

Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas

O Envelhecimento e a adequação das respostas sociais – Centro
de Dia da SCML – no âmbito da saúde mental: Realidades e
desafios para o Serviço Social

Elsa Joaquina Gaspar Anjos Maria

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Serviço Social

Orientador:

Professor Doutor Jorge Manuel Leitão Ferreira, Professor Auxiliar
ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa

Outubro, 2016

Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas

O Envelhecimento e a adequação das respostas sociais – Centro
de Dia da SCML – no âmbito da saúde mental: Realidades e
desafios para o Serviço Social

Elsa Joaquina Gaspar Anjos Maria

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Serviço Social

Orientador:

Professor Doutor Jorge Manuel Leitão Ferreira, Professor Auxiliar
ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa

Outubro, 2016

AGRADECIMENTOS

Este percurso académico, foi um sonho que se tornou realidade e muitos foram aqueles que o viveram comigo e partilharam angústias e vitórias. Sem exceção, foram o mote da minha inspiração para fazer este caminho....

Obrigada,

Ao Professor Doutor Jorge Ferreira, pela paciência e pela capacidade de me motivar em momentos menos bons e por me desafiar constantemente.

À minha família, que perdoou as minhas ausências e se fez presente nos momentos que eu mais precisei. Aos meus irmãos, Susana Maria, Maria João Maria e Júlio Marques, vocês são mesmo os melhores irmãos do mundo.

Às minhas amigas Paula Ferreira e Maria Luís Figueira, por estarem sempre presentes e acreditarem que tudo era possível. Por me fazerem rir, quando não tinha vontade e por responderem sempre sim quando lhes pedia ajuda. Não sei o que seria de mim, sem vocês!

À minha amiga Joana Moura, que me acompanhou ao longo deste percurso, que me inspirou e me fez sonhar e acreditar que era possível. Temos muitos desafios para viver em conjunto.

À minha amiga Cláudia Soares, que me ajudou neste processo, com a sua grande generosidade e dedicação. Sem ti, não seria possível.

À minha amiga Ana Ribeiro, que está sempre presente e que me orienta no caminho da sabedoria.

A todos os colegas, cuidadores e familiares que têm a SCML como uma organização ímpar, que faz a diferença no apoio a idosos na Cidade de Lisboa. É um privilégio pertencer a este grupo.

Finalmente, a todos aqueles que contribuíram com um sorriso para me animar e motivar.

RESUMO

A presente dissertação sistematiza informação e conhecimento sobre as respostas sociais da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, nomeadamente a valência de Centro de Dia, e se as mesmas se encontram adequadas ao problema da saúde mental entre a população mais envelhecida.

A escolha deste tema torna-se pertinente e atual, tendo em conta o crescente envelhecimento demográfico, quer no contexto nacional como internacional. Associado ao Envelhecimento da população estão as questões de saúde e saúde mental. Esta conjugação de fatores levou-nos a refletir e a identificar que tipos de cuidados são prestados, que constrangimentos são sentidos, que dificuldades têm as equipas e os cuidadores e quais as sugestões de melhoria. Este conhecimento, alicerçado num quadro teórico de referência, pretende levantar algumas pistas de reflexão para repensar a intervenção e requalificar esta resposta junto dos beneficiários.

A metodologia utilizada nesta pesquisa teve uma abordagem mista, suportada pelo uso de métodos quantitativos e complementada pelo uso de métodos qualitativos, através da aplicação de inquéritos por questionário e entrevistas semiestruturadas.

A presente investigação conclui que os prestadores de cuidados aos utentes da SCML com doença mental, apresentam maior dificuldade na prestação dos mesmos, devido à falta de formação contínua e específica bem como à insuficiente integração de outras áreas profissionais nas equipas de CD.

Palavras- Chave: Envelhecimento; Saúde Mental; Centro de Dia; Serviço Social.

ABSTRACT

This dissertation systematizes information and knowledge about the social responses of the Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, in particular the valence Day Care Center, and if the same are adequate to the problem of mental health among the ageing population.

The choice of this theme becomes relevant and actual, considering the growing of the aging population, either in the national as international context. Associated to an ageing population are health and mental health issues. This combination of factors led us to reflect and to identify what kind of care is provided, which constraints are felt, what difficulties have teams and caregivers and what improvement suggestions are made. This knowledge, based on a theoretical framework, aims to raise some issues for consideration to rethink the intervention and requalify this response to beneficiaries.

The methodology used in this study had a mixed, supported approach through the use of quantitative methods and complemented by the use of qualitative methods by the application of questionnaire surveys and semi-structured interviews.

This research concludes that care providers to SCML users with a mental illness have more difficulty in providing those cares due to lack of continuous and specific training and due to the insufficient integration of other professional areas in the Day Care Center teams.

Words-Key: Ageing; Mental health; Day Care Centre; Social Work.

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	i
RESUMO	iii
ABSTRACT	v
ÍNDICE DE FIGURAS	ix
ÍNDICE DE QUADROS	ix
GLOSSÁRIO DE SIGLAS	xi
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO	5
1. Envelhecimento e Saúde Mental	5
1.1 A dimensão conceptual: Envelhecimento	5
1.1.1. Problemas associados ao Envelhecimento	10
1.2. A dimensão conceptual: Saúde e Saúde Mental	11
1.2.1. Saúde Mental - atualidade	17
1.2.2. Estigma e Estereótipos sobre a doença mental.....	19
1.3. Enquadramento jurídico e institucional das pessoas idosas com problemas de saúde mental	20
1.4. O papel do Serviço Social	25
2. Perspetivas teóricas do Serviço Social	27
2.1. Teorias e Modelos do Serviço Social enquadradoras do Envelhecimento associado à Saúde Mental.....	27
2.2. Respostas sociais ao problema: da diversidade à especificidade	33
2.3. Enquadramento das respostas sociais a idosos	35
2.3.1. Centro de Dia: Uma resposta dirigida a pessoas com problemas de saúde mental	39
CAPÍTULO II: METODOLOGIA DE PESQUISA	43
1. Campo Empírico	43

2. Universo e Amostra	45
3. Métodos de Investigação	47
4. Instrumentos de recolha e tratamento de dados.....	47
CAPÍTULO III: APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS	51
1. Caracterização dos Inquiridos	51
2. Caracterização da Resposta Social	51
3. Perceção dos entrevistados face à Resposta Social	59
CONCLUSÃO.....	71
BIBLIOGRAFIA	75
ANEXOS	79

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 3.1 - Serviços prestados pelos Centros de Dia.....	52
Figura 3.2 - Avaliação dos Cuidadores informais/familiares quanto aos serviço	53
Figura 3.3 - Existência de Barreiras Arquitetónicas no acesso aos equipamento	53
Figura 3.4 - Existência de Barreiras Arquitetónicas no interior das instalações	53
Figura 3.5 - Grau de dependência dos utentes.....	54
Figura 3.6 - Tipo de Habitação dos utentes	55
Figura 3.7 - Rendimentos dos Utente	55
Figura 3.8 - Patologias em saúde mental dos utente	56
Figura 3.9 - Adequação da formação dos colaboradores na prestação de cuidados	57

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 2.1 - Número de utentes por Centro de Dia da Cidade de Lisboa.....	46
Quadro 3.1 - Dificuldades sentidas na prestação de cuidados	56
Quadro 3.2 - Adequação da formação dos técnicos na prestação de cuidados	58

GLOSSÁRIO DE SIGLAS

APSS- Associação dos Profissionais de Serviço Social

CNRSSM - Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços Saúde Mental

DGS - Direção Geral de Saúde

DSM - Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

DSPSM - Direção de Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental

FIAS - Federação Internacional dos Assistentes Sociais

INE - Instituto Nacional de Estatística

IPSS - Instituições Particulares de Solidariedade Social

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNSM - Plano Nacional de Saúde Mental

SAD - Serviço de Apoio Domiciliário

SCML - Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

INTRODUÇÃO

O presente trabalho teve como tema O Envelhecimento e a adequação das respostas sociais – Centro de Dia da SCML – no âmbito da saúde mental: Realidades e desafios para o Serviço Social.

A pertinência deste estudo, tem como foco a necessidade de perceber melhor esta realidade e a sua complexidade a fim de encontrar pistas de intervenção, para requalificar e redefinir os procedimentos, o acompanhamento e apoio que prestamos na resposta de Centro de Dia aos utentes portadores de patologia no âmbito da saúde mental.

Alicerçar a prática num quadro teórico sustentado e fundamentado, tendo como recurso os vários contributos produzidos nesta área, é um desafio a que nos propomos com esta investigação.

O envelhecimento demográfico e as alterações na organização da saúde e da saúde mental, na estrutura e comportamentos sociais e familiares da sociedade portuguesa, vêm identificando novas necessidades da população mais velha, para as quais urge organizar respostas mais adequadas. (Fazenda, 2008).

Os assistentes sociais são chamados a intervir junto desta problemática, com o objetivo de promover a mudança social e a resolução dos problemas inerentes às relações humanas. Neste âmbito, é fundamental o reforço da emancipação das pessoas para promoção do bem-estar. (FIAS, 2014).

Com base nestes pressupostos, a prática do Serviço Social deverá desenvolver e capacitar os sujeitos da sua intervenção para a alteração do seu estado de necessidade e potencial fragilidade, perspetivando mudanças sociais sustentáveis e de promoção da sua autonomia. Neste sentido, a resposta dada pelas organizações e pelos profissionais não poderá contemplar apenas a dimensão objetiva das necessidades básicas, mas deverá articular com todos os outros contextos: sociopolítico, económico, geográfico e cultural.

No âmbito da atuação dos assistentes sociais estes são chamados a intervir, segundo (Fazenda, in Carvalho 2012: 219) para,

“corrigir as iniquidades em saúde, sejam elas a título individual (educação para a saúde; promoção de hábitos de alimentação saudável e de exercício físico, diminuição do consumo de álcool e tabaco, gestão de situações de stress) social (desenvolvimento dos laços sociais, de grupo e comunitários, e das relações de solidariedade e redes locais) económico e cultural (melhoria das condições materiais de vida, de trabalho, educação, habitação e salubridade) e

político e estrutural (mercado de trabalho, proteção ambiental, ordenamento do território, desenvolvimento sustentável) ”.

Como campo empírico teve o conjunto de estabelecimentos sociais da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, com valência de Centro de Dia. A escolha desta organização prende-se com o fato, desta entidade ter à sua responsabilidade a ação social na Cidade de Lisboa e de ter ao longo dos seus 518 uma intervenção sustentada, inovadora e reconhecida por todos aqueles que beneficiam direta ou indiretamente dos seus serviços. Outro fator de relevo é que esta organização tem ao longo dos últimos anos investido e chamado a si processos de reestruturação e readaptação das suas respostas sociais na área do envelhecimento.

Neste quadro, surgiu a seguinte questão de partida: Em que medida as respostas sociais – Centro de Dia da SCML – se encontram adequadas ao problema da saúde mental entre a população mais envelhecida?

Os objetivos gerais que definimos para esta investigação foram: Analisar e sistematizar o processo de cuidados, na integração e no acompanhamento de sujeitos portadores de doenças no âmbito da saúde mental na resposta de Centro de Dia da SCML. Os objetivos específicos foram: Caracterizar a população que frequenta a resposta social de Centro de Dia, as suas necessidades e expectativas face aos serviços prestados; Identificar o processo e suas dificuldades de prestação de cuidados por parte da equipa de colaboradores do Centro de Dia a pessoas portadoras de doenças no âmbito da saúde mental; Tipificar os perfis das equipas (formação e competências) que têm intervenção direta no apoio prestado aos sujeitos beneficiários da resposta Centro de Dia; Analisar a adequabilidade do perfil das técnicas às necessidades dos sujeitos que recorrem à resposta de Centro de Dia que são portadores de doença mental; Sistematizar alternativas de intervenção em Serviço Social para responder aos sujeitos portadores de doenças no âmbito da saúde mental.

O presente trabalho está estruturado em três capítulos. O capítulo I é dedicado ao enquadramento teórico que fundamenta o tema da presente dissertação. No primeiro ponto serão abordadas as dimensões conceituais relativas ao Envelhecimento e a Saúde Mental, procurando enquadrar juridicamente estes conceitos na atualidade. No final deste ponto, abordamos o papel do serviço social nos vários contextos trabalhados nos pontos anteriores. Num segundo momento será analisado a intervenção do serviço social através dos modelos e teorias que sustentam a intervenção no Envelhecimento e na saúde mental e por fim, fazemos um enquadramento da resposta de Centro de Dia, sua história e presente atualidade. O Capítulo II será dedicado à metodologia de pesquisa, que contempla o campo empírico e a população e amostra, método de investigação e principais técnicas e instrumentos de recolha

e tratamento de dados. O Capítulo III dará conta dos resultados da investigação, como resposta às questões e objetivos da mesma. Por fim, terminamos com as conclusões e bibliografia.

CAPÍTULO I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Envelhecimento e Saúde Mental

1.1 A dimensão conceptual: Envelhecimento

O envelhecimento demográfico da população assume-se na atualidade como sendo um problema social de grande dimensão, constituindo-se este, para as forças políticas e para a sociedade, um desafio para o qual temos ainda poucas respostas. Aliado a esta questão, colocam-se os problemas de saúde que se manifestam de forma particular e diversa no âmbito da saúde mental e que marcam profundamente esta etapa do ciclo de vida.

Segundo a OMS (2011), o envelhecimento populacional assenta no aumento da esperança média de vida e na diminuição das taxas de fertilidade. Este fator é corroborado por Botelho (2007) afirmando que este se encontra intrinsecamente associado ao decréscimo acentuado das taxas de natalidade e fecundidade e também das taxas de mortalidade.

Esta realidade não está confinada apenas ao território nacional, mas sim a todo o continente Europeu, onde o processo de envelhecimento é mais acentuado. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003) e o INE (2013), estima-se que dentro de 50 anos seremos mais de 50% de pessoas com idade superior a 65 anos.

Em Portugal, o número de idosos também tem vindo a aumentar, quer em termos absolutos quer em termos relativos (Ferreira, Rodrigues e Nogueira, 2006 in Rodrigues e outros, 2014), refletindo a diminuição da natalidade, o aumento da longevidade e, mais recentemente, o crescimento dos fluxos emigratórios da população ativa (INE, 2013). O índice de envelhecimento é, atualmente, de 131 pessoas idosas (≥ 65 anos) por cada 100 jovens (0-14 anos), sendo a esperança média de vida de 79,8 anos (INE, 2013). Este fenómeno é mais acentuado nas mulheres, refletindo a sua maior longevidade (INE, 2013). O número e a proporção da população mais velha (acima 85 anos) têm vindo a aumentar, constituindo cerca de 12% da população nos países desenvolvidos e sendo, em alguns países, a faixa etária com crescimento mais rápido (OMS, 2011).

Estas mutações demográficas em Portugal são demasiado evidentes (INE, 2013) e têm-se traduzido numa panóplia de alterações, que produzem efeitos em termos económicos, sociais e culturais. Esta “nova” realidade apresenta-se como um verdadeiro desafio para as gerações futuras, que se deparam com um novo paradigma até aqui desconhecido. Segundo Botelho (2007), este fenómeno é característico das sociedades modernas e da sua consequente

evolução, uma vez que face ao desenvolvimento da medicina e ao aparecimento de novas estruturas de apoio é possível assegurar melhores condições de saúde às populações, levando ao aumento da esperança média de vida e, conseqüentemente, a alterações profundas nas estruturas etárias da população.

Estas alterações que começaram a ser observadas na década dos anos setenta, aquando as taxas de natalidade e de fecundidade começam a dar os primeiros sinais de decréscimo. As mudanças sociais que se têm verificado desde a segunda metade do século XX, tais como o papel mais ativo da mulher no mercado de trabalho, casamentos cada vez mais tardios, aumento do fluxo emigratório (INE, 2013), estão na base deste decréscimo, o que leva muitos dos países desenvolvidos, Portugal inclusive, a não renovar as suas gerações.

De acordo com o INE (2013), o processo de envelhecimento é resultado da transição de um modelo demográfico de fecundidade e mortalidade elevados, para outro onde estes fatores atingem níveis muito baixos, tendo como consequência o estreitamento da pirâmide etária, sendo a base reduzida no número de nascimentos e o topo elevado com população mais velha.

Face ao exposto e aos dados apurados (INE, 2013), assiste-se a um crescimento da população idosa quatro vezes maior que da população jovem e que se traduz num quadro de envelhecimento demográfico global que se poderá constituir, por um lado, como um problema social, por outro, como uma oportunidade para desencadear uma nova consciência sobre o papel do idoso, o seu estatuto e a sua condição na sociedade atual.

Refletir sobre a temática do envelhecimento requer um entendimento global deste processo enquanto construção social, dotado de um caráter multidimensional e heterogéneo, aliado intrinsecamente aos aspetos biológicos, psicológicos, sociais e culturais. Este reconhecimento parte do pressuposto que os indivíduos envelhecem de forma diferenciada e particular mediante os contextos sócio-histórico e político-económico. (Soares e outros, 2014).

Com efeito, o processo de envelhecimento integra vários eixos de análise conceptual, que são indissociáveis para uma leitura objetiva deste fenómeno. Segundo Barros de Oliveira (2010: 26 in Pinheiro, 2013), o processo de envelhecimento define-se como “o avançar da idade, atinge toda a pessoa, bio-psico-socialmente considerada, isto é, todas as modificações morfo-fisiológicas e psicológicas, com repercussões sociais, como consequência do desgaste do tempo.” Esta interpretação remete-nos para o processo individual e singular do envelhecimento, que é experienciado por cada indivíduo. Sendo esta ideia reforçada por Neto

(1999:298 in Pinheiro, 2013), que afirma, que “as pessoas idosas são mais heterogêneas que qualquer outro grupo etário”, pois pressupõe a integração de um conjunto de experiências ao longo da vida, que se revestem de uma particularidade singular e de uma pluralidade de sentimentos, vivências e dinâmicas sociais.

A construção do conceito de idoso exige por parte da comunidade científica, o recurso a diferentes critérios de análise. Os critérios: cronológico, biológico, psicológico e social tem importância individual e quando conjugados em simultâneo permitem-nos uma leitura global deste processo, demonstrando que o envelhecimento é antes de mais um processo dinâmico e interativo (Pinheiro, 2013).

Outros contributos neste âmbito remetem para os padrões de envelhecimento, que pressupõem diferentes experiências da velhice. Segundo Birren e Cuningham (1985), existem três padrões de envelhecimento: primário, secundário e terciário. O primeiro remete-nos para as alterações intrínsecas ao processo de envelhecimento, estas assumem um carácter irreversível, progressivo e comum a todos os indivíduos. O envelhecimento secundário está relacionado com as transformações resultantes do processo de doença. Estas manifestações são resultantes de um processo cumulativo o que faz com que os organismos apresentem uma vulnerabilidade crescente no decorrer dos anos. O último padrão está intimamente relacionado com o declínio na última fase da vida e caracteriza-se por um aumento das perdas e um aumento significativo das dependências que a vários níveis vão sendo observadas (França, 2010).

Face ao exposto, podemos afirmar que a problemática do Envelhecimento nos coloca maiores preocupações quando associada às questões das dependências (económica, social, física, psicológica) que agudizam os problemas nesta fase da vida.

Capucha (2014), refere que uma das maiores evoluções da Humanidade é o aumento da esperança média de vida das populações, sendo a Europa "vítima" do seu próprio êxito no que se refere ao desenvolvimento populacional. Este fato não se deve a nenhuma alteração genética, mas sim, à conjugação de diversas alterações: económica, social e política. Estas fizeram emergir um conjunto de políticas sociais e económicas que foram promotoras de uma melhor condição de vida para as populações. Na verdade, a melhoria gradual que se foi observando e que foi sendo colocada à disposição das populações, contribuíram para melhorar as condições de vida. Os sistemas de saneamento básico, de acesso a água potável, as condições de higiene e segurança no trabalho, a evolução da ciência e da medicina postos à disposição de todos pelo sistema público de saúde, do crescimento dos rendimentos do

trabalho, e a alteração dos sistemas de pensões, a criação de equipamentos sociais e medidas de combate à pobreza, permitiram às pessoas aceder a padrões de consumo que as levaram à satisfação das suas necessidades básicas, alimentação, habitação, conforto e a cuidados de saúde, que se constituíram como pilares de uma maior qualidade de vida. A conjugação destes fatores contribuíram para uma maior esperança de vida dos indivíduos (Capucha, 2014).

Segundo Giacomini (2012 in Soares e outros, 2014), o fenómeno do envelhecimento demográfico acarreta quer para o indivíduo quer para a sociedade um conjunto de desafios, que terão que ser repensados com base em três fatores:

a) O envelhecimento, realidade para um grande contingente populacional é uma boa novidade para todos;

b) O processo de envelhecimento é entendido como um constrangimento para as políticas públicas e não uma potencialidade;

c) A dimensão do fenómeno do envelhecimento exige políticas públicas para todas as pessoas, independentemente do género e condição social. Estas políticas devem ser vinculativas ao longo do ciclo da vida, desde o nascimento à velhice, além de serem promotoras de inclusão, multissetoriais e de carácter interdisciplinar.

O envelhecimento populacional reveste-se de muitos fatores que colocam em causa a sustentabilidade das políticas económicas e sociais. Este prenúncio tem maior expressão nos países onde existe uma maioria de pessoas que já não trabalham e não contribuem para os sistemas de proteção social, ao mesmo tempo que crescem os gastos com os sistemas de pensões e com os cuidados de saúde.

Garantir um processo de envelhecimento das gerações já é uma constatação no contexto nacional e europeu, mas este tem custos elevados e as suas consequências começam a emergir sem controlo. Alguns autores, como Mendes e colaboradores (2005), apontam para a incapacidade de gestão deste fenómeno pelas sociedades, pois estas não se encontram preparadas para o novo perfil da população que envelhece, e embora as pessoas estejam a viver mais anos, a sua qualidade de vida não acompanha essa mudança. Um envelhecimento sem qualidade e pautado pela carência e insuficiência de políticas económicas e sociais que o sustentem compromete um envelhecimento saudável.

Faleiros (2012 em Soares e outros, 2014), refere a viabilidade de um Estado social como um problema a ter em conta na garantia dos direitos sociais, inserido numa economia

de cariz capitalista, que preconiza o mercado, a competição e o lucro. Esta conjuntura torna-se mais relevante quando faz referência à pessoa idosa:

“que é considerada no contexto da competitividade e na ótica dos estereótipos como improdutiva e sem função económica. Assim, ela não faria parte do mercado, pois seu lugar social tem sido construído como o de pessoa inativa (como são classificados os aposentados), fora da população economicamente ativa” (Faleiros, 2012:47 in Soares e outros, 2014).

Para Giaqueto e Soares (2010 in Soares e outros, 2014) a idade configura-se, neste contexto, como mais um fator promotor da desigualdade social. Esta constitui-se como uma marca estrutural de qualquer história, no sentido de que a historicidade não é algo conjuntural, mas emergente da realidade social. A História é dinâmica porque é desigual.

Na atualidade, o fenómeno do envelhecimento tende a ser tratado, como um "problema" para a sustentabilidade do estado social e intrinsecamente das políticas sociais (Ebbinghaus, 2011, Bonoli e Natali, 2012, Castles, 2004, Taylor-Gooby, 2004 in Capucha, 2014). Porém, são as próprias sociedades que têm vindo a criar o envelhecimento e os “riscos inerentes desta etapa da vida”.¹

Face a esta situação, é necessário questionar os direitos adquiridos no passado, as políticas do estado neoliberal e as causas da redução dos direitos sociais. Concomitante, existe a necessidade da sociedade civil e das organizações se mobilizarem para assegurar os direitos conquistados e colocá-los em prática, suscitando, por parte dos vários intervenientes públicos e privados, a necessidade de assumirem compromissos no âmbito das políticas públicas da segurança social e políticas sociais, em geral. Assim, afirma-se que a proteção social implica a garantia de direitos sociais e a promoção de políticas inclusivas, onde os vários atores sociais se juntam em prol dos mais velhos.

Para a efetivação das políticas e dos direitos sociais não basta estes estarem reconhecidos em leis, precisam de ser apropriados e construídos pelos cidadãos de forma democrática e participante. A Constituição Portuguesa garante direitos civis, políticos e sociais, procurando-os efetivar por meio de pactos e acordos, com a participação dos sujeitos e com a mobilização de recursos, a fim de tornar a sociedade menos injusta. Neste âmbito e através da efetivação das políticas sociais inclusivas procura-se dirimir as desigualdades sociais e iniquidades existentes.

1 Risco esse que a generalidade das pessoas deseja afincadamente correr e que se torna, de facto, a situação normal e legitimamente expectável para a maioria das pessoas (Capucha, 2005 em Capucha, 2014).

Assim, é exigido aos mais velhos, uma participação social e política qualificada, a fim de que a pessoa idosa seja a protagonista no processo de tomada de consciência da sociedade em prol da garantia e da efetivação dos seus direitos para evidenciar que a velhice é uma condição única e um direito fundamental da pessoa humana. (Soares e outros, 2014). Contudo, nesta discussão importa ter em consideração os problemas que a esta parte da vida estão associados.

1.1.1. Problemas associados ao Envelhecimento

O processo de Envelhecimento tem associado um conjunto de problemas não só no âmbito da saúde, pautado este, pela perda de autonomia e de funcionalidade, com o aparecimento de patologias crônicas que criam um maior grau de dependência, mas também tem associado um problema de índole social, que se caracteriza pela insuficiência de recursos e de respostas sociais. A estes junta-se a incapacidade da sociedade civil e das organizações de responderem efetivamente à emergente complexidade das dinâmicas familiares e institucionais. Segundo Neri e Freire (2000), o envelhecimento está ainda ligado à deterioração do corpo, ao declínio e à incapacidade. “Na base da rejeição ou da exaltação acrítica da velhice, existe uma forte associação entre esse evento do ciclo vital com a morte, a doença, o afastamento e a dependência” (Neri