/99 - D.R. I-A Série. 241 (1999-10-15) 6967 – 6971.

DECRETO-LEI n.º 199/2000 - D.R. I-A Série. 195 (2000-08-24) 4299 – 4301.

DECRETO-LEI n.º 64/2007 - D.R. I-A Série. 52 (2007-03-14) 1606 – 1613.

DECRETO-LEI n.º 121/2008 - D.R. I. Série. 133 (2008-07-11) 4347 – 440.

DECRETO-LEI n.º 37/2015 - D.R. I. Série. 48 (2015-03-10) 1501 – 1504.

DESPACHO n.º 7837/2002 - D.R. II. Série. 89 (2002-04-16) 7005-7005.

DESPACHO NORMATIVO N.º 12/98 - D.R. I-B Série. 47 (1998-02-25) 766 – 774

DIAS, D. (2018) – Psicologia da Aprendizagem: Paradigmas, Motivação e Dificuldades. Lisboa : Edições Sílabo.

DIJCK-HEINEN, C. [*et al.*] (2014) - A Sense of Home Through The Eyes Of Nursing Home Residents. International Journal for Innovative Research in Science & Technology [Em linha]. 01:4 (2014) 57-69. [Consult. 29 Nov. 2020]. Disponível em WWW<:URL: <https://surfsharekit.nl/public/5af85532-1596-432d-85e5-1df5838c57c2>>.

DIJMAN, B. [*et al.*] (2016) – European Core Competences Framework of health and Social Care Professional Working With Older People. European Later Life Active Network, 2016. [Consult. 5 Ago. 2020]. Disponível em: WWW<:URL: <http://ellan.savonia.fi/>>.

DIREÇÃO-GERAL DA SEGURANÇA SOCIAL (2020) – Proteção Social : Pessoas Idosas. Lisboa : DGSS [Em linha] (2020) 1-18 [Consult. 10 Fev. 2020]. Disponível em

WWW:<URL: https://www.seg-social.pt/documents/10152/113014/Guia_protecao_social_pessoas_idosas.pdf/d5c582d0-595b-47e9-a650.

DOCUMENTO DE ARAXÁ (1969) – Seminário de Araxá. Suplemento de debates sociais. n.º 2. 1969.

DROUIN, H. (2013) - Servant – Leadership a Pathway to Care, Excellence, Learning AND Leadership in the Social Services Department. NACSW Convention. 2013. [Consult. 17 Jun. 2021]. WWW:<:URL Microsoft Word - Servant-Leadership Booklet - Feb. 07 Updated August 10 FIN.doc (nacsw.org).

DUTRA, N. ; MAZINI, J. ; SILVA, M. (2018) - Cuidadores que se encontram: (in)formação de cuidadores de instituições de longa permanência para idosos. Rev. Ciênc. Ext. [Em linha]. 14:4 (2018) 195 – 206. [Consult. 21 Mai. 2020]. Disponível em WWW<:URL:https://ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/view/1757>. ISSN: 1679-4605.

DUARTE, C. ; NAVALHO, A. ; PINTO, C. (2021) – Cuidados Espirituais. In ABEJAS, A e DUARTE, C. coords. – Humanização em Cuidados Paliativos. Lisboa : Lidel. p. 140-147.

E

ELVAS, S. (2016) - Gestão para a autonomia da pessoa idosa em residências assistidas. Lisboa : ULHT. Tese de Mestrado.

ESTEVAM DA SILVA, N. ; NASCIMENTO, M. ; BESTETTI, M. (2020) - Ambiência em instituições de longa permanência para idosos: rumo a uma visão mais abrangente da literatura. Revista Kairós-Gerontologia [Em linha]. 23:2 (2020) 417- 434 [Consult. 19 Dez. 2020]. Disponível em WWW:<URL:DOI: <http://dx.doi.org/10.23925/2176-901X.2020v23i2p417-434>>. ISSN 2176-901X.

EVA, Nathan [*et al.*] (2019) - Servant Leadership: A systematic review and call for future research. The Leadership Quarterly [Em linha] 30:1 (2019) 111-132 [Consult. 19 Mai. 2021]. Disponível em WWW:<URL: <https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2018.07.004>.

EUROPEAN COMMISSION'S (2010) - European charter of the rights and responsibilities of older people in need of long-term care and assistance. Daphne III

Programme. [Em linha]. 2010. 25 p. [Consult. 13 Dez. 2020]. Disponível em WWW:<URL: <https://age-platform.eu/publications/eu-charter-rights-and-responsibilities-older-people-need-long-term-care-and-assistance>>.

F

FALEIROS, V. (2013^a) – Autonomia Relacional e Cidadania Protegida: Paradigma para Envelhecer bem. In CARVALHO, Maria coord. – Serviço Social no Envelhecimento. Lisboa : Pactor. p. 35-48.

FALEIROS, V. (2013b) - Desafios de cuidar em Serviço Social: uma perspectiva crítica. Revista R. Katál. Florianópolis [Em linha]. 16 (2013) 83-91. [Consult. 25 Set. 2019]. Disponível em WWW:<URL: <https://doi.org/10.1590/S1414-49802013000300006>>.

FALEIROS, V. (1999) - Estratégias em Serviço Social. 2 ed, São Paulo : Cortez.

FALEIROS, V. (1997) – Saber Profissional e Poder Institucional. 5^a ed, São Paulo : Cortez.

FANTINEL, L. (2016) - As Sociabilidades nas Organizações: Da Sociologia Formal às Interações Cotidianas. Revista Interdisciplinar de Gestão Social [Em linha]. 5:2 (2016) 139- 151. [Consult. 6 Jul. 2021]. Disponível em: WWW:<URL: <https://doi.org/10.9771/RIGS.V5I2.12513>>. ISSN: 2317-2428.

FERREIRA, J. (2011) - Contributos para o debate da epistemologia em serviço social. Revista de Investigaciones en Intervención Social [Em linha] 2:1. (2011) 67-78. [Consult. 19 Jul. 2021]. Disponível em: WWW:<URL: [Microsoft Word - 04 tsg 3 ferreira \(iscte-iul.pt\)](Microsoft Word - 04 tsg 3 ferreira (iscte-iul.pt))>.

FERREIRA, P. (2015) - Envelhecimento e Direitos Humanos. Conjectura : Filos. Educ. [Em linha]. 29 (2015) 183-197 [Consult. 11 Jan. 2020]. Disponível em: WWW:<URL: <https://repositorio.ul.pt.>>

FIELDS, N. (2016) - Exploring the Personal and Environmental Factors Related to Length of Stay in Assisted Living. Journal of Gerontological Social Work [Em linha]. 59:3 (2016) 205-221. [Consult. 18 Out. 2020]. WWW:<URL: <https://doi.org/10.1080/01634372.2016.1181129>. ISSN 1540-4048.

FISCHER, G. (2002) – Os Conceitos Fundamentais da Psicologia Social. Lisboa : Instituto PIAGET.

FISCHER [et al.] (2006) - Perfis Visíveis na Gestão Social do Desenvolvimento. RAP. V. [Em linha]. 40 (2006) 789 – 808. [Consult. 01 Set. 2019]. Disponível em WWW:<URL: www.scielo.br>.

FISCHER, T. (2007) - O futuro da gestão. HSM Management. [Em linha]. 64 (2007). [Consult. 29 Ago. 2019]. Disponível em WWW:<URL: <https://edisciplinas.usp.br>>.

FISHER, E. (2009) - Motivation and Leadership in Social Work Management: A Review of Theories and Related Studies. Administration in Social Work [Em linha]. 33:4 (2009) 347-367. [Consult. 29 Ago. 2019]. Disponível em WWW:<URL: <https://doi.org/10.1080/03643100902769160>>. ISSN 1544-4376..

FISHER, J. (1993) - A Framework for describing developmental change among older adults. Adult Education Quarterly [Em linha]. 43:2 (1993) 76-89. [Consult. 29 Ago. 2019]. Disponível em WWW:<URL: <https://doi.org/10.1177%2F0741713693043002002>>.

FLEURY, M. (1987) - Estórias, mitos, heróis - cultura organizacional e relações do trabalho. Revista de Administração de Empresas [Em linha] 27:4 (1987) 7-18 [Consult. 07 Out. 2021]. Disponível em WWW:<URL: * ([scielo.br](http://www.scielo.br))>.

FRAGOSO, V. (2016) – Potencial Humano e Velhice. In MOURA, Cláudia coord. - Novas Competências para Novas Exigências no Cuidar. Porto : Eudito. p. 321-334.

FRAGOSO, V. (2008) - Humanização dos cuidados a prestar ao idoso institucionalizado. Revista IGT [Em linha]. 5:8 (2008) 51-61. [Consult. 18 Nov. 2018]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.igt.psc.br>>.

FRANÇA FILHO, G. (2003) - Gestão Social: Um Conceito em Construção. In: IX Colóquio Internacional Sobre Poder Local - II Colóquio Internacional El Análisis De Las Organizaciones Y La Gestión Estratégica: Perspectivas Latinas. Salvador : Bahia-Brasil.

FRANÇA FILHO, G. (2008) - Definindo gestão social. In SILVA Jr.; SILVA Jr.; MÂSIH, C. e SCHOMMER - Gestão social Práticas em Debate, teorias em construção [Em linha] (2008) 26-36 [Consult. 12 Mai. 2019]. Disponível em WWW:<URL: <https://gestaosocial.paginas.ufsc.br>>.

FREIRE, P. (1987) - Pedagogia do oprimido [Em linha] 17 ed. Rio de Janeiro : Paz e Terra. [Consult. 27 Fev. 2021]. Disponível em WWW:<URL: <https://cpers.com.br/wp-content/uploads/2019/10/Pedagogia-do-Oprimido-Paulo-Freire.pdf>. CDD 371. 3:376.76. ISBN 85-249-0506-9.

FREIRE, P. (2001) - Política e educação. [Em linha] 5ª ed. São Paulo : Cortez. [Consult. 27 Fev. 2021]. Disponível em WWW:<URL:

FREIXO, M. (2011) - Metodologia Científica – Fundamentos, Métodos e Técnicas. 3th ed. Lisboa: Instituto Piaget.

FORTIN, M. (2009) – O Processo de Investigação da concepção à realização. 5ª ed. Loures : Décarie Éditeur.

FROGGATT, A. (1990) – Family Work With Elderly People. London : MacMillan Education, LTD.

FOUCAULT, M. (1984) - A Ética do Cuidado de Si como Prática da Liberdade. Concórdia Revista internacional de filosofia [Em linha]. 6 (1984) 99-116 [Consult. 30 Mai. 2020]. Disponível em WWW:<URL: <http://escolanomade.org/>>.

G

GUERRA, I. (2014) - Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo Sentidos e Formas de uso. Principia : Estoril.

GALLIANO, A. (1979) - O Método Científico: Teoria e Prática. São Paulo : Editora Mosaico Ltda.

GARAVAN, M. (2013) – Dialogical practice in social work– towards a renewed humanistic method. Journal of Social Intervention: Theory and Practice [Em linha]. 22:1 (2013) 4-20 [Consult. 10 Ago. 2020]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.journalsi.org>> ISSN: 1876-8830.

GARCÍA, T. ; ROMERO, L. (2014) – Fundamentos Teóricos do Serviço Social Individualizado. In CARVALHO, Maria e PINTO, Carla coords. – Serviço Social Teorias e Práticas. Lisboa : Pactor. p. 243-257.

GENERAL SOCIAL CARE COUNCIL (2010) - Codes of Practices for Social Care Works. London. 2010. [Consult. 18 Jul. 2019]. Disponível em WWW:<URL: [CodesofPracticeforSocialCareWorkers.pdf \(scie.org.uk\)](http://www.scie.org.uk/CodesofPracticeforSocialCareWorkers.pdf)>.

GEORGANTZI, N. (2013) – Intimacy and the human rights of older people in care. Entre Nous [em linha]. 77 (2013) 18-19. [Consult. 7 Out. 2020]. Disponível em WWW<: URL: https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0010/183448/Entre-Nous-77-Eng.pdf>. ISSN: 1014-8485

GIDDENS, A. (1998) – Política, Sociologia e Teoria Social: encontros com o pensamento social clássico e contemporâneo. São Paulo : Fundação Editora da UNESP.

GIDDENS, A. (1991) – As conseqüências da modernidade. São Paulo : Fundação Editora da UNESP.

GIL, A. (2020) - Estruturas residenciais para pessoas idosas: Relação entre qualidade dos cuidados e qualidade do emprego. Cidades, Comunidades e Territórios [Em linha]. 40 (2020) 67 – 87. [Consult. 9 Nov. 2020]. Disponível em WWW<:URL: DOI: 10.15847/cct.jun2020.040.doss-edit05. ISSN: 2182-3030.

GILLIGAN, C. (2013) – Lá Ética del Cuidado. Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas La ética del cuidado. Nº 30.

GILMORE, R. (2013) - Understanding diseases that can impact people and older adult is chemical and mental health. Minnesota : St. Catherine University e University of St. Thomas St. Paul. Dissertação de Mestrado.

GINESTE, Y. ; PELLISSIER, J. (2007) – Humanidade Cuidar e Compreender a Velhice. Lisboa : Instituto Piaget.

GIOSEFFI, M. (1997) - Michel Maffesoli, estilística... imagens... comunicação e sociedade. LOGOS: Comunicação e Universidade [Em linha]. 4:1 (1997) 48-54. [Consult. 4 Ago. 2021]. Disponível em WWW<: URL: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/logos/article/view/14586/11049>>.

GITTERMAN, A. ; GERMAIN, C. (1976) - Social Work Practice: A Life Model. Social Service Review [Em linha]. 50:4 (1976) 601-610 [Consult. 19 Dez. 2019]. Disponível em WWW<:URL: <http://www.jstor.org/stable/30015414>>.

GLISSON, C. (2009) – Organizational Climate and Culture and Performance in the Human Services. In Patti, Rino coord. – Human Services Management. California : SAGE Publications, 2009. ISBN 978-1-4129-5291-0. p. 119-141.

GLOBAL ALLIANCE FOR THE RIGHTS OF OLDER PEOPLE (2020) - A statement in response to the COVID-19 crisis by the Steering Group of the Global Alliance for the Rights of Older People. GAROP [Em linha]. [Consult. 21 Mai. 2020]. Disponível em WWW:<URL:<https://rightsofolderpeople.org/garop-statement-on-covid-19-and-the-rights-of-older-persons/>>.

GODFREY, A. (2000) - What impact does training have on the care received by older people in residential homes?. Social Work Education [Em linha]. 19:1 (2000) 55-65. [Consult. 21 Mai. 2020]. Disponível em WWW:<URL: <https://doi.org/10.1080/026154700114658>>. ISSN: 0261-5479.

GOFFMAN, E. (1961) – Manicómios, Prisões e Conventos. São Paulo : Editora Perspetiva.

GOFFMAN, E. (1993 [1959]) - A Apresentação do Eu na Vida de Todos os Dias, Lisboa : Relógio d'Água Editores.

GOLANT, S. (2003) - Conceptualizing Time and Behavior in Environmental Gerontology: A Pair of Old Issues Deserving New Thought. The Gerontologist [Em linha]. 43:5 (2003) 638–648. [Consult. 19 Out. 2020]. Disponível em WWW:<URL: <https://watermark.silverchair.com/>>.

GOLEMAN, D. (2011) – Inteligência Social: A nova ciência do relacionamento humano. Círculo de Leitores.

GOLEMAN, D. ; BOYATZIS, R. ; McKEE, A. (2007) – Os Novos Líderes – A Inteligência Emocional nas Organizações. 3ª ed. Gradiva.

GRANJA, B. (2008) - Assistente Social – Identidade e Saber. Porto : Universidade do Porto. Tese Doutoramento.

GRANJA, B. (2014) – Contributos para a Análise das Formas Identitárias dos Assistentes Sociais. In CARVALHO, Maria e PINTO, Carla coords. – Serviço Social – Teorias e Práticas. Lisboa : Pactor. pp. 57-83

GREENFIELD, E. (2012) - Using Ecological Frameworks to Advance a Field of Research, Practice, and Policy on Aging-in-Place Initiatives. The Gerontologist [Em linha]. 52:1 (2012) 1–12 [Consult. 18 Out. 2020]. Disponível em WWW:< URL: <https://https://doi.org/10.1093/geront/gnr108>.

GUIMARÃES, N. ; HIRATA, H. ; SUGITA, K. (2011) - Cuidado e Cuidadoras: o trabalho de care no brasil, França e japão. sociologia&antropologia [Em linha]. 1:1 (2011) 151-180. [Consult. 21 Mai. 2020]. Disponível em WWW<:URL: <https://doi.org/10.1590/2238-38752011v117>.

H

HAN, B. (2018) – A Expulsão do Outro. Lisboa : Relógio D'Água Editores.

HARRIS, J. e WHITE, V. (2018) – Dictionary of Social Work & Social Care. 2 ed. Oxford : Oxford University Press.

HARRIS-KOJETIN, L. [*et al.*] (2004) - Recent findings on frontline long-term care workers: A Research Synthesis 1999-2003. Assistant Secretary for Planning and Evaluation. Institute for the Future of Aging Services Association of Homes and Services for the Aged. [Em linha]. (2004) [Consult. 10 Dez. 2019]. Disponível em WWW: URL:<http://F:\REPORT FOLDERS\ON HOLD\R-00458\insight.wpd> (hhs.gov).

HAWORTH, S. ; MILLER, R. ; SHAUB, J. (2016) - LEADERSHIP IN SOCIAL WORK: (and can it learn from clinical healthcare?). University of Birmingham. [Em linha]. 2016. [Consult. 9 Nov. 2020]. Disponível em WWW: <URL: <leadership-in-social-work.pdf> (birmingham.ac.uk).

HENNING-SMITH, C. (2017) - Gerontological Social Workers are Key to a Sustainable Long-Term Services and Supports System. Journal of Gerontological Social Work [Em linha]. 60:3 (2017) 178-183. [Consult. 28 Jul. 2020]. Disponível em WWW<URL:<https://www.tandfonline.com>>. DOI: 10.1080/01634372.2016.1272520.

HOOFF, J. [*et al.*] (2016) - The Importance of Personal Possessions for the Development of a Sense of Home of Nursing Home Residents. Journal of Housing for the Elderly [Em linha]. 30:1 (2016) 34-50. [Consult. 28 Jul. 2020]. Disponível em WWW<:URL: <https://doi.org/10.1080/02763893.2015.1129381>. ISSN1540-353X.

J

JACOB, L. (2012) – Respostas sociais para idosos em Portugal. In PEREIRA, Fernando – Teoria e Prática da Gerontologia. Viseu : Psicosoma. p. 127-145.

I

IAMAMOTO, M. (2000) - O Serviço Social na Contemporaneidade: Trabalho e formação Profissional. 3. ed. São Paulo : Cortez.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2020) – Projeções de População residente 2018-2080. INE [Em linha]. 2020 [Consult. 29 Jul. 2021]. Disponível em WWW:<URL: <https://www.ine.pt/>.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2010) – Classificação Portuguesa das Profissões 2010. INE [Em linha]. 2011 [Consult. 12 Mai. 2020] Disponível em WWW:<URL: <https://www.ine.pt/xurl/pub/107961853>>. ISBN 978-989-25-0010-2

INSTITUTO DA SEGURANÇA SOCIAL (c. 2005) – Manual de Boas Práticas: Um guia para o acolhimento residencial das pessoas mais velhas. [Em linha]. c.2005 [Consult. 17 Abr. 2019]. Disponível em WWW:<URL: [idosos_parapdf \(servicosocial.pt\)](#). ISBN 972-99152-5-3.

INSTITUTO DA SEGURANÇA SOCIAL (2008) – Manual de Processos Chave Estrutura Residencial para Pessoas Idosas. Lisboa.

INSTITUTO DA SEGURANÇA SOCIAL (2008) - Modelo de avaliação da qualidade da estrutura residencial para idosos. Lisboa.

INTERNATIONAL FEDERATION OF SOCIAL WORKERS (2020) - Draft press release – global agenda for Social Work and social development october 2020. [Em linha]. 2020 [Consult. 15 Mai. 2021]. Disponível em WWW:<URL: [Press RElease GA SWSD \(ifsw.org\)](#).

INTERNATIONAL FEDERATION OF SOCIAL WORKERS (2018) - Global Social Work Statement of Ethical Principles. [Em linha] [Consult. 17 Abr. 2019]. Disponível em WWW:<URL: [Global Social Work Statement of Ethical Principles – International Federation of Social Workers \(ifsw.org\)](#) .

INTERNATIONAL FEDERATION OF SOCIAL WORKERS (2014) - Definition of social service [Em linha]. (2014) [Consult 27 Jul. 2019]. Disponível em WWW:<URL: www.ifsw.org>.

INTERNATIONAL FEDERATION OF SOCIAL WORKERS (2012) – Global Standards [Em linha]. Berne : IFSW. 2012. [Consult. 17 Abr. 2019]. Disponível em WWW:<URL: <http://ifsw.org/policies/global-standards/>>.

K

KISNERMAN, N. (1978) – Ética para o Serviço Social. Brasil : Vozes.

KOLB, P. (2004) - Theories of Aging and Social Work Practice with Sensitivity to Diversity. Journal of Human Behavior in the Social Environment [Em linha]. 9:4 (2004) 2-24. [Consult. 24 Jul. 2020]. Disponível em WWW<: DOI: 10.1300/J137v09n04_01.>

KUSMAUL, N. ; BUTLER, S. ; HAGEMAN, S. (2020) - The Role of Empowerment in Home Care Work. Journal of Gerontological Social Work [Em linha] 63:4 (2020) 316-334, [Consult. 10 Ago. 2020]. Disponível em WWW<: URL: <https://10.1080/01634372.2020.1750524>.

L

LAWTON, M. [et al.] (1997) – Assessing Environments for older people with chronic illness. Journal of mental health and aging [Em linha]. 3:1 (1997) 83–99 [Consult. 18 Out. 2020]. WWW:<URL: <https://www.researchgate.net/publication/288776228>.

LAWER, J. ; BILSON, A. (2010) - Social Work Management and Leadership: managing complexity with creativity. New York : Routledge.

LEI n.º 12-A/2008 - D.R. I. Série. 41 (2008-02-27) 1326-(2) a 1326-(27).

LLOBET, M. [et al.] (2010) – Calidad de vida y necesidades de formación de las cuidadoras formales de personas mayores dependientes institucionalizadas. Revista Enfermería Global [Em linha]. 19 (2010) 1-6 [Consult. 26 Fev. 2020]. Disponível em: WWW: <URL: <https://www.um.es/eglobal>>. ISSN 1695-6141.

LLOYD, M. (2002) – Care Management. In ADAMS, R. ; DOMINELLI, L. ; PAYNE, M. coords. - Critical Practice in Social Work. London : Palgrave Macmillan. p.159-168.

LYMBERY, M. (2005) – Social Work with Older People: Context, Policy and Practice. London: SAGE Publications.

LYNE, K. [et al.] (2006) - Analysis of a care planning intervention for reducing depression in older people in residential care. Aging & Mental Health [Em linha]. 10:4 (2006) 394 - 403. [Consult. 23 Nov. 2020]. Disponível em: WWW:<URL: <https://10.1080/13607860600638347>. ISSN 1364-6915.

LOPES, A. (2017) – Fundamentos da Gestão de Pessoas: Para uma síntese epistemológica da iniciativa da competição e da cooperação. Edições Sílabo, Lda.

LÓPEZ, N.; Marin, A.; Parte, C. (2004) - La planificación en la persona centrada en la persona una metodología coherente con el respeto al derecho de autoderterminación: una reflexión sobre la práctica. Revista Siglo Cero [Em linha]. 35:1 (2004) 1-15. [Consult. 10 Jan. 2020]. Disponível em: WWW:<URL:<http://www.acpgerontologia.com/>.

LUDI, M. (2012) - Claves, problemáticas y desafíos para Trabajo Social en el campo de la Vejez. In PAOLA, Jorge ; DANIEL, Paula e MANES, Romina coords. – Reflexiones en Torno Al Trabajo Social en el Campo Gerontológico: trânsitos, miradas e interrogantes. [Em linha]. Buenos Aires : Universidad de Buenos Aires, 2012, [Consult. 5 Ago. 2020], p. 43-59. Disponível em WWW:<URL: <https://libros.unlp.edu.ar/index.php/unlp/catalog/book/255>>. ISBN 978-950-29-1363-6.

LUZ, H. (2017) – Empoderamento organizacional e intervenção social – In ALBUQUERQUE, Cristina. e ARCOVERDE, Ana coords. – Serviço Social Contemporâneo – reflexividade e estratégia. Lisboa : Pactor. p. 91-114.

LUZ, M. (2018) - A economia social face ao desafio de uma solidariedade sustentável: a intervenção do Serviço Social ao nível da capacitação das organizações vocacionadas para a população idosa. Lisboa : ISEG.Tese de Doutoramento.

M

MADEIRA, M. (2016) – O Serviço Social e a agenda global: Balanço prospetivo Agenda para o Serviço Social Português: Que desafios para a profissão? Intervenção Social [Em linha]. 47/48:1/2 (2016) 139-145. [Consult. 17 Mai. 2020]. Disponível em WWW:<URL: [http:// n. 47/48 \(2016\) \(ulusiada.pt\)](http://n.47/48(2016)(ulusiada.pt)). ISSN 0874-1611.

MAFRA, S. (2011) - A tarefa do cuidar e as expectativas sociais diante de um envelhecimento demográfico: a importância de ressignificar o papel da família. Rev. Bras. Geriat. Gerontol [Em linha]. 14:2 (2011) 353-363. [Consult. 20 Nov. 2020]. Disponível em WWW:<URL: <http://doi.org/10.1590/S1809-98232011000200015>>. ISSN 1809-9823.

MAIA, M. (2005) - Gestão Social: Reconhecendo e construindo referenciais. Revista Virtual Textos & Contextos [Em linha]. 4 (2005) 1-18. [Consult. 21. Fev. 2019]. Disponível em WWW:<URL:<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/1010/790>>

MAIA, J. [et al.] (2018) – Perfil dos Cuidadores de Idosos de uma Instituição de Longa Permanência de Imperatriz. Revista Ciência Extensão [Em linha]. 14:2 (2018) 43-54. [Consult. 26 Jan. 2020]. Disponível em WWW:<URL: https://ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/view/1373>. ISSN 1679-4605

MALI, J. (2010) - Social work in the development of institutional care for older people in Slovenia. European Journal of Social Work [Em linha]. 13:4 (2010) 545-559. [Consult. 15 Jan. 2020]. Disponível em WWW:<URL: <https://doi.org/10.1080/13691450903403784>>.

MALI, J. (2013) - Social work with older people: The neglected field of social work, Dialogue In Praxis. A Social Work International Journal [Em linha]. 2:15 (2013) 23-40. [Consult. 26 Jan. 2020]. Disponível em WWW:<URL:[https:// Journal \(dialogueinpraxis.net\)](https://Journal(dialogueinpraxis.net))>.

MARQUES, S. (2011) – Discriminação da Terceira Idade. Lisboa : Fundação Francisco Manuel dos Santos.

MARCONI, M. ; LAKATOS, E. (2003) - Fundamentos de metodologia científica. 5. ed. São Paulo : Editora Atlas S.A.

MARY, N. (2005) - Transformational Leadership in Human Service Organizations. Administration in Social Work [Em linha]. 29:2 (2005) 105-118. [Consult. 12 Ago. 2019]. Disponível em WWW:<URL: https://doi.org/10.1300/J147v29n02_07>.

MARTINS, A. (2013) – Snoezelen Vitae - Envelhecimento, Espiritualidade e Estimulação Sensorial: Desafios para o Serviço Social. In CARVALHO, Maria coord. - Serviço Social no Envelhecimento. Lisboa : PACTOR, 2013. ISBN 978-989-693-028-8. p. 237–264.

MARTINEZ, C. (2016) - Tendencias investigativas que delimitan los campos de actuación del trabajo social en la gestión social. Revista Civilizar [Em linha]. 16:30 (2016) 233-244. [Consult. 02 Abr. 2019]. Disponível em: WWW:<URL: <https://doi.org/10.22518/16578953.546>.

MASLOW, A. (1943) - A theory of human motivation. Psychological Review [Em linha]. 50:4 (1943) 370–396. [Consult. 7 Dez. de 2020]. Disponível em WWW:<URL: <https://de7676bbb166a33d61ae108436c4eb08c419.pdf> (semanticscholar.org).

MEIRELES, N. (2016) - Padrões de Vida na Velhice. In Moura, Cláudia coord. - Novas Competências para Novas Exigências no Cuidar. Porto : Euedito.

MENNE, H. [et al.] (2007) - Direct Care Workers Recommendations for Training and Continuing Education. Gerontology & Geriatrics Education [Em linha]. 28:2 (2007) 91-108 (2008) [Consult. 26 Fev. 2020]. Disponível em WWW:<URL: https://doi.org/10.1300/J021v28n02_07>.

MENEFEE, D. (1998) - Identifying and Comparing Competencies for Social Work Management II. Administration in Social Work [Em linha]. 22:4 (1998) 53-63, [Consult. 12 Ago. 2019] Disponível em WWW:<URL: https://doi.org/10.1300/J147v22n04_04>.

MENEZES, N. ; ELVAS, S. ; BESTETTI, L. (2020) - A vida na Residência Assistida: um novo começo?. In MUSIAL, Denis [et al.] coords. – Políticas Sociais e Gerontologia: Diálogos Contemporâneos. Maringá, PR : UNIEDUSUL. p.33-45.

MENEZES, N. (2021) - Ser assistente social: A formação académica em Serviço Social (Portugal) enquanto elemento estruturante e identitário. Revista Temas Sociais [Em linha]. 1 (2021) 104-121. [Consult. 29 Jul. 2021]. Disponível WWW:URL:< Ser assistente social | Revista Temas Sociais (ulusofona.pt).

MENEZES, N. (2016) – Ética e Deontologia: Os construtos de uma prática reflexiva. In MOURA, Cláudia coord. - Novas competências para novas exigências no cuidar. Eudito. p.161-172.

MILNE, Alisoun [et al.] (s.d.) - Social work with older people: a vision for the future. Birmingham: The College of Social Work. [Consult. 03 Ago. 2020]. Disponível em WWW:URL:<[https:// basw_103616-1_0.pdf](https://basw_103616-1_0.pdf).

MINAYO, C. ; CARLOS, E. ; COIMBRA JUNIOR, C. (2002) - Entre a liberdade e a dependência: reflexões sobre o fenômeno social do envelhecimento. Antropologia & Saúde collection [Em linha]. (2002) 11-24. [consult. 15. Fev. 2019]. Disponível WWW:URL:< <https://books.scielo.org/id/d2frp/pdf/minayo-9788575413043-02.pdf>>. ISBN: 978-85-7541-304-3.

MONIZ-COOK, E. [et al.] (1998) – Can staff training reduce behavioural problems in residential care for the elderly mentally ill? International Journal of Geriatric Psychiatry [Em linha]. 13 (1998) 149 – 158. [Consult. 10 Jun. 2020]. Disponível em WWW:< [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1166\(199803\)13:3%3C149::AID-GPS746%3E3.0.CO;2-Q](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1166(199803)13:3%3C149::AID-GPS746%3E3.0.CO;2-Q).

MORGAN, J. [et al.] (2007) - Fostering Supportive Learning Environments in Long-Term Care. Care, Gerontology & Geriatrics Education [Em linha]. 28: 2 (2007) 55-75 [Consult. 08 Jun. 2020]. Disponível em WWW:<URL: https://doi.org/10.1300/J021v28n02_05. ISSN 1545-3847.

MOSLEY, J. (2009) – Policy Advocacy and Libbying in Human Services Organizations. In Patti, Rino coord. – Human Services Management. California : SAGE Publications. p. 455-470.

MOURO, H. (2013) - Envelhecimento, Políticas de Intervenção Social e Serviço Social. In CARVALHO, Maria coord. - Serviço Social no Envelhecimento. Lisboa: PACTOR. p. 17-34.

MULAS, L. [et al.] (2014) - 50 recomendaciones de planificación y atención gerontológica centrada en la persona. grupo de calidad. sociedad española de geriatría y gerontología. Sociedade Espanhola de Geriatria y Gerontologia [Em linha]. 2014. [Consult 7 Out. 2019]. Disponível em WWW:URL:<https://www.segg.es/media/descargas/50_Recomendaciones_PAGCP_SEGG.pdf>

N

NAITO-CHAN, E. ; DAMRON-RODRIGUEZ, J. ; SIMMONS, J. (2005) - Identifying Competencies for Geriatric Social Work Practice. Journal of Gerontological Social Work [Em linha] 43:4 (2005) 59-78, atual. Setem. 2008. [Consult. 13 Ago. 2020] Disponível em WWW: URL<:https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J083v43n04_05>. ISSN 1540-4048.

NEGREIROS, R. (2019) - UBUNTU: considerações acerca de uma filosofia africana em contraposição a tradicional filosofia ocidental. Problemata: Revista Internacional Filosofia [Em linha]. 10:2 (2019) 111-127. [Consult. 13 Mai. 2021] Disponível em WWW: URL<doi:http://dx.doi.org/10.7443/problemata.v10i2.47738>. ISSN 2236-8612.

NELSON, G. (2017) - Mary Parker Follett – Creativity and Democracy. Human Service Organizations: Management, Leadership & Governance [Em linha]. 41:2 (2017) 178-185 [Consult. 12 Julh. 2021]. Disponível em WWW:<URL: <https://doi.org/10.1080/23303131.2016.1263073>. ISSN 2330-314X

NERI, A. (2013) - Bem-estar Subjetivo, Personalidade e Saúde na Velhice. In FREITAS, Elisabete [et al.] coords. – Tratado de Geriatria e Gerontologia. [Em linha]. 3.ed Rio de Janeiro : Guanabara Koogan. 2013. p. 2068-2081. [Consult. 15 Abr. 2019]. Disponível em WWW:<URL: <https://framomartins.files.wordpress.com/2016/09/tratado-de-geriatria-e-gerontologia-3c2aa-ed.pdf>. ISBN 978-85-277-2054-0.

NÉVOA, M. (2016) – O Papel do Diretor Técnico numa ERPI. In MOURA, Cláudia coord. - Novas Competências para Novas Exigências no Cuidar. Porto : Euedito. p. 181-192.

NILSSON, A. ; ANDRÉN, M. ; ENGSTRÖM, M. (2014) - E-assessment of prior learning: A pilot study of interactive assessment of staff with no formal education who are working in Swedish elderly care. Bio Med Center Geriatric [Em linha]. 14(1):52 (2014) 2-10 April 2014 [Consult. 22 Fev. 2019] Disponível em WWW: URL<: <https://www.researchgate.net>>. DOI: 10.1186/1471-2318-14-52.

NOGUEIRA, V. ; SAUER, M. (2016) – A efetividade da gestão social e a prática do assistente social na Proteção Social Especial de média complexidade. Textos & Contextos [Em linha]. 15:2 (2016) 450-458. [Consult. 22 Fev. 2019]. Disponível em WWW: URL<: <https://doi.org/10.15448/1677-9509.2016.2.22604>.

NORDENFELT, L. (2004) - The Varieties of Dignity. Health Care Analysis [Em linha]. 12:2 (2004) 69-81 [Consult. 15 Nov. 2020] Disponível em WWW: URL<: DOI: 10.1023/B:HCAN.0000041183.78435.4b>.

O

OLIVEIRA, A. (2016) - A Teoria das Forças um referencial para a prática na intervenção social. Editora: Universidade Católica Editora.

OLIVEIRA, G. (2016) – Qualidade na Intervenção Gerontológica. In MOURA, Cláudia coord. - Novas Competências para Novas Exigências no Cuidar. Porto : Euedito. p. 357-369.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (2011) - Help Wanted?: Providing and Paying for Long-Term Care. OECD [Em linha]. 2011. [Consult. 26 Abr. 2020]. Disponível em WWW:URL: Help Wanted?: Providing and Paying for Long-Term Care | en | OECD. ISBN 978-92-64-097582.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (2015) - Global Ageing and the data revolution – The way forward in the post-2015 environment. New York – ONU [Em linha]. 2015. 36 p. [Consult. 15 Jan. 2020]. Disponível em WWW:URL<: E c o n o m i c (un.org).

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (1999) – Direitos Humanos e Serviço Social. Lisboa : Departamento Editorial do ISSS.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - Princípios das Nações Unidas para as Pessoas Idosas. Adotados pela resolução 46/91 da Assembleia Geral das Nações Unidas, de 16 de dezembro de 1991 [Em linha] [Consult. 15 Nov. 2019]. Disponível em WWW:URL<:<https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/princ-pessoasidosas.pdf>.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (1995) - Derechos humanos y trabajo social. Centro de Derechos Humanos. Nueva York y Ginebra : Publicación de las Naciones Unidas [Em linha]. [Consult. 15 Nov. 2019]. Disponível em WWW:URL<:Microsoft Word - DDHH Completo.doc (ifsw.org). ISSN 1020-301X.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO CIÊNCIA E CULTURA (2005) - Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Comissão Nacional da UNESCO. Portugal. [Em linha]. [Consult. 15 Nov. 2019]. Disponível em WWW:

URL<:Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos - UNESCO Digital Library>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2015) – Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. WHO/FWC/ALC/15.01. [Em linha]. [Consult. 12 Abr. 2019]. Disponível em WWW:

URL<:https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf?sequence=6>.

ORNELAS, A. ; VILAR, D. (2011) – O Processo de Institucionalização da Pessoa Idosa: A influência de factores pessoais e da rede social. Revista Intervenção Social [Em linha] 37 (2011) 125-144. [Consult. 15 Nov. 2019] Disponível em WWW:URL<: Visualização de O processo de institucionalização da pessoa idosa: a influência de factores pessoais e da rede social (ulusiada.pt).

P

PACKARD, T. (2009) – Leadership and Performance in Human Services Organizations. In PATTI, Rino coord. – The Handbook of Human Services Management. California : SAGE Publications. p. 143-164.

PATTI, R. (2009) – Management in the Human Services: Purposes, Practice, and Prospects in the 21st Century. In PATTI, Rino coord. – The Handbook of Human Services Management. California : SAGE Publications. p. 3-27.

PAYNE, M. (1991) - Modern Social Work Theory: a critical introduction. London : Macmillan Education LTD.

PAYNE, M. (2002a) – Management. In ADAMS, R.; DOMINELLI, L.; PAYNE, M. coords. - Critical Practice in Social Work. London : Palgrave Macmillan. p. 223-243.

PAYNE, M. (2002b) – Coordination and Teamwork. In ADAMS, R.; DOMINELLI, L.; PAYNE, M. coords. - Critical Practice in Social Work. London : Palgrave Macmillan. p. 252-260.

PAYNE, M. (2005) - Current issues in social work theory. Revista Lusófona de Ciências Sociais [Em linha]. 2 (2005) 27.38 [Consult. 8 Out. 2020] Disponível em WWW: URL<: https:// https://www.researchgate.net/publication/254838832>.

PAYNE, M. (2009) - Social Care Practice in Context. USA : Palgrave and Macmillan.

PAYNE, M. (2011) - Humanistic Social Work – Core Principles in Practice. USA : Palgrave and Macmillan.

PAYNE, M. (2012) – Citizenship Social Work with older people. London : Policy Press.

PEREIRA, F. (2012) – A institucionalização do idoso. In PEREIRA, Fernando coord. – Teoria e Prática da Gerontologia. Viseu : Psicosoma. p. 147-154.

PEREIRA, M. (2016) – Ambiente Saudável em Contexto Organizacional. In MOURA, Cláudia coord. – Novas Competências para Novas Exigências no Cuidar. Porto : Euedito. p. 123-132.

PEREIRA, S. ; MARQUES, E. (2014) - dificuldades dos cuidadores formais de idosos institucionalizados. International Journal of Developmental and Educational Psychology [Em linha]. 2:1 (2014) 133-140. [Consult. 18 Abr. 2020]. Disponível em WWW:<URL: Dificuldades dos cuidadores formais de idosos institucionalizados (infad.eu).

PERRACINI, M. (2013) - Planejamento e Adaptação do Ambiente para Pessoas Idosas. In FREITAS, Elisabete [et al.] coords. - Tratado de geriatria e gerontologia. [Em linha]. 3.ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2013. p. 1836-1851 [Consult. 15 Abr. 2019]. Disponível em WWW:<URL: <https://ftramonmartins.files.wordpress.com/2016/09/tratado-de-geriatria-e-gerontologia-3c2aa-ed.pdf>. ISBN 978-85-277-2054-0.

PIMENTEL, A. (2007) - A teoria da aprendizagem experiencial como alicerce de estudos sobre desenvolvimento profissional. Estudos de Psicologia [Em linha]. 12:2 (2007) 159-166. [Consult. 18 Mai. 2020]. Disponível em WWW:<URL: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2007000200008>.

PIMENTEL, I. (1999) - A assistência social e familiar do Estado Novo nos anos 30 e 40. Análise Social [Em linha]. 2:3 (1999) 151-152. [Consult. 30 Jan. 2020]. Disponível em WWW:<URL: [https:// Irene Pimentel \(ul.pt\)](https://IrenePimentel.ul.pt).>.

PIMENTEL, M. ; PIMENTEL, T. (2010) - Gestão Social: Perspectivas, Princípios e (De)Limitações. VI Encontro de Estudos Organizacionais do ANPAD. Florianópolis. (2010). [Consult. 02. Abr. 2019]. Disponível em WWW:<URL: [https:// Microsoft Word - EnEO418.doc](https://MicrosoftWord-EnEO418.doc) (anpad.org.br).

PINHEIRA, V. ; BERINGUILHO, F. (2017) – Perfil de cuidadores formais não qualificados em instituições prestadoras de cuidados a pessoas idosas. Revista de Psicologia [Em linha]. 2:1 (2017) 225-236. [Consult. 30 Jan. 2020]. Disponível em WWW:<URL: <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n2.v1.1124.>>. ISBN 0214-9877.

PINTO, C. (2013) – Uma Prática de Empoderamento com Adultos Idosos. In CARVALHO, Maria coord. – Serviço Social no envelhecimento. Lisboa : Pactor. p. 49-65.

PINTO, C. (2011) - Representações e práticas do Empowerment nos trabalhadores sociais. Lisboa : Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas. Tese de Doutoramento.

PORTARIA n.º 67/2012 – D.R.I. Série I. n. 58 (2012-03-21)

POTTER, S. ; CHURILLA, A. ; SMITH, K. (2006) - An Examination of Full-Time Employment in the Direct-Care Workforce. The Journal of Applied Gerontology [Em linha]. 25:5 (2006) 356-374. [Consult. 09 Jun. 2020]. Disponível em WWW:<URL: <https://doi.org/10.1177%2F0733464806292227>>.

PISSAIA, L. [et al.] (2017) - Ensino Profissionalizante: uma reflexão acerca da formação de cuidadores de idosos. Revista Signos [Em linha]. 38:1 (2017) 143-154. [Consult. 09 Març. 2020]. Disponível em WWW:<URL: <http://dx.doi.org/10.22410/issn.1983-0378.v38i1a2017.1388>. ISSN 1983-0378

PRIBERAM INFORMÁTICA (2020) - Dicionário Priberam da Língua Portuguesa [Em linha]. Lisboa : Priberam Informática. [Consult. 10 Set. 2020]. Disponível em WWW: <URL: <https://dicionario.priberam.org/>>.

POERTNER, J. (2009) – Managing for Service Outcomes: The Critical Role of Information. In Patti, Rino coord. – The Handbook of Human Services Management. California : SAGE. p.165-181.

PROCTOR, R. [et al.] (1998) - The impact of training and support on stress among care staff in nursing and residential homes for the elderly Journal. Journal of Mental Health [Em linha]. 7:1 (1998) 59-70, atual. Julh. 2009. [Consult. 30 Jan. 2020]. Disponível em WWW:<URL: <https://doi.org/10.1080/09638239818346>>. ISBN 0963-8237.

Q

QUARESMA, M. ; GRAÇA, S. (2006) - A Evolução das Aspirações e Necessidades da População Envelhecida – Novas Perspectivas de Actuação e Intervenção. Protecção Social, Cadernos Sociedade e Trabalho [Em linha]. 7 (2006) 179-198. [Consult. 26 Fev. 2020]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.dgeep.mtss.gov.pt/>. ISBN: 978-972-704-280-7.

R

RAY, M.; PHILLIPS, J. (2002) – Older People. In ADAMS, Lena; DOMINELLI, Lena e PAYNE, Malcolm coords. – **Critical Practice in Social Work**. London : Macmillan Press. p. 199-209.

RAMIREZ-PEREZ, M. ; CÁRDENAS-JIMÉNEZ, M. ; RODRÍGUEZ-JIMÉNEZ, S. (2015) - El Dasein de los cuidados desde la fenomenología hermenéutica de Martín Heidegger. Enfermería Universitaria. [Em linha]. 12:3 (2015) 144-151. [Consult. 30 Jan. 2020]. Disponível em WWW:<URL:<https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.07.003>>.

REGO, A ; VALVERDE, C. ; PINA E CUNHA, M. (2019) – Engajamento e desempenho: a liderança focada no desenvolvimento das forças dos liderados. In MARUJO; NETO e CEITIL coords. – Humanizar as Organizações: Novos sentidos para a gestão de pessoas. Lisboa : Editora RH. p. 187-202.

RESOLUÇÃO 217 A III - Assembléia Geral das Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos Humanos. (1948-12-10).

RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE MINISTROS 95/1988. D. R. I Série. 15 (1988-04-23). 1595 – 1596.

RESTREPO, O. (2003) - Reconfigurando el trabajo social: perspectivas y tendencias contemporâneas. Buenos Aires: Espacio Editorial.

RIBEIRINHO, C. (2013) - Serviço Social Gerontológico: Contextos e Práticas Profissionais. In CARVALHO, Maria coord. - Serviço Social no Envelhecimento. Lisboa : PACTOR. p. 177–200.

RIBEIRINHO, C. (2016) – Gestão das Emoções e Afetos no Cuidar: A Supervisão emocional das equipas de cuidados. In MOURA, Cláudia coord. – Novas Competências para Novas Exigências no Cuidar. Porto : Euedito. p. 219-234.

RIBEIRINHO, C. (2017) – A Supervisão Profissional como Locus da (Re)Construção da Intervenção do Serviço Social em Serviços de Apoio Domiciliário. Lisboa : Universidade Católica Portuguesa. Tese de Doutoramento.

RIBEIRINHO, C. (2020) - Serviço Social Gerontológico: complexidades e desafios. In TEIXEIRA, Solange - Envelhecimento e Serviço Social. Teresina : EDUFPI, 2020. ISBN 978-65-86171-79-2. p. 349-373.

RIBEIRO, F. [et al.] (2009) – Processo de cuidar nas instituições de longa permanência: visão dos cuidadores formais de idosos. Revista Brasileira de Enfermagem [Em linha]. 62:2 (2009) 870-875. [Consult. 18 Fev. 2020]. Disponível em WWW:<URL:https://www.redalyc.org.>.

RIBEIRO, A. ; VIEIRA, C. (2017) – Diagnóstico intraorganizacional: a sexualidade no quotidiano da pessoa idosa institucionalizada. In FIALHO, J. ; SILVA, C. ; SARAGOÇA, J. coords. - Diagnóstico Social – teoria, Metodologia e Casos Práticos. Lisboa : Edições Sílabo, LDA. p. 307-325.

ROBERTIS, C. (2011) - Metodologia da Intervenção em trabalho social. Porto: Porto Editora. 2011.

ROBERTIS, C. (2012) - Evoluciones metodológicas del trabajo social en los nuevos contextos. Revista Internacional De Trabajo Social y Bienestar [Em linha]. 1 (2012) 39-48. [Consult. 27 Out 2020]. Disponível em WWW:<URL:https://doi.org/10.6018/azarbe.

ROCHA, J. (2016) – Liderança e Gestão de Equipas. In MOURA, Cláudia coord. - Novas Competências para Novas Exigências no Cuidar. Porto : Euedito. p. 193 - 204.

RODRIGUES GOMES, A. (2011) - A Espiritualidade no Aproximar da Morte. Enfermería Global [Em linha]. 22 (2011) 1-9 [Consult. 19 Set. 2021]. Disponível em WWW:<URL: *CLÍNICA (isciii.es).

RODRIGUES, M. (2006) - As profissões e a democracia. Pro-Posições [Em linha]. 17:1 (2006) 269-280. [Consult. 14 Mar. 2020]. Disponível em WWW:<URL: http://hdl.handle.net/10071/14520>. ISSN 0103-7307

RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, P. (2006) - El sistema de servicios sociales español y las necesidades derivadas de la atención a la dependência. Madrid : Fundación Alternativas.

RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, P. (2010) - La atención integral centrada en la persona. Informes Portal Mayores [Em linha]. 106 (2010) 1-17. [Consult. 31 Jul. 2020]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/pilar-atencion-01.pdf>>

RODRÍGUEZ, T. (2011) - La atención gerontológica centrada en la persona. Vitoria-Gasteiz : Gobierno Vasco.

ROQUE, J. (2012) - O Papel do Diretor Técnico na Gestão da sua Equipa: A Liderança em Contexto de Creche. Coimbra : Universidade de Coimbra. Dissertação de Mestrado.

ROQUE AMARO, R. (2017) - Desenvolvimento ou pós-desenvolvimento? Desenvolvimento e Noflay! Cadernos de Estudos Africanos [Em linha]. 34 (2017) 75-111. [Consult. 13 Jun. 2021] WWW:<URL: <https://doi.org/10.4000/cea.2335>. ISSN: 1645-3794

S

SANTOS, C. (2012) - Organização da prática profissional do serviço social em modelos de intervenção social. Intervenção Social [Em linha]. 39 (2012) 121-144 [Consult. 21 Nov. 2019]. Disponível em WWW:<URL: <https://doi.org/10.34628/11m4-bj87>>. ISSN 0874-1611.

SANTOS, C. ; NUNES, V. (2013) - Desafios da gestão social no serviço social. In Santos, Clara ; Albuquerque, Cristina ; Almeida, Helena coords. - Mutações e Desafios do Serviço Social [Em linha]. Coimbra : Imprensa da Universidade de Coimbra, 2013. [Consult. 23 Jul. 2020] Disponível em WWW:<URL: http://dx.doi.org/10.14195/978-989-26-0769-6_3>. ISBN 978-989-26-0769-6. p. 87-102

SANTOS, L. ; RECH, I. ; VIEIRA, I. (2007) – Interdisciplinariedade: Um estudo das grades curriculares dos cursos de graduação das Instituições de Ensino Superior que Oferecem Cursos de Graduação e Mestrado em Contabilidade. EnEPQ [Em linha]. (2007) 1-11. [Consult. 12 Dez. 2019]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/ENEPQ350.pdf>>.

SÃO JOSÉ, J. (2012) - A divisão dos cuidados sociais prestados a pessoas idosas Complexidades, desigualdades e preferências. Sociologia, Problemas e Práticas [Em linha]. 69 (2012) 63-85. [Consult. 1 Out. 2019]. Disponível em WWW:URL:DOI: 10.7458/SPP201269787.

SCHOMMER, P. ; FRANÇA FILHO, G. (2008). Gestão social e aprendizagem em comunidades de prática: interações conceituais e possíveis decorrências em processos de formação. In SILVA Jr.; SILVA Jr.; MÂSIH, C. e SCHOMMER - Gestão social Práticas em Debate, teorias em construção [Em linha]. (2008) 58-83. [Consult. 18 Dez. 2019]. Disponível em WWW:<URL: <https://gestaosocial.paginas.ufsc.br/>>.

SELBER, K. ; AUSTIN, D. (1997) - Mary Parker Follett. Administration in Social Work [Em linha]. 21:1 (1997) 1-15. [Consult. 12 Dez. 2020]. Disponível em WWW:<URL: https://doi.org/10.1300/J147v21n01_01>. ISSN 1544-4376.

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

SETÚBAL, H. (2009) – O cuidado e a ética do cuidado: Um diálogo entre Leonardo Boff e Carol Gilligan e Nel Noddings. [Em linha]. Natal : Universidade Federal do Rio Grande do Norte. 2009. [Consult. 19 Jul. 2019]. Disponível em WWW:<URL: [universidade federal do rio grande do norte \(ufrn.br\)](http://universidade.federal.do.rio.grande.do.norte(ufrn.br))>.

SERAFIM, M. (2004) - O reconhecimento da condição ética dos cidadãos – um imperativo ético para o serviço social. Intervenção Social [Em linha]. 29 (2004) 25-52. [Consult. 12 Jul. 2019]. Disponível em WWW:<URL [O reconhecimento da condição ética dos cidadãos: um imperativo para o Serviço Social | Serafim | Intervenção Social \(ulusiada.pt\)](http://O%20reconhecimento%20da%20condi%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A9tica%20dos%20cidad%C3%A3os%3A%20um%20imperativo%20para%20o%20Servi%C3%A7o%20Social%20|%20Serafim%20|%20Interven%C3%A7%C3%A3o%20Social%20(ulusiada.pt))>.

SHANKS, E. (2016) - Managing social work Organisational conditions and everyday work for managers in the Swedish social services. Stockholm : Stockholm University [Em linha]. 2016. [Consult. 02 Nov. 2020]. WWW:<URL: https://www.researchgate.net/publication/303943374_Managing_social_work_Organisational_conditions_and_everyday_work_for_managers_in_the_Swedish_social_services>. ISSN 0281-2851.

SILVA, A. (2006/2007) - Metamorfoses do Conceito de Abdução em Peirce. O exemplo de Kepler. Lisboa : Universidade de Lisboa. Dissertação de Mestrado.

SILVA, H. ; GUTIERREZ, B. (2018) – A educação como instrumento de mudança na prestação de cuidados para idosos. Educar em Revista [Em linha]. 34:67 (2018) 283-296. [Consult. 25 Mai. 2020]. Disponível em WWW:<URL: <https://doi.org/10.1590/0104-4060.54049>>. ISSN 1984-0411.

SILVA, I. [et al.] (2015) – Formação Profissional de Cuidador de Idosos Atuantes em Instituições de Longa Permanência. HOLOS [Em linha]. 31-8 (2015) 342-356. [Consult. 18 Fev. 2020]. Disponível em WWW:<URL: DOI: 10.15628/holos.2015.3215>.

SIMÕES, Â. ; SAPETA, P. (2015) - Protecção social da velhice em Portugal. O caso particular dos lares de idosos. Revista Kairós — Gerontologia [Em linha]. 21:1 (2018) 9-36 [Consult. 18 Fev. 2020]. Disponível em WWW:<URL: Protecção social da velhice em Portugal. O caso particular dos lares de idosos | Rev. Kairós;21(1): 09-36, mar. 2018. | LILACS (bvsalud.org). ISSN 2176-901X

SOBREIRO, V. (2009) - Sou tudo e não sou nada. Lisboa : Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas/UTL. Dissertação de Mestrado.

SMITH, C. (2005) - Servant leadership: The leadership theory of robert K. Greenleaf. [Em linha] 2005. [Consult. 10 Set. 2021]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.greenleaf.org.uk/whatissl.htm>.

SOULET, M-H. (2007) - O Trabalho Social Paliativo: Entre redução de riscos e integração relativa. Revista Cidades – Comunidades e Territórios. [Em linha]. 15 (2007) 11-27. [Consultado em 2 de Fev. 2020] Disponível em WWW:<URL:<http://hdl.handle.net/10071/3448>.

SOUSA, A. (2016) - A discriminação na velhice – a infantilização da pessoa idosa. Lisboa : Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Dissertação de Mestrado.

SOUSA, I. (2015) - Serviço Social e Democracia local – desafios do quotidiano dos assistentes sociais. Lisboa : ISCTE. Tese de Doutoramento.

SOUSA, M. (2011) - Formação para Prestadores de Cuidados a Pessoas Idosas. Cascais : Pincipia, 2011.

SOUZA, M. (2014) - Os significados construídos por cuidadores que trabalham em uma instituição de longa permanência a respeito do cuidado ao idoso. Porto Alegre : Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Tese Doutoramento.

SPEARS, L. (2005) - The Understanding and Practice of Servant Leadership. Scholl of Leadership Studies. Regente University [Em linha] (2005) 1-8. [Consult. 17 Jun. 2021]. Disponível em WWW:<URL:

http://www.regent.edu/acad/sls/publications/conference_proceedings/servant_leadershi_p_roundtable/2005/pdf/spears_practice.pdf>.

STAKE, R. (2012) – A Arte da Investigação com Estudos de Caso. 3ª ed. Lisboa : Fundação Calouste Gulbenkian.

STONE, R. (2007) - The Role of Training and Education in Solving the Direct Care Workforce Crisis. Gerontology & Geriatrics Education [Em linha]. 28:2 (2007) 5-16. [Consult. 10 Jan. 2020]. Disponível em WWW:<URL:https://doi.org/10.1300/J021v28n02_02. ISSN1545-3847.

STONE, R. ; DAWSON, S. (2008) - The Origins of Better Jobs Better Care. The Gerontologist [Em linha]. 48:1 (2008) 5-13. [Consult. 13 Jun. 2020]. Disponível em WWW:<URL: https://doi.org/10.1093/geront/48.Supplement_1.5>.

STONE, R. ; WIENER, J.(2001) – Who Will Care for Us? Addressing the long-term care workforce crisis. The Robert Wood Johnson Foudation [Em linha]. The Urban Institute : USA. 2001. [Consult. 20 Mai. 2020] Disponível em WWW:<URL: [Itcwf.pdf \(hhs.gov\)](http://www.hhs.gov/itcwf/pdf).

STORTO, P. ; REICHER, S. (2014) - Elementos do direito do terceiro setor e o marco regulatório das organizações da sociedade civil. Revista Pensamento & Realidade [Em linha]. 29:1 (2014) 19-43. [Consult. 02 Abr. 2019]. Disponível em WWW:<URL: <https://revistas.pucsp.br.>>. ISSN 2237-4418.

STOTT, A. [et al.] (2007) - Baseline Management Practices at Providers in Better Jobs Better Care. Gerontology & Geriatrics Education [Em linha]. 28:2 (2007) 17-36. [Consult. 09 Mai. 2020]. Disponível em WWW:<URL: https://doi.org/10.1300/J021v28n02_03. ISSN 1545-3847.

SULLIVAN, P. (2016) - Leadership in Social Work: Where Are We?. Journal of Social Work Education [Em linha]. 52:1 (2016) 551-561. [Consult. 09 Nov. 2020] Disponível em WWW:<URL: <https://doi.org/10.1080/10437797.2016.1174644>. ISSN 2163-5811.

SULMASY, D. (2002) - A Biopsychosocial - Spiritual Model for the Care of Patients at the End of Life. The Gerontologist [Em linha]. 42:3 (2002) 24-33. [Consult. 19 Set. 2021] Disponível em WWW:<URL: https://doi.org/10.1093/geront/42.suppl_3.24.

T

TADD, W. [et al.] (2002) – Dignity in health care: reality or rhetoric. Reviews in Clinical Gerontology [Em linha]. 12 (2002) 1-4 [Consult. 7 Dez. 2020]. Disponível em WWW:<URL: <https://doi.org/10.1080/10437797.2016.1174644>.

TAMER, N. ; PETRIZ, G. (2007) – A qualidade de Vida dos Idosos. In OSÓRIO, A. e PINTO, F. coords. – As Pessoas Idosas – Contexto Social e Intervenção Educativa. Lisboa : Instituto PIAGET. p. 181-202.

TANNER, D. ; HARRIS, J. (2008) - Working with Older People. New York: Routledge's.

TEIXEIRA, S. (2017) - Gestão das Organizações. 3 ed. Lisboa: Escolar Editora.

TENÓRIO, F. (2006) - A trajetória do Programa de Estudos em Gestão Social. RAP. Rio de Janeiro [Em linha]. 40:6 (2006) 1145-1162. [Consult. 02 Set. 2019]. Disponível em: WWW:<URL: <https://doi.org/10.1590/S0034-76122006000600011>.

TENÓRIO, F. (2008) - (Re) Visitando o Conceito de Gestão Social. In SILVA Jr. [et al.] coords. - Gestão social Práticas em Debate, teorias em construção [Em linha]. 2008. p. 37-57. [Consult. 02 Set. 2019]. Disponível em:WWW:<URL: <http://gestaosocial.paginas.ufsc.br>>.

THOMPSON, N. (2002) – People skills. New York : Palgrave Macmillan.

THOMPSON, N. (2003) – Theory and Practice in Human Services. UK : Open University Press.

THOMPSON, N. ; THOMPSON, S. (2001) - Empowering Older People Beyond the Care Model. Journal of Social Work [Em linha]. 1:1 (2001) 61–76. [Consult. 25. Nov. 2020]. Disponível em: WWW:<URL:<http:// DOI: 10.1177/146801730100100105>>.

TRENKWALDER-EGGER, A. (2011) – Social Work Values for the XXI Century: human rights and the ethic of the gift. Revista Intervenção Social [Em linha]. 38 (2011) 25-34. [Consult. 19 Jul. 2019]. Disponível em: WWW:<URL:[Social Work values for the XXI century: human rights and the ethic of the gift | Trenkwaldler-Egger | Intervenção Social \(ulusiada.pt\)](http://Social Work values for the XXI century: human rights and the ethic of the gift | Trenkwaldler-Egger | Intervenção Social (ulusiada.pt)).

TREVITHICK, P. (2012) – **Social Work Skills and Knowledge: A Practice Handbook**. 3ª ed. England – McGrawhill Open university Press.

TOMÉ, M. (1999) – Ética e Deontologia para o Serviço Social. Revista Intervenção Social. [Em linha]. 19 (1999) 47-54. [Consult. 28 Jun. 2019]. Disponível em: WWW:<URL:http://Ética e deontologia para o serviço social | Tomé | Intervenção Social (ulusiada.pt)>.

U

UNIÃO DAS MISERICÓRDIAS PORTUGUESAS (2021) – Relatório Respostas Seniores do Futuro - Um modelo de respostas especializadas integradas. [Em linha]. 2021 [Consult. 20 Jul. 2021] Disponível em Disponível em WWW:<URL: Envelhecimento_UMP_Maio2021.pdf.

V

VIANA, B. [et al.] (2015) - O movimento de reconceituação do serviço social e seu reflexo no exercício profissional na contemporaneidade. Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Política Social. (2015) [Consult. 18 Fev. 2020]. Disponível em WWW:<URL:Eixo_2_139.pdf (ufsc.br)

VIEIRA, C. [et al.] (2011) – Concepções de cuidado por cuidadores formais de pessoas idosas institucionalizadas. RemE [Em linha]. 15:3 (2011) 348-355. [Consult. 18 Fev. 2020]. Disponível em WWW:URL:https:// REME - Revista Mineira de Enfermagem - Concepções de cuidado por cuidadores formais de pessoas idosas institucionalizadas.

VIEIRA, P. (2018) - Pensar a excelência nas organizações sociais. Porto : Vida Económica.

VIEIRA, S. [et al.] (2013) - Sabedoria, Gerotranscendência e Criatividade na Velhice. In FREITAS, Elisabete [et al.] coords. - Tratado de geriatria e gerontologia. [Em linha] 3.ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan. 2013 [Consult. 15 Abr. 2019]. Disponível em WWW:<URL:https://framonmartins.wordpress.com>. ISBN 978-85-277-2054-0. p. 2116-2128.

VERONESA, M. ; CABRAL, S. (2016) - A dimensão do estar-junto: sociabilidades e identidades como articuladores teóricos possíveis para pensar a tríade homem-lixotrabalho. Anais do 40º Encontro Anual da Anpocs [Em linha]. 2016. [Consult. 15 Abr. 2019], Disponível em WWW:<URL: https://www.anpocs.com/index.php/papers-40-encontro/st-10/st34-3/10509-a-dimensao-do-estar-junto-sociabilidades-e-identidades-

como-articuladores-teoricos-possiveis-para-pensar-a-triade-homem-lixotrabalho/file>. ISSN 2177-3092. p. 2116-2128.

W

WASHBURN, A. ; GROSSMAN, M. (2017) - Being with a Person in Our Care: Person-Centered Social Work Practice that is Authentically Person-Centered. Journal of Gerontological Social Work [Em linha]. 60:5 (2017) 408-423. [Consult. 26 Jun. 2019]. Disponível em WWW:<URL:DOI: 10.1080/01634372.2017.1348419.

WILSON, C. (2007) - Exploring Relationships in Care Homes: A Constructivist Inquiry. Sheffield : University of Sheffield. Tese de Doutorado.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2004) - A glossary of terms for community health care and services for older persons. WHO Centre for Health Development Ageing and Health Technical Report [Em linha]. 5 (2004) 1-109. [Consult. 09 Nov. 2019]. Disponível em WWW:<URL: A glossary of terms for community health care and services for older persons (who.int).

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2004) - A glossary of terms for community health care and services for older persons. [Em linha] 5 (2004) 111 [Consult 02 Mar. 2019]. Disponível <WWW:URL:https://apps.who>.

Y

YIN, R. (1994) - Pesquisa Estudo de Caso – Desenho e Métodos. 2ª Edição. Porto Alegre: Bookman.

YIN, R. (2003) - Estudo de Caso Planejamento e Métodos. 2 ed. São Paulo : Bookman.

Z

ZOBOLI, E. (2004) - A redescoberta da ética do cuidado: o foco e a ênfase nas relações. Revista da Escola de Enfermagem da USP [Em linha]. 38 (2004) 21-7. [Consult. 15 Jul. 2019]. Disponível em WWW:<URL: SciELO - Brasil - A redescoberta da ética do cuidado: o foco e a ênfase nas relações A redescoberta da ética do cuidado: o foco e a ênfase nas relações.

ZOBOLI, E. (2007) - Ética do Cuidado: uma reflexão sobre o cuidado da pessoa idosa na perspectiva do encontro interpessoal. Saúde Coletiva [Em linha]. 4:17 (2007) 158-162. [Consult. 26 Jun. 2019]. Disponível <WWW:<http://redalyc.uaemex.mx/>>.

FONTES DOCUMENTAIS DA ORGANIZAÇÃO

Manual de Procedimentos

Código de Boas Práticas

Caderno de Encargos de Alimentação

Catálogo de competências dos profissionais

Regulamento interno dos lares

APÊNDICES

- Apêndice A** - Entrevistas às assistentes sociais em funções de gestão em lar

- Apêndice B** - Entrevistas aos agentes de geritria

- Apêndice C** - Guião de questionário aos assistentes sociais

- Apêndice D** - Guião de questionários aos agentes de geriatria

- Apêndice E** - Grelha de análise da observação

- Apêndice F** - Sinopse dos resultados das entrevistas às assistentes sociais

- Apêndice G** - Sinopse dos resultados das entrevistas às agentes de geriatria

- Apêndice H** - Tipos de Formação em Agente de Geriatria - IEPF

APÊNDICE A

Entrevistas às assistentes sociais em funções de gestão em lar

Entrevista aos assistentes sociais em funções de gestão em lar

Dados demográficos

- Sexo
- Idade
- Qual a sua Licenciatura?
- Em que ano a concluiu?
- Tem formação pós-graduada? Qual?

Experiência Profissional

- Há quantos anos exerce a profissão de Assistente Social?
- Desde quando trabalha na área da gerontologia?
- Desde quando é diretor(a) técnico (a) de Lar?
- Há quantos anos trabalha nesta Instituição?
- Desde quando trabalha neste Estabelecimento?
- Gosta de trabalhar nesta área?

Organização

- Na sua organização existem vários níveis de decisão como é que caracteriza cada um deles?
- De que forma as orientações da organização influenciam as suas práticas?

Caraterização do Estabelecimento

- Como caracteriza este estabelecimento?
- Quais os serviços que o compõem?
- Que profissionais fazem parte da equipa?

Gestão e Liderança

- Se tivesse de apresentar um conceito de lar (não o tradicional) qual seria?
- Quais os modelos e práticas do Serviço Social que estão subjacentes na sua atuação diária?
- Como gere a sua equipa? Que práticas tem instituídas?
- Se tivesse de caracterizar a liderança que tem implementada como o faria? Dê exemplos
- De que forma as práticas desenvolvidas pelos Agentes de Geriatria influenciam a sua gestão?
- Quais as implicações da liderança implementada na prática diária dos Agentes de Geriatria?
- Que competências considera que um Assistente Social em funções de gestão deve ter?

Humanização

- Para si que dimensões devem compor um serviço humanizado?
- Dessas dimensões quais consegue identificar neste Lar?

Relação de Cuidado

- Como definiria a relação de cuidado numa dimensão holística?
- Na sua prática diária que padrões éticos, teórico-metodológicos utiliza?
- Como caracteriza a relação de cuidado existente neste Lar?
- Que princípios éticos considera fundamentais na relação de cuidado?
- Que competências considera fundamentais para desenvolver uma relação de cuidado?
- Qual o seu papel na relação de cuidado diária?
- Qual o seu papel no plano de cuidados?

Agentes de Geriatria

- Que competências em geral devem ter os Agentes de Geriatria no desenvolvimento da relação de cuidado?
- Que atividades desenvolvem os Agentes de Geriatria diariamente?
- Para além destas deveriam existir outras atividades a desenvolver por estes profissionais?
- De que forma as normas implementadas influenciam as práticas dos Agentes de Geriatria?
- Qual o papel destes profissionais no desenvolvimento do plano de cuidados dos residentes?

- Que desafios considera existir na relação de cuidado com base em tudo o que tem vindo a referir?
- Qual o contributo do Assistente Social em funções de gestão para a humanização dos serviços?
- Gostaria de acrescentar alguma coisa?

APÊNDICE B

Entrevistas aos agentes de geritria

Entrevista aos agentes de geriatria

1. Fale-me um pouco do lar onde trabalha.
2. Quais as atividades que realiza diariamente?
3. Dessas, atividades quais considera que são as principais / essenciais e quais poderiam ser realizadas por outras pessoas?
4. Considera que poderia realizar outras atividades? Quais ou de que tipo?
5. Existem horários definidos para as rotinas dos residentes (levantar, pequeno-almoço, almoço, lanche, jantar, deitar)?
6. Qual o contributo dos residentes para as atividades que lhes dizem respeito? Consegue dar exemplos?
7. O que podem escolher e fazer a seu gosto?
8. Qual o seu papel no desenvolvimento do bem-estar dos residentes? Pode dar exemplos?
9. Em que medida o seu trabalho contribui para o bem-estar dos residentes?
10. Para além do que já faz, poderia contribuir mais para o bem-estar dos residentes? Se sim, como?
11. Que competências considera necessárias, os agentes de geriatria terem para desenvolverem
O bem-estar do residente?
12. Qual a sua participação no plano de cuidados dos residentes? Pode dar exemplos?
13. Costuma participar nas atividades lúdicas e de convívio com os residentes? Se sim, quais?
14. De que forma as orientações dadas pela diretora se relacionam com a sua prática diária?
15. Quando entrou neste serviço foi-lhe apresentada a missão do serviço e os objetivos do serviço a seguir?
16. Tem conhecimento de quais são as suas competências profissionais? Já foram trabalhadas em reunião?
17. Costuma participar em reuniões onde são definidas as regras e orientações para o serviço?
18. O que é que considera que pode influenciar o seu desempenho?
19. Gostaria de sugerir alguma alteração/melhoria para a sua profissão?

APÊNDICE C

Guião de questionários as assistentes sociais diretoras técnicas

Questionário

Como caracteriza a sua organização?

(Responda às afirmações seguintes com 'x', utilizando uma escala que varia entre 1 – Discordo totalmente e 5 – Concordo totalmente):

	1- Discordo totalmente	2- Discordo	3- Nem concordo/ nem discordo	4- Concordo	5- Concordo totalmente
A minha organização tem uma cultura organizacional alinhada com a humanização dos serviços					
A minha organização tem uma cultura organizacional comprometida com a missão e objetivos da dignidade humana					
A minha organização tem uma estratégia de liderança para a humanização dos serviços e a dignidade humana					
A minha organização privilegia procedimentos operacionais que valorizam a humanização dos serviços					
A minha organização estabelece contratos de fornecimento de refeições alinhados com a qualidade e bem-estar dos residentes					
A minha organização estabelece contratos de fornecimento de serviços de limpeza alinhados com a qualidade e bem-estar dos residentes					
A minha organização disponibiliza os recursos humanos necessários para o desenvolvimento de serviços centrados nos residentes					
A organização tem procedimentos instituídos que dificultam uma gestão centrada no residente					

Como caracteriza a sua liderança?

(Responda às afirmações seguintes com 'x', utilizando uma escala que varia entre 1 – Discordo totalmente e 5 – Concordo totalmente):

	1- Discordo totalmente	2- Discordo	3- Nem concordo/ nem discordo	4- Concordo	5- Concordo totalmente
A minha liderança é alinhada com a humanização dos serviços					

	1- Discordo totalmente	2- Discordo	3- Nem concordo/ nem discordo	4- Concordo	5- Concordo totalmente
A minha liderança é alinhada com a dignidade da pessoa humana					
A minha relação com a equipa assenta numa liderança baseada na ética, valores e princípios do Serviço Social					
Quando desenvolvo a minha prática diária na relação de cuidado tenho sempre presente a ética, valores e princípios do Serviço Social					
Tenho implementada uma estratégia assente na dignidade humana					
Anualmente reúno com a equipa para delinear a estratégia centrada no residente					

Identifique cinco expressões que para si definem a relação de cuidado em lar:

Respeito pela individualidade	
Aceitação do outro	
Empatia	
Relação positiva	
Valorização da pessoa	
Envolvimento na vida da residência	
Ambiente seguro	
Direitos humanos e sociais	
Liberdade	
Poder de decisão	
Privacidade	

Como caracteriza a relação de cuidado existente no estabelecimento onde é diretor(a) técnico(a)?

(Responda às afirmações seguintes com 'x', utilizando uma escala que varia entre 1 – Discordo totalmente e 5 – Concordo totalmente):

	1- Discordo totalmente	2- Discordo	3- Nem concordo/ nem discordo	4- Concordo	5- Concordo totalmente
O residente desenvolve a sua autodeterminação, liberdade e decisão sobre a sua vida					

	1- Discordo totalmente	2- Discordo	3- Nem concordo/ nem discordo	4- Concordo	5- Concordo totalmente
O residente decide sobre o exercício da sua plena cidadania, indo ao exterior quando deseja					
O residente pode decidir sobre os objetos que quer ter no seu espaço privado					
O residente tem direito a participar em reuniões para a tomada de decisões que digam respeito ao bem-estar coletivo					
O residente pode manter os seus relacionamentos pessoais, familiares e emocionais, recebendo quando pretende visitas em espaço reservado					
O residente pode escolher quando acorda e deseja ser cuidado					
O residente pode realizar o seu autocuidado com apoio e supervisão de um profissional					
O residente pode escolher quando e onde toma as refeições					

Indique formação que tenha realizado pela sua organização nas seguintes áreas:

Envelhecimento

Modelos de intervenção/atuação no envelhecimento

Gestão

Liderança

Outras que pretenda identificar

Obrigada pela sua participação

APÊNDICE D

Guião de questionários aos agentes de geriatria

Universidade Lusíada de Lisboa
CLISSIS - Centro Lusíada de Investigação em Serviço Social e Intervenção Social
Doutoramento em Serviço Social

Inquérito complementar à entrevista aos Agentes de Geriatria

Caracterização geral

Código:

1. Sexo

Masculino

Feminino

2. Nacionalidade/Naturalidade

3. Idade

≤ 20

21 aos 30

31 aos 40

41 aos 50

51 aos 60

≥ 61

4. Até que ano estudou

Não frequentei a escola

Sei ler e escrever

Primeiro Ciclo

Segundo Ciclo

Terceiro Ciclo

Secundário

Outro. Qual?

5. Estado Civil

Solteiro(a)

Casado(a)

União de Fato

Divorciado(a)

Separado(a) de Fato

Viúvo (a)

Outro. Qual?

6. Tem Filhos

Não

Sim

7. Tem algum problema de saúde, lesão ou doença

Não

Sim

Se sim qual?

8. Fez formação específica antes de exercer a profissão de Agente de Geriatria

Não

Sim

9. Já recebeu alguma formação através da instituição onde trabalha

Não

Sim

Se sim, diga qual

10. Após realizar formação costuma ter acompanhamento e avaliação

Não

Sim

Se sim, diga de quem

11. Já realizou alguma formação por sua iniciativa

Não

Sim

Se sim, qual

Universidade Lusíada de Lisboa – Instituto de Serviço Social de Lisboa
CLISSIS - Centro Lusíada de Investigação em Serviço Social e Intervenção Social
Doutoramento em Serviço Social

Inquérito complementar à entrevista aos Agentes de Geriatria

Profissão

Código:

12. Se tivesse podido escolher, qual seria a sua profissão

13. O que o (a) levou a ser agente de geriatria

Falta de outras oportunidades

Porque precisava de trabalhar

Porque fui orientado(a) para frequentar formação nesta área

Por ser uma profissão que gosto

14. Em que ano começou a exercer a profissão de agente de geriatria

15. Em que ano começou a trabalhar nesta instituição

16. Considera que a sua profissão é valorizada pela restante equipa

Não

Sim

17. E pela Chefia Direta

Não

Sim

18. Identifica-se com o seu trabalho e gosta do que faz

Não

Às vezes

Sim

19. O meu trabalho faz-me sentir

Cansado(a)

Desmotivado(a)

Feliz

Feliz e preenchido(a)

20. Acha que o seu nível de motivação para a profissão afeta o seu desempenho

21. Acha o seu trabalho estimulante

Não

Às vezes

Sim

22. Se tivesse uma oportunidade de trabalho estável noutra área profissional aceitava.

Não

Sim

APÊNDICE E

Grelha de análise da observação

OBSERVAÇÃO

	Código do Lar	Observações	Análise
Espaço/Contexto	Potencialidade do Edificado		
	Organização do espaço		
	Limpeza		
Diretora	Supervisão/monitorização		
	Dinâmicas de Relação		
Agentes de Geriatria	Cuidados		
	Dinâmicas de relação		
Reuniões/ passagem de turno	Passagem de turno		
Dinâmica relação entre a equipa e os residentes	Entre a equipa		
	Dinâmicas de relação com os residentes		
Dinâmica entre os residentes	Salas comuns		
Relação percebida observação	Relação percebida da observação realizada		

APÊNDICE F

Sinopse dos resultados das entrevistas às assistentes sociais

Sinopse dos resultados das entrevistas às assistentes sociais			
	DT1	DT2	DT3
Caraterização dos níveis de decisão organizacionais	<p><u>Nível Micro</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - As decisões imediatas, do dia-a-dia, têm autonomia enquanto diretores. - As decisões para as quais tem autonomia pede sempre o parecer e orientação superior, para ter a certeza que está a agir em conformidade com as regras da organização. - Passar a informação à equipa conforme a organização emana. <p><u>Nível Meso</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - É solicitada autorização superior. Cuidado sempre em pedir autorização e opinião superior, mesmo com a autonomia. Pede sempre a orientação da chefia direta 	<p><u>Nível Meso</u></p> <p>Comunicação fluída e recorrente.</p> <p><u>Nível Macro</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Organização com peso burocrático - Existência de procedimentos morosos quando é necessária intervenção de outros níveis quer de decisão para a resolução, quer na operacionalização da resolução. 	<p><u>Nível Micro</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Autonomia elevada para decisão ao nível da primeira linha. Sentimento de solidão na decisão de primeira linha, necessidade de partilha pela responsabilidade de assumir as decisões, é feita solicitação da chefia direta para a partilha. Sentimento de tranquilidade e bem-estar. <p><u>Nível Meso</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Proximidade, comunicação facilitadora, disponibilidade e partilha. Respostas mais diretas são imediatas. <p><u>Nível Macro</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sem muita proximidade por não existir contato diário, mas com sentimento de bem-estar. - Respostas mais complexas são mais morosas.
	Orientações influenciadoras na prática de gestão	<p><u>Orientações</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Influenciadoras das práticas diárias, mudando a forma como se desenvolvem as práticas para, operacionalizarem as orientações recebidas. - Aceitação das orientações 	<p><u>Orientações</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - São condicionadoras da prática diária - Procedimentos complexos. - Organização de grande credibilidade grande idoneidade

		- Aceitação da burocracia, como forma de justificar os procedimentos e a legalidade.	
	DT1	DT2	DT3
Caraterização do Lar	<u>Caraterização</u>	<u>Caraterização</u>	<u>Caraterização</u>
	<ul style="list-style-type: none"> - Estrutura residencial - A casa dos residentes partilhada – coletiva - Onde as pessoas se sintam bem - Ambiente acolhedor - Sejam atendidas as necessidades dos residentes - Prestação de cuidados próximos 	<p>Não apresenta caraterização do lar</p> <p>Carateriza os residentes uma população muito frágil</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Lar grande - Qualidade - Equipa unida e com maturidade
	DT1	DT2	DT3
Caraterização da Liderança desenvolvida	<u>Caraterização</u>	<u>Caraterização</u>	<u>Caraterização</u>
	<ul style="list-style-type: none"> - Liderança de proximidade - Através do diálogo - Comunicar e Ouvir (auscultar, saber ouvir saber, escutar) - Estar disponível - Ter momentos de reflexão em equipas/ avaliação de situações - Partilhar experiências - Implementar procedimentos de acordo com orientações 	<ul style="list-style-type: none"> - Colaborativa - Partilhada - Diálogo - Estar presente - Comunicação escrita e verbal formal e informal - Confiança - Responsável 	<ul style="list-style-type: none"> - Democrática - Ouvir, auscultar - Envolver a equipa - Fazer com que as pessoas se sintam participadas nesta gestão - O líder como igual
	DT1	DT2	DT3
Influencias percebidas na gestão através das práticas dos agentes de Geriatria	<u>Caraterização das Influências</u>	<u>Caraterização das Influências</u>	<u>Caraterização das Influências</u>
	<ul style="list-style-type: none"> - Apoio nas decisões da gestão que digam respeito aos residentes, passagem de informação pertinente para a tomada de decisão. - Carater positivo - Agentes de geriatria como o principal elemento, valor mais elevado. 	<ul style="list-style-type: none"> - Podem ser mais positivas levando à prestação de bons cuidados ou menos positivas, levando a uma alteração comportamental de maior orientativa. - Menos positivas quando não são prestados cuidados com qualidade, levando à alteração de postura da diretora, passando a uma postura mais orientativa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Influenciam imenso, apostar na qualidade da prestação de cuidados. - O desempenho das agentes de geriatria é influenciador de toda a dinâmica do lar, por este ser influenciador do bem-estar dos residentes, satisfação do serviço, da diretora e dos familiares. - Valorização das agentes de geriatria quanto elemento principal do serviço.

	<ul style="list-style-type: none"> - Valorização do agente de geriatria, por ser o elemento que está mais próximo do residente nos cuidados diários. - O agente de geriatria é sempre identificado com a prestação direta de cuidados. 	<ul style="list-style-type: none"> - O agente de geriatria é sempre identificado com a prestação direta de cuidados. 	<ul style="list-style-type: none"> - O agente de geriatria é sempre identificado com a prestação direta de cuidados. - O respeito pelo residente como pessoa pelas suas características individuais.
	DT1	DT2	DT3
Contributos da liderança do assistente social na prática das agentes de geriatria	<p><u>Contributos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Positivos, próximos, ouvir as necessidades e estar disponível - Criar um ambiente em que a pessoa se sinta bem a trabalhar, para poder responder bem às solicitações pedidas. - Os agentes de geriatria, devem estar em equilíbrio consigo mesmos para poder cuidar dos outros, este fator é influenciador da forma como vai desempenhar as suas funções. - Existe partilha, mas sempre com foco na orientada dada que deve ser cumprida. - Deve ser um bom ouvinte. 	<p><u>Contributos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Implementar diretrizes que permitam aos agentes de geriatria desenvolver uma prática que permita ao diretor receber o que quer, neste caso, uma boa prestação de cuidados. 	<p><u>Contributos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Atitude de compreensão, colaboração mais humanizante com as agentes de geriatria - Dar o exemplo para que seja seguido pelas agentes de geriatria dar orientações que sejam seguidas também por verem boas práticas por parte da diretora, liderar pelo exemplo. - Orientações para o respeito pela pessoa e pela sua individualidade, pela sua habilidade dar tempo à pessoa.
	DT1	DT2	DT3
Competências do assistente social em funções de gestão	<p><u>Competências</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ser responsável, - Estar Atenta - Estar Disponível, - Desenvolver bons relacionamentos na relação com todos - Ser disponível para partilhar - Ter uma escuta ativa - Ter gosto pela profissão e função - Estar pelos residentes - Ter entrega e vocação 	<p><u>Competências</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ser multifacetado - Continuar a ser assistente social - Refletir - Organizada - Ter pensamento eclético - Visão holística da realidade - Ter bom humor - Desenvolver boas relações com a equipa - Ser Afetuoso - Agregar e cuidar da nossa equipa 	<p><u>Competências</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ter competências humanas - Saber ouvir, - Ter capacidade de desenvolver empatia com o outro, saber colocar-se do outro lado, - Respeitar a individualidade, - Respeito - Desenvolver relações positivas e significativas - Ter competências técnicas

Modelos e práticas de intervenção do Serviço Social	DT1	DT2	DT3
	<p><u>Modelos e práticas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Modelo sistêmico - Prática assente na garantia dos recursos para responder às necessidades das pessoas - Ter uma abordagem muito correta em termos das avaliações com os residentes. - Fazer o diagnóstico da situação realizar as avaliações, os planos de intervenção com consciente de que cada situação é única e ir avaliando. - Recorrer e identificar os recursos necessários e disponíveis 	<p><u>Modelos e práticas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Modelo sistêmico - A prática desenvolve a continuidade do processo da pessoa, no seu passado, presente e futuro, na compreensão da pessoa como um todo. Numa perspectiva holística. - Contextualizar o passado, o presente e aquilo que é que são as expectativas das pessoas para o futuro. “eu que estou mais nas funções de gestão” 	<p><u>Modelos e práticas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Modelo centrado na pessoa, na pessoa humana. - A prática é a da transmissão de princípios e valores do Serviço Social - Valorização da pessoa como ela é, nas suas características, gostos, com as suas necessidades. - Cuidar como se fosse para si próprios - Saber colocar-se no lugar do outro, - Respeitar a situação de vulnerabilidade - Respeitar a individualidade, a privacidade - Respeitar a identidade da pessoa - Fazer com que a pessoa se sinta uma pessoa única.
As dimensões de um serviço humanizado	DT1	DT2	DT3
	<p><u>Dimensões</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Componentes: - Individual - Respeito - A atenção - Estar disponíveis para os outros - Ter conhecimento - Ter equipas interdisciplinares - Respeitar o sigilo profissional <p>Ausência de reflexão sobre o processo de gestão no desenvolvimento de um serviço humanizado.</p>	<p><u>Dimensões</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - O respeito, a igualdade, - Formas de cuidar equitativas - O respeito pela igualdade, - O cuidado na relação, - A relação com os idosos, - A relação com as suas pessoas de referência ou os seus familiares. <p>Ausência de reflexão sobre o processo de gestão no desenvolvimento de um serviço humanizado.</p>	<p><u>Dimensões</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - A relação, através da relação é realizada a gestão das restantes componentes. - A qualidade - O empenho que cada profissional tem, como o rigor, o profissionalismo - Respeito pela dignidade da pessoa - Segurança e proteção - Corresponder aos anseios e desejos das pessoas idosas, olhar ao que a pessoa deseja - Um sentimento de bem-estar, - Conforto <p>Ausência de reflexão sobre o processo de gestão no desenvolvimento de um serviço humanizado.</p>

Dimensões em presença no serviço - Lar	DT1	DT2	DT3
	<u>Dimensões em presença</u> <ul style="list-style-type: none"> - A partilha, - O respeito - É identificada a individualidade em relação aos residentes, mas não na sua plenitude - A responsabilidade - A privacidade, - A partilha 	<u>Dimensões em presença</u> <ul style="list-style-type: none"> - O respeito, - A relação - A equidade - Tentativa de ser equitativos, procurando corresponder à necessidade de cada pessoa. - A igualdade, - A relação é identificada como a competência mais importante. 	<u>Dimensões em presença</u> <ul style="list-style-type: none"> - A relação - Ambiente tranquilo, positivo e de felicidade. - Ser a casa dos residentes - Ser uma casa com alegria e vivacidade - Cuidar com conforto - Procurar corresponder ao que os residentes querem - Que o espaço privado tenha conforto.
Definição da relação de cuidado	DT1	DT2	DT3
	<u>Definição</u> <ul style="list-style-type: none"> - Cuidar do residente na perspetiva da dependência. - Ter recursos para responder às situações concretas - Responder em conformidade 	<u>Definição</u> <ul style="list-style-type: none"> - Recolher a história de vida de forma a ter conhecimento sobre a pessoa e poder intervir da melhor forma. - Importante a interdisciplinaridade na intervenção - A relação na base da relação. 	<u>Definição</u> <ul style="list-style-type: none"> - Aceitação do outro tal como é - A capacidade de se colocarem no lugar do outro - A capacidade de desenvolver uma relação empática - Corresponder ao que as pessoas esperam do serviço e às necessidades das pessoas - A relação de cuidado procurar encontrar aquilo que a outra pessoa deseja e espera da vida.
Padrões éticos, teóricos-metodológicos	DT1	DT2	DT3
	<u>Padrões Éticos</u> <ul style="list-style-type: none"> - Sigilo profissional - Privacidade - Respeito <u>Metodologia – Prática desenvolvida</u> <ul style="list-style-type: none"> - Metodologia sistémica - Proximidade 	<u>Padrões Éticos</u> <ul style="list-style-type: none"> - Respeito - Dignidade - Igualdade - Equidade - Veracidade <u>Metodologia – Prática desenvolvida</u> <ul style="list-style-type: none"> - Metodologia sistémica 	<u>Padrões Éticos</u> <ul style="list-style-type: none"> - Humanismo - Respeito - Responsabilidade <u>Metodologia – Prática desenvolvida</u> <ul style="list-style-type: none"> - Metodologia centrada na pessoa - Aceitação incondicional do outro - Colocar-se no lugar do outro

	<ul style="list-style-type: none"> - Fazer-se presente, monitorizando o bem-estar dos residentes e a equipa. - Proximidade, disponibilidade <p><u>Teóricos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Não foram identificados padrões teóricos 	<p><u>Teóricos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Não foram identificados padrões teóricos 	
Relação de cuidado existente	DT1	DT2	DT3
	<p><u>Caraterização da relação de cuidado existente</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Dever de primar pela qualidade - Responder aos cuidados necessários em relação a cada utente - Conseguir recursos para responder a todas as situações - Tentar prestar um melhor cuidado a cada pessoa 	<p><u>Caraterização da relação de cuidado existente</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Reflexão sobre a necessidade de a relação de cuidado desenvolvida necessita de se desenvolver e crescer. Identificação da necessidade de algumas melhorias, devido à entrada de agentes de geriatria sem formação de base, havendo necessidade de formar as pessoas em exercício, com a aquisição de experiência. Esta situação revela necessidade de supervisão e correção de práticas menos conseguidas devido à ausência de formação. - Respeito pelos gostos e vontades das pessoas idosas - O brio profissional de cuidarem adas pessoas cuidado da sua imagem 	<p><u>Caraterização da relação de cuidado existente</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Existe um foco na relação cuidada e humanizada.
Princípios éticos	DT1	DT2	DT3
	<p><u>Princípios éticos e práticas na relação de cuidado</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Respeito, a privacidade, o sigilo - Individualidade - Respeito pelo próprio - O sigilo profissional - Desenvolver uma relação de confiança, - Comunicar, falar, saber escutar acho que isso. 	<p><u>Princípios éticos e práticas na relação de cuidado</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - O respeito pela intimidade das pessoas - Tratar todos com igualdade, adequando às suas necessidades, - Respeito, - Equidade - A sensibilidade - A empatia 	<p><u>Princípios éticos e práticas na relação de cuidado</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Tranquilidade e serenidade, - Respeito e compreensão do outro - Respeitar a profissão - Gostar muito do que se faz, - Empenho e dedicação - Alegria - Honestidade - A Responsabilidade

	DT1	DT2	DT3
Competências na relação de cuidado	<u>Competências do assistente social na relação de cuidado</u>	<u>Competências do assistente social na relação de cuidado</u>	<u>Competências do assistente social na relação de cuidado</u>
	<ul style="list-style-type: none"> - Capacitar e consciencializar a equipa para a relação de cuidado. - Ter a consciência que trabalham num serviço para prestar apoio independentemente de quem seja a pessoa que se encontra a necessitar de apoio. - Tratar a pessoa com carinho, dedicação - Avaliar a necessidades de formação da equipa através da supervisão das práticas diárias. Apoiar nas aprendizagens para que sejam feitas com qualidade. - Estar atenta à equipa, sem intromissões na vida privada, mas estar disponível para apoiar a ultrapassar obstáculos, desta forma a pessoa estará mais disponível mentalmente e emocionalmente, para apoiar as pessoas idosas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Respeito pela intimidade das pessoas - Tratar com igualdade, equidade, respeito, sensibilidade - Desenvolver relações empáticas - Sem sensibilidade e veracidade não se desenvolve uma relação empática. 	<ul style="list-style-type: none"> - A comunicação - Transmitir tranquilidade - Desenvolver relações empáticas - Ser uma pessoa ativa e alegre - Honestidade, a responsabilidade - O gosto pela profissão e pelo trabalho na gerontologia é considerado um fator fundamental.

	DT1	DT2	DT3
<p>Relação de cuidado - O papel das assistentes sociais diretoras técnicas</p>	<p><u>Ser assistente social diretora na relação de cuidado</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ser muito próxima e disponível - Ter um papel de atenção, de carinho - Criar as condições para que a pessoa idosa se sinta bem no lar - Ter a noção que os resultados são qualitativos que se vêem num obrigada e num sorriso. - Transmitir confiança, para que as pessoas se sintam à vontade para recorrer à diretora - Enquanto diretora percorre a casa para estar presente e para perceber como as pessoas estão - Supervisionar a prestação de cuidados - Supervisionar todos os serviços prestados no lar, alimentação, limpeza. 	<p><u>Ser assistente social na relação de cuidado</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ser muito próxima e disponível - Supervisionar a prestação de cuidados - Supervisionar todos os serviços prestados no lar, alimentação, limpeza. - Estar atenta regularmente 	<p><u>Ser assistente social na relação de cuidado</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Capacidade de orientar, informar, de aconchegar, de dirigir - Transmitir segurança e estar disponível para a equipa, dirigir com respeito. - Fazer com que a equipa seja segura da sua prática - Apesar do papel de diretora, importa passar a mensagem de que somos uma pessoa muito próxima. - Considera desenvolver a relação de cuidado diariamente, recebendo os residentes, ouvindo-os, conversando, estando atenta ao ser verdadeiro bem-estar. - Existir um mútuo conhecimento que permite desenvolver uma relação de cuidado empática, reconhecendo sinais que possam indicar bem-estar, ou mal-estar de forma mútua.

	DT1	DT2	DT3
Plano de cuidados - O papel do assistente social	<p><u>O papel do assistente social diretor no planeamento e supervisão do plano de cuidados diretos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - O contributo de toda a equipa é importante - O plano é realizado e afixado para que as agentes de geriatria o vejam. - Não existe uma prática instituída de recolher o contributo dos agentes de geriatria para a construção do plano só <i>a posteriori</i> é solicitada informação. - O mesmo se passa com os residentes, não existe uma prática instituída do plano ser consensualizado com todos os residentes. - É realizada supervisão e é ajustado o plano sempre que se justifica com o apoio se se justificar das agentes de geriatria. 	<p><u>O papel do assistente social diretor no planeamento e supervisão do plano de cuidados diretos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Papel de conciliadora das diferentes áreas de conhecimento, arrematar as pontas soltas - Realiza a supervisão do cumprimento do plano - Sempre que necessário, faz-se reunião 	<p><u>O papel do assistente social diretor no planeamento e supervisão do plano de cuidados diretos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Participação em todo o processo do plano de cuidados diretos desde a receção da pessoa - Realizam o estudo de caso elaborando o diagnóstico - Elaboram o plano de cuidados, este é apresentado e discutido com as agentes de geriatria e com os residentes - Apoiar na concretização do plano para que este seja cumprido diariamente - O plano está afixado na casa de banho do quarto de cada residente, tornando-se mais fácil a observação da equipa e nomeadamente dos agentes de geriatria - Realiza supervisão, com diálogo com as agentes de geriatria - Realizam reuniões diariamente - A supervisão é realizada através da observação
Lar Como Casa	<p><u>Ambiente do lar como casa</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ter um ambiente acolhedor que permita à pessoa idosa identificar-se com o espaço físico - Poder falar com as pessoas idosas as suas expectativas - Adaptar ao que as pessoas esperam - Algo que possam assemelhar a sua casa embora partilhada com outras pessoas. 	<p><u>Ambiente do lar como casa</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - O lar deve ser sempre a nossa casa deve ser o espaço onde cada um de nós deve senti-lo como casa - Casa associada a aconchego, bem-estar, conforto, afeto, onde se possam sentir em casa. 	<p><u>Ambiente do lar como casa</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - A casa, a casa de quem vive no lar - Carga de afeto, partilha, pertença, sentir-se parte de família

	DT1	DT2	DT3
<p>Competências dos agentes de geriatria no desenvolvimento da relação de cuidado</p>	<p><u>Competências dos agentes de geriatria</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ser uma profissão escolhida por gosto - Sigilo profissional e preservar a privacidade do residente - Ter disponibilidade, dedicação - Nos cuidados de higiene, estar disponível, saber ouvir, - Saber gerir e agir em situações de maior complexidade, tendo uma postura adequada e tranquila -Ter capacidade de organização de trabalho, preparando todos os materiais observando se tudo o que será necessário está disponível para a prestação de cuidados - Ser uma pessoa interessada e quando tem dúvidas ter a humildade de perguntar 	<p><u>Competências dos agentes de geriatria</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - A capacidade de comunicação é fundamental, a sensibilidade de respeitar a privacidade das pessoas idosas. - A conduta profissional implica regras de respeito fazendo-se anunciar, informando dos procedimentos que vão ter lugar no desenvolvimento da higiene pessoal - Desenvolver sensibilidade para ouvir e perceber o que as pessoas desejam e como desejam - Esta forma de agir proporciona o desenvolvimento de cuidados com maior qualidade. - Necessidade de deixar hábitos antigos e passar a cuidar de forma diferente, novas aprendizagens - A importância de ter presente que se esta a cuidar de pessoas - O cuidador e a pessoa cuidada, ambos são pessoas e têm fragilidades e por vezes o cuidado pode nem sempre ser bem realizado, não é possível as pessoas serem tratadas como objetos. 	<p><u>Competências dos agentes de geriatria</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - O gosto de trabalhar na área da gerontologia - Ser boa pessoa - Boa ouvinte, calma, tranquila, - Capacidade de se colocar no lugar do outro - Seja uma pessoa bem-disposta - Ter capacidade para gerir conflitos

	DT1	DT2	DT3
Atividades diárias dos agentes de Geriatria	<p><u>Atividades dos agentes de geriatria</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuidados de higiene, apoio aos residentes no refeitório, administram as refeições, acompanham ao exterior sempre que necessário a consulta, a exames médicos, a passeios, no tratamento e gestão da roupa, organização dos roupeiros, supervisionar a arrumação do quarto. - Cuidar e mimar o residente, preocupar-se com os cuidados de imagem do residente - Desenvolver atividades de animação, quando têm tempo - É feita referência ao agente de geriatria como um profissional privilegiado na proximidade com o residente, pelo que deve ter capacidade de estar disponível. - Ser um profissional que é identificado pelo residente como muito próximo enquanto elemento de confiança 	<p><u>Atividades dos agentes de geriatria</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuidados diretos de higiene, apoio na alimentação, apoio a todas as atividades nos momentos e nos tempos livres, fazem companhia conversam brincam, quando têm tempo. - Nem todos os agentes de geriatria têm a mesma sensibilidade ou mesmo a motivação ou a mesma habilidade, para a realização de momento de atividades e convívio. 	<p><u>Atividades dos agentes de geriatria</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Desde o acordar da pessoa, o cuidado de higiene, cuidados da alimentação, o cuidado do quarto, o tratamento de roupa, diligências no exterior estar com a pessoa, conversar com a pessoa fazer algumas atividades que às vezes a animadora também dirige e orienta e estar com eles também a fazer este tipo de atividades. - Fazer companhia e conversar - A atividade permite uma maior proximidade e um maior conhecimento da pessoa, desenvolver uma relação empática. - Cuidar de forma natural da pessoa, mantendo contato visual e verbal.
Outras atividades possíveis de serem realizadas pelos agentes de geriatria	<p><u>Outras atividades</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Atividades convívio e de lazer - Sem possibilidade devido à ausência de tempo que se encontra justificado pela insuficiência de recursos humanos - Agentes de geriatria com serviços melhorados e ausentes por motivos de saúde. 	<p><u>Outras atividades</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - A importância do trabalho do agente de geriatria não terminar quando realiza a prestação de cuidados básicos. 	<p><u>Outras atividades</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mais tempo para desenvolver atividades com os residentes, desenvolver maior proximidade - Estarem menos focados na tarefa e mais focados na pessoa o que deve ser algo natural, que seja tudo de forma natural.

<p>Plano de cuidados - O papel do agente de geriatria</p>	DT1	DT2	DT3
	<p><u>Papel no plano de cuidados</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Desenvolvem um papel importante nas alterações que vão surgindo e sendo necessárias conforme o conhecimento que os agentes de geriatria vão tendo dos residentes na prestação de cuidados básicos. - Não têm participação no planeamento, mas sugerem alterações. 	<p><u>Papel no plano de cuidados</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Não têm participação no planeamento de forma integral, mas sugerem alterações - Desenvolvem um papel importante nas alterações que vão surgindo e sendo necessárias conforme o conhecimento que os agentes de geriatria vão tendo dos residentes na prestação de cuidados básicos. - A participação empodera os agentes de geriatria. 	<p><u>Papel no plano de cuidados</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Tem participação no planeamento, não é um plano imposto é consensualizado.
<p>A importância e valorização dos agentes de geriatria</p>	DT1	DT2	DT3
	<p><u>Importância e valorização</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - São o elemento principal no lar, pelo contato privilegiado que tem com os utentes nos cuidados diretos - Deveriam ser mais gratificados <p>Noção da importância do reconhecimento ao nível económico.</p>	<p><u>Importância e valorização</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - A importância do seguimento da mesma orientação para a prestação de bons cuidados. <p>Reconhecimento da sua importância para uma boa prestação de cuidados.</p>	<p><u>Importância e valorização</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - São a pedra basilar do lar, sem elas o lar iria funcionar. <p>Noção da importância da equipa no todo.</p>
<p>Os desafios no desenvolvimento da relação de cuidado</p>	DT1	DT2	DT3
	<p><u>Desafios identificados</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Conseguimos responder de forma individualmente, com base nas necessidades de cada pessoa - A equipa ter capacidade para em conjunto ter recursos para responder de forma adequada - Conseguir uma estratégia para que a pessoa se sinta confortável. 	<p><u>Desafios identificados</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - As questões éticas - O desenvolvimento do plano de cuidados, a relação de cuidado, respeitar a pessoa - Conseguir ter o resultado, desenvolver cuidados de pessoas para pessoas. - O conseguir desenvolver bons cuidados. 	<p><u>Desafios identificados</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ter a capacidade de deixar os problemas pessoais na entrada do serviço, de forma a que esses problemas não interfiram no desempenho e não sejam transferidos para os residentes e para a equipa. - Ter uma postura de satisfação perante o trabalho que se desenvolve.

	DT1	DT2	DT3
<p>O contributo do assistente social em funções de gestão para a humanização dos serviços</p>	<p><u>Contributos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - A formação e as aprendizagens permite adquirir ferramentas mais humanizantes - Atenção e maior sensibilidade perante a outra pessoa mais humanizada - Um olhar mais próximo - Uma atenção próxima sobre o parte sentimental, saber ler nos comportamentos dos outros - Com a equipa tem mais-valias também pois a confiança e a proximidade permitem um outro olhar com a equipa - Transmite mais confiança à pessoa para transmitir os seus problemas e sentimentos - Saber ouvir e saber estar. 	<p><u>Contributos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Está treinado para ouvir, escuta, escuta ativa - Ajudar a resolver, a implementar, a conseguir chegar lá. - Desenvolve uma visão holística da realidade - Reforça-se com várias áreas de formação é multifacetado - Enquanto gestor funciona como elo de ligação promove a ação, é conciliador. 	<p><u>Contributos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Serviço Social é relação - Preparação de base cuidada, somos especiais no olhar que temos sobre as outras pessoas. - Tem um olhar sobre o todo da pessoa - Caraterística é uma profissão de empatia, saber colocar-se no lugar do outro - Profissional afetivo - Enquanto cuidador o afeto é a base - O perfil da pessoa enquanto cuidadora, vai definir se existe mais entrega ou se a pessoa é mais introvertida.

APÊNDICE G

Sinopse dos resultados das entrevistas às agentes de geriatria

	AG1	AG2	AG3	AG4	AG5	AG6
O ambiente em lar	<u>Sentimentos</u> - Tem condições para trabalhar - Bom relacionamento	<u>Sentimentos</u> - Muito parado, inativo - Tristeza - Ambiente programado	<u>Sentimentos</u> - Satisfação com o trabalho com as pessoas idosas - Preenchimento emocional - Não gosta do trabalho que a equipa desenvolve, por não considerar ser uma equipa	<u>Sentimentos</u> - Injustiça - Excesso de trabalho - Ausência de trabalho em equipa	<u>Sentimentos</u> - Satisfação com o ambiente de trabalho - Satisfação com a relação com a equipa e com os utentes	<u>Sentimentos</u> - Satisfação com as condições de trabalho e para as pessoas idosas - Equipa prestável para os utentes
A identificação da missão e das competências por parte dos agentes de geriatria	<u>Competências e Missão</u> - Não consegue identificar	<u>Competências e Missão</u> - Foram apresentadas as competências - Bem-estar, cuidados diretos, conviver com os utentes	<u>Competências e Missão</u> - Vão sendo passadas as competências, não formalmente - Gostar da profissão, reconhecimento do outro enquanto pessoa	<u>Competências e Missão</u> - Tratar dos doentes - Cuidados diretos e de imagem - As competências já foram transmitidas numa reunião	<u>Competências e Missão</u> Não sabe identificar	<u>Competências e Missão</u> - Promover o bem-estar dos utentes - Os utentes manifestarem satisfação

O trabalho em equipa	AG1	AG2	AG3	AG4	AG5	AG6
	<u>Relação entre a equipa</u> - Relação oscilante entre boa relação ou relação neutra	<u>Relação entre a equipa</u> - Insatisfação com o trabalho da equipa - Insatisfação com a organização do trabalho	<u>Relação entre a equipa</u> - Insatisfação por não ser uma equipa	<u>Relação entre a equipa</u> - Insatisfação e revolta com o trabalho da equipa	<u>Relação entre a equipa</u> - Satisfação, funcionamento em equipa	<u>Relação entre a equipa</u> - Satisfação, boa relação - Ambiente em harmonia em equipa e na promoção do bem-estar dos utentes
Reuniões de Equipa – Organização de cuidados	AG1	AG2	AG3	AG4	AG5	AG6
	<u>Passagem de turno e reuniões</u> - Passagem de turno todos os dias - Reuniões não realizam, agora	<u>Passagem de turno e reuniões</u> - Passagem de turno - Reuniões não realizam há alguns anos	<u>Passagem de turno e reuniões</u> - Passagem de turno e reuniões são realizadas	<u>Passagem de turno e reuniões</u> - Passagem de turno são realizadas - Reuniões, pouco	<u>Passagem de turno e reuniões</u> - Passagem de turno e reuniões são realizadas	<u>Passagem de turno e reuniões</u> - Passagem de turno e reuniões são realizadas
Auscultação das opiniões dos agentes de geriatria	AG1	AG2	AG3	AG4	AG5	AG6
	<u>Recolha de opinião</u> - Auscultação e recolha da opinião para melhorar a prestação de cuidados básicos e o bem-estar do utente	<u>Recolha de opinião</u> - Às vezes é perguntado, nem sempre	<u>Recolha de opinião</u> - Recolha e passagem de informação	<u>Recolha de opinião</u> - às vezes é pedida a contribuição para melhorar a prestação de cuidados básicos e o bem-estar dos utentes - Recolha de informação por conhecerem melhor os utentes, são os elementos que estão mais próximos - Feedback do resultado	<u>Recolha de opinião</u> - Recolha de informação por conhecerem melhor os utentes, são os elementos que estão mais próximos - Recolha e passagem de informação	<u>Recolha de opinião</u> - É perguntada a opinião, - Quando considera necessário vai dar a sua opinião

	AG1	AG2	AG3	AG4	AG5	AG6
<p>Caraterização das atividades diárias</p>	<p><u>Atividades desenvolvidas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Preparação do dia, inicia com a leitura do livro de ocorrências do turno noturno, ver se existe alguém que necessite de estar pronto mais cedo por consulta médica ou realização de exames complementares - Preparação do carro com todo o material que é necessário - Realização dos cuidados diretos higiene, imagem e alimentação - Realização das camas 	<p><u>Atividades desenvolvidas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Realização dos cuidados diretos higiene, imagem e alimentação - Realização das camas - Arrumação dos roupeiros - Organização dos materiais a usar 	<p><u>Atividades desenvolvidas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Realização dos cuidados diretos higiene, imagem e alimentação - Realizar de camas - Arrumação do quarto - Transportar a roupa para a lavandaria e depois de tratada transportar para os quartos e arrumar os roupeiros - Nunca é possível o serviço correr sempre igual depende dos acontecimentos com os utentes 	<p><u>Atividades desenvolvidas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - O serviço encontra-se estipulado por quem se inicia a prestação de cuidados - Realização dos cuidados diretos higiene, imagem e alimentação - Primeiro os que vão tomar o pequeno-almoço - Realizar as camas - Transportar a loiça para a cozinha - Organizar as roupas para transportar para a lavandaria - Transportar a roupa limpa da lavandaria - Transportar o lixo - Realização da hidratação 2 x na manhã - Arrumar a roupa para vestirem no dia seguinte - Um pouco de convívio com os utentes 	<p><u>Atividades desenvolvidas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Preparação do carro com todo o material que é necessário - Fazer-se anunciar antes de entrar no espaço privado do utente - Tocar na pessoa com toque social, um toque suave, no joelho - Explicação do que vai ser realizado com a pessoa - Realização dos cuidados diretos higiene, imagem e alimentação - Realização das camas - Recolher os lixos - Transportar a roupa à lavandaria 	<p><u>Atividades desenvolvidas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Realização dos cuidados diretos higiene, imagem. - Apoio na alimentação e o conhecimento dos gostos dos utentes - A preocupação da tranquilidade dos cuidados

	AG1	AG2	AG3	AG4	AG5	AG6
Atividades que podem ser realizadas por outros profissionais	<u>Atividades a serem realizadas por outros profissionais ex. funcionários com serviços melhorados</u>	<u>Atividades a serem realizadas por outros profissionais ex. funcionários com serviços melhorados</u>	<u>Atividades a serem realizadas por outros profissionais ex. funcionários com serviços melhorados</u>	<u>Atividades a serem realizadas por outros profissionais ex. funcionários com serviços melhorados</u>	<u>Atividades a serem realizadas por outros profissionais ex. funcionários com serviços melhorados</u>	<u>Atividades a serem realizadas por outros profissionais ex. funcionários com serviços melhorados</u>
	- Conviver com os utentes - Propiciar um ambiente mais dinâmico	- Apoio na alimentação, arranjar o parto e administrar a alimentação, reforço positivo para comer - Arrumação das roupas, lavanderia	- A realização das camas, arrumação das roupas e separação das roupas na lavanderia. - Necessidade de ficarem com mais tempo para os utentes	- Separação e arrumação das roupas dos utentes	-Não foram identificadas	-Não foram identificadas
Realização de atividades de convívio e de lazer	AG1	AG2	AG3	AG4	AG5	AG6
	<u>Identificação de atividades de convívio e de lazer</u>	<u>Identificação de atividades de convívio e de lazer</u>	<u>Identificação de atividades de convívio e de lazer</u>	<u>Identificação de atividades de convívio e de lazer</u>	<u>Identificação de atividades de convívio e de lazer</u>	<u>Identificação de atividades de convívio e de lazer</u>
	- Necessidade de terem mais tempo para dedicarem aos utentes em atividades de convívio - Passam o dia parados a dormir	- Necessidade de terem mais tempo para dedicarem aos utentes em atividades de convívio - Necessidade de terem mais funcionários para poderem dedicar mais tempo aos utentes - Passam o dia parados a dormir	- Necessidade de terem mais tempo para dedicarem aos utentes em atividades de convívio - Passear, caminhar, conversar - Ficam parados	- É importante para os utentes pois é algo diferente	- Necessidade de terem mais tempo para dedicarem aos utentes em atividades de convívio - Existe pouca atividade	- Necessidade de terem mais tempo para dedicarem aos utentes em atividades de convívio, falta de recursos humanos - Encontra-se definida a presença de agentes de geriatria no salão - Convivem, dançam, riem

<p>O agir do agente de geriatria no cumprimento das normas e rotinas</p>	<p>AG1</p> <p><u>Identificação de normas e rotinas</u></p> <p>- Todo o serviço se encontra organizado com horários pré-estabelecidos, para o acordar, a higiene pessoal, a alimentação</p>	<p>AG2</p> <p><u>Identificação de normas e rotinas</u></p> <p>- Todo o serviço se encontra organizado com horários pré-estabelecidos, para o acordar, a higiene pessoal, a alimentação</p> <p>- Sentimentos de ansiedade perante as normas e rotinas mecanizadas</p> <p>- Um cuidar a correr</p>	<p>AG3</p> <p><u>Identificação de normas e rotinas</u></p> <p>- Todo o serviço se encontra organizado com horários pré-estabelecidos, para o acordar, a higiene pessoal, a alimentação e realização de camas</p> <p>- É um cuidar a correr</p> <p>- Ansiedade e stress perante rotinas que exigem cuidar dos utentes sem tranquilidade</p>	<p>AG4</p> <p><u>Identificação de normas e rotinas</u></p> <p>- Todo o serviço se encontra organizado com horários pré-estabelecidos, para o acordar, a higiene pessoal, a alimentação e realização de camas</p>	<p>AG5</p> <p><u>Identificação de normas e rotinas</u></p> <p>- O serviço está organizado com horários flexíveis</p>	<p>AG6</p> <p><u>Identificação de normas e rotinas</u></p> <p>- O serviço está organizado com horários flexíveis</p>
	<p>AG1</p> <p><u>Reflexão</u></p> <p>- Aceitação das normas e regras</p>	<p>AG2</p> <p><u>Reflexão</u></p> <p>-Consideração negativa sobre as regras e a organização serviço</p> <p>- Mecanização da atividade e transmissão de stress para os utentes</p>	<p>AG3</p> <p><u>Reflexão</u></p> <p>-Consideração negativa sobre as regras e a organização serviço</p> <p>- Mecanização da atividade, fabrica e piloto automático</p>	<p>AG4</p> <p><u>Reflexão</u></p> <p>- Aceitação das normas e regras</p>	<p>AG5</p> <p><u>Reflexão</u></p> <p>- Consideração positiva, com impacto positivo no bem-estar dos utentes</p>	<p>AG6</p> <p><u>Reflexão</u></p> <p>- Consideração positiva, com impacto positivo no bem-estar dos utentes</p>
<p>Reflexão dos agentes de geriatria sobre as normas instituídas</p>						

	AG1	AG2	AG3	AG4	AG5	AG6
Relação de Cuidado- A percepção dos agentes de geriatria	<u>Relação de cuidado</u>	<u>Relação de cuidado</u>	<u>Relação de cuidado</u>	<u>Relação de cuidado</u>	<u>Relação de cuidado</u>	<u>Relação de cuidado</u>
	<ul style="list-style-type: none"> - Considera as atividades que realiza como promotoras de bem-estar ao utente. - Respeita a vontade do utente - Comunica e tem bom humor no desenvolvimento das atividades 	<ul style="list-style-type: none"> - Poderia fazer mais, mas não tem tempo - Poderia haver um maior respeito pela privacidade, o bater à porta - O sistema implementado é stressante - Têm de conseguir dar atenção a todos os utentes o que faz com que seja uma prática mecanizada e a correr - Não realizam atividades devido á ausência de tempo - Rejeição da ideia de ir para um lar pela experiência enquanto profissional 	<ul style="list-style-type: none"> - Estar presente - Cuidar do que o utente precisa - Adequar os cuidados às necessidades dos utentes - Utilizar os instrumentos disponíveis - Cuidar com carinho, cuidar como pessoa - Sensibilidade no cuidar (não atirar o utente para a cama, não arrancar a roupa) - Considera que cuida muito bem 	<ul style="list-style-type: none"> -Deixar numa posição confortável -Tratar da higiene pessoal -Olhar e ver que estão bem -Ter uma atenção um carinho com os utentes que aceitam 	<ul style="list-style-type: none"> - Tudo o que faz a pessoa sentir-se feliz - Fazer o que o utente quer - O lar como a casa dos utentes - Respeitar a sua privacidade - Ter tranquilidade nos cuidados 	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer o utente -Com calma tranquilidade - sem stress - São mais felizes - Dá dignidade

O lar como casa – Dignidade e direitos	AG1	AG2	AG3	AG4	AG5	AG6
	<u>O lar como casa</u> <ul style="list-style-type: none"> - Não apresenta reflexão sobre o lar associado a casa - Discurso refletido na regra e na norma 	<u>O lar como casa</u> <ul style="list-style-type: none"> - Serviço mecanizado, como uma instituição, os utentes vivem com base as regras implementadas -Discurso com reflexão do impacto das normas na vida dos utentes O desenvolvimento da autodeterminação não abrange as vivencias do quotidiano com base nas regras da organização 	<u>O lar como casa</u> <ul style="list-style-type: none"> - Os utentes vão se adaptar ao serviço e às regras - Discurso com reflexão sobre o impacto das normas implementadas na vida dos utentes - O desenvolvimento da autodeterminação não abrange as vivencias do quotidiano com base nas regras da organização 	<u>O lar como casa</u> <ul style="list-style-type: none"> - Considera que o lar é a casa dos utentes, mas sem reflexão sobre a autodeterminação, aceitação 	<u>O lar como casa</u> <ul style="list-style-type: none"> - Respeito pela privacidade - O lar como casa dos utentes - Regras de respeito pelo outro e pelo espaço do outro 	<u>O lar como casa</u> <ul style="list-style-type: none"> - Respeito pela privacidade - O lar como a casa dos utentes, são livres - Regras de respeito pelo outro e pelo espaço do outro - Os donos disto tudo
Dificuldades sentidas	AG1	AG2	AG3	AG4	AG5	AG6
	<u>Dificuldades identificadas</u> <ul style="list-style-type: none"> - Excesso de atividades - Cansaço - Não fazer a atividade como deveria ter sido feita - Trabalho pesado - Excesso de dias sem folga – 5 dias a trabalhar 1dia de folga - Trabalho desenvolvido em stress 	<u>Dificuldades identificadas</u> <ul style="list-style-type: none"> - Excesso de atividades - Cansaço - Ausência de iniciativa derivada do cansaço - Sentimento de abandono e de isolamento - Necessidade de ajuda - Trabalho pesado - Trabalho desenvolvido em stress, vai passar para os utentes 	<u>Dificuldades identificadas</u> <ul style="list-style-type: none"> - Com a equipa, não se revê no modo de trabalho - Não aceita nem concorda em faz as atividades a correr - Consciência da necessidade de a equipa se apoiar, usar os instrumentos colocados à disposição 	<u>Dificuldades identificadas</u> <ul style="list-style-type: none"> - É um corre, corre - Ausência de reconhecimento pelo trabalho feito - Trabalho pesado - Dificuldade de comunicação 	<u>Dificuldades identificadas</u> <ul style="list-style-type: none"> - Falta de tempo para dedicar a atividades com o utente - Pouca atividade dos utentes 	<u>Dificuldades identificadas</u> <ul style="list-style-type: none"> - Falta de funcionários, permitiria ter mais tempo para dedicar aos utentes

APÊNDICE H

Tipos de Formação em Agente de Geriatria - IEPF

Quadro 12 – Tipos de Formação

Trabalho Social e Orientação	Nível de Qualificação	Perfil	Modalidade de Educação e Formação
Agente de Geriatria	Quadro Nacional de Qualificações – 2 Quadro Europeu de Qualificações – 2	Prestar cuidados de apoio direto ao idoso, em contexto domiciliário e institucional, nomeadamente em lares e centros de dia, zelando pelo ser bem-estar físico e psicológico e social de acordo com as indicações da equipa técnica e os princípios deontológicos de atuação.	-Educação e Formação de Adultos -Formação Modular
Assistente Familiar e de Apoio à Comunidade	Quadro Nacional de Qualificações – 2 Quadro Europeu de Qualificações – 2	Prestar cuidados humanos e de saúde a utentes e/ou clientes em condição de debilidade, em contexto domiciliário, institucional ou no âmbito da prestação de cuidados pessoais e à comunidade enquadrados em serviços de apoio social, tendo em conta as indicações técnicas e os princípios éticos e deontológicos.	-Educação e Formação de Adultos -Formação Modular
Técnico de Apoio Familiar e de Apoio à Comunidade	Quadro Nacional de Qualificações – Quadro Europeu de Qualificações – 4	Prestar cuidados de apoio direto aos indivíduos no domicílio ou em contexto institucional, nomeadamente, idosos, pessoas com deficiência e pessoas com outro tipo de dependência funcional temporária ou permanente, de acordo com as indicações da equipa técnica e os princípios deontológicos de atuação.	-Educação e Formação de Adultos - Formação Modular -Cursos de Aprendizagem - Cursos Profissionais
Técnico de Geriatria	Quadro Nacional de Qualificações – 4 Quadro Europeu de Qualificações – 4	Prestar cuidados de apoio direto ao idoso, em contexto domiciliário e institucional, contribuindo para o seu bem-estar psicossocial, tendo em consideração os objetivos definidos pela equipa técnica local e os princípios deontológicos de atuação.	-Educação e Formação de Adultos - Formação Modular -Cursos de Aprendizagem - Cursos Profissionais

Fonte: Realizado pela autora com base no CNQ, 2020 – 05.04.2020 - <http://www.catalogo.anqep.gov.pt/Qualificacoes>

ANEXOS

Anexo A - Competências a adquirir na formação de Agente de Geriatria e Técnico de Geriatria

Competências a adquirir na formação de Agente de Geriatria e Técnico de Geriatria

Competências	Agente de Geriatria	Técnico de Geriatria
Saberes	<ol style="list-style-type: none"> 1. Funcionamento e características das instituições e serviços de apoio ao idoso. 2. Processo de envelhecimento e caracterização psicossocial da velhice. 3. Psicopatologia do idoso. 4. Nutrição e dietética. 5. Primeiros socorros. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Envelhecimento. 2. Evolução demográfica. 3. Investigação com a população idosa. 4. Principais problemas de saúde da população idosa. 5. Principais psicopatologias do idoso. 6. Perturbações do desenvolvimento no idoso. 7. Principais deficiências no idoso. 8. Contextos de atuação profissional. 9. Ergonomia e tecnologias de apoio. 10. Ética profissional. 11. Direitos dos idosos. 12. Alimentação, nutrição, dietética e hidratação. 13. Sexualidade na 3ª idade. 14. Cuidados paliativos. 15. Morte e luto. 16. Negligência, abusos e maus-tratos. 17. Formas de avaliação da população idosa. 18. Técnicas terapêuticas para os idosos.
Conhecimentos	<ol style="list-style-type: none"> 6. Língua portuguesa. 7. Comunicação e relações interpessoais. 8. Higiene pessoal e conforto do idoso. 9. Cuidados básicos de prevenção e saúde de idoso. 10. Posicionamento e mobilidade. 11. Segurança e prevenção de acidentes 12. Higiene e segurança alimentar. 13. Higiene ambiental. 14. Princípios e técnicas de animação de idosos. 15. Normas de segurança, higiene e saúde da atividade profissional. 16. Ética e deontologia da atividade profissional. 	<ol style="list-style-type: none"> 19. Estereótipos, mitos e representações sociais da população idosa 20. Métodos de investigação longitudinal, transversal e sequencial. 21. Papel do prestador de cuidados (primários e secundários). 22. Vantagens e consequências do processo de institucionalização e hospitalização. 23. Deontologia em geriatria. 24. Direitos e deveres do técnico de geriatria. 25. Necessidades gerais dos idosos. 26. Estrutura e funcionamento familiar. 27. Formas de observação. 28. Técnicas de identificação e avaliação de riscos. 29. Trabalho em equipa.

		<p>30. Funcionamento e características dos contextos: domicílio, instituições de saúde, lares, centros de dia e residências autónomas.</p> <p>31. Tipos e principais características das diversas psicopatologias.</p> <p>32. Tipos e características de perturbações do desenvolvimento (PD).</p> <p>33. Alterações provocadas pelo envelhecimento nos diferentes sistemas do corpo humano.</p> <p>4. Sistema integrado de emergência médica.</p> <p>35. Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade, saúde e adaptação.</p> <p>36. Alterações psicossociais e físicas que influem a sexualidade dos idosos.</p> <p>37. Importância das redes de apoio (modelo ecológico de Bronfenbrenner).</p> <p>38. Necessidades comuns nos idosos em estado terminal.</p> <p>39. Atitudes do idoso perante a situação de terminus de vida.</p> <p>40. Meios para promover o sentido de vida nos idosos.</p> <p>41. Funções cognitivas.</p> <p>42. Benefícios das diferentes terapias aplicadas aos idosos.</p> <p>43. Principais problemas motores e psicomotores no idoso</p>
<p>Conhecimentos aprofundados de:</p>		<p>44. Barreiras e facilitadores atitudinais na população idosa.</p> <p>45. Ajudas técnicas de acordo com a problemática do idoso.</p> <p>46. Primeiros socorros.</p> <p>47. Qualidade e higiene alimentar.</p> <p>48. Comunicação interpessoal.</p> <p>49. Resolução de problemas.</p> <p>50. Higienização, limpeza e desinfeção dos espaços e materiais.</p> <p>51. Cuidados de higiene e conforto no idoso.</p> <p>52. Técnicas de fazer e desfazer camas, e de vestir e despir o idoso.</p> <p>53. Técnicas de prevenção, controlo e gestão das emoções – stress profissional</p>

		<p>54. Sintomas, fatores de risco e atividades adequadas aos problemas de saúde do idoso.</p> <p>55. Papel do técnico no acompanhamento e monitorização do idoso nas AVD's.</p> <p>56. Características das alterações das funções cognitivas decorrentes do processo de envelhecimento.</p> <p>57. Papel do técnico na sensibilização social e comunitária do idoso com psicopatologia/PD.</p> <p>58. Articulação entre unidades e serviços</p> <p>59. Metodologias de planificação de atividades.</p> <p>60. Técnicas de animação e seus benefícios a nível socio emocional.</p>
<p>SABERES-FAZER</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Caracterizar e reconhecer os aspetos psicossociais do processo de envelhecimento e da velhice. 2. Exprimir-se de forma a facilitar a comunicação com os idosos e a equipa técnica. 3. Utilizar os procedimentos de organização e preparação dos materiais, produtos e equipamentos que utiliza. 4. Aplicar as técnicas e os procedimentos relativos aos cuidados de higiene pessoal e de conforto dos idosos. 5. Adequar os cuidados de higiene e conforto às necessidades e características do idoso. 6. Aplicar as técnicas e os procedimentos relativos aos cuidados básicos de saúde do idoso. 7. Utilizar os procedimentos e as técnicas de primeiros socorros em situação de acidente. 8. Aplicar as técnicas adequadas à manutenção da mobilidade do idoso. 9. Identificar situações de risco de acidente e as medidas de segurança adequadas. 10. Adequar as refeições às características e necessidades dos idosos, tendo em conta o equilíbrio alimentar e as indicações da equipa técnica. 11. Aplicar os princípios e as regras de higiene alimentar na armazenagem e conservação dos produtos e no serviço de refeições. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Preparar os materiais e equipamentos adequados à prestação de cuidados de higiene, conforto e segurança. 2. Aplicar técnicas de higienização dos diferentes espaços e mobiliário, dos contextos de atuação. 3. Selecionar os materiais necessários para efetuar a limpeza, desinfeção ou higienização de equipamentos, materiais e espaços. 4. Aplicar técnicas e procedimentos na distribuição das refeições. 5. Preparar e colaborar na confeção de alimentos e preparação de refeições básicas, em função das necessidades nutricionais do idoso. 6. Identificar os pontos de risco de acidentes do espaço onde se encontra o idoso. 7. Identificar os sinais/sintomas de negligência, abusos e maus tratos ao idoso. 8. Organizar e adaptar o espaço/mobiliário em função de perfil de funcionalidade do idoso. 9. Efetuar/apoiar na higiene dos idosos em função da sua autonomia. 10. Aplicar técnicas de transferência e posicionamento dos idosos, de acordo com a sua funcionalidade. 11. Identificar alterações físicas, psíquicas e emocionais nos idosos. 12. Planificar atividades consoante a metodologia e permissões instauradas na instituição. 13. Planificar e dinamizar atividades de recreação e lazer em função das

	<p>12. Utilizar as técnicas respeitantes aos cuidados de higiene e arrumação do meio envolvente do idoso.</p> <p>13. Utilizar as técnicas respeitantes aos cuidados de limpeza e tratamento de roupa.</p> <p>14. Aplicar as técnicas de animação mais adequadas às necessidades e interesses dos idosos.</p> <p>15. Detetar sinais ou situações anómalas referentes às condições de higiene e conforto do idoso, bem como referentes a outras situações.</p> <p>16. Aplicar as normas de segurança, higiene e saúde relativas ao exercício da atividade.</p>	<p>necessidades, interesses e objetivos dos idosos.</p> <p>14. Acompanhar e monitorizar o idoso nas AVD's produtivas.</p> <p>15. Acompanhar e apoiar nas diversas atividades terapêuticas.</p> <p>16. Prestar cuidados básicos de primeiros socorros.</p> <p>17. Detetar, e informar os profissionais competentes, de situações de negligência, abusos e maus tratos.</p> <p>18. Reportar situações problema aos técnicos responsáveis.</p> <p>19. Aplicar as normas de segurança, higiene e saúde essenciais ao pleno exercício da atividade profissional.</p>
<p>SABERES-SER</p>	<p>1. Respeitar os princípios de ética e deontologia inerentes à profissão.</p> <p>2. Motivar os outros para a adoção de cuidados de higiene e conforto adequados.</p> <p>3. Respeitar a privacidade, a intimidade e a individualidade dos outros.</p> <p>4. Revelar equilíbrio emocional e afetivo na relação com os outros.</p> <p>5. Adaptar-se a diferentes a diferentes situações e contextos familiares.</p> <p>6. Promover o bom relacionamento interpessoal.</p> <p>7. Tomar a iniciativa no sentido de encontrar soluções adequadas na resolução de situações imprevistas.</p>	<p>1. Trabalhar em equipa</p> <p>2. Articular e comunicar de forma adequada, com o idoso, família, equipa técnica e redes de apoio.</p> <p>3. Demonstrar estabilidade emocional e autocontrolo.</p> <p>4. Adaptar-se a diferentes situações e contextos familiares.</p> <p>5. Demonstrar compreensão e sensibilidade.</p> <p>6. Demonstrar capacidade de resiliência nos diferentes problemas que ocorram no dia-a-dia, demonstrando capacidade de resolução.</p> <p>7. Comunicar de forma clara, precisa, persuasiva e assertiva.</p> <p>8. Demonstrar uma atitude empática, potenciadora de um bom relacionamento interpessoal.</p> <p>9. Motivar os outros para a adoção de cuidados de higiene e conforto adequados.</p> <p>10. Agir e decidir com rapidez e iniciativa no sentido de encontrar soluções adequadas na resolução de situações imprevistas.</p> <p>11. Respeitar os princípios de ética e deontologia inerentes à profissão.</p>

Fonte: Catálogo Nacional de Qualificações e Agência Nacional para a Qualificação e o Ensino Profissional I.P. 2020.

O assistente social na gestão de lar: a humanização da relação de cuidado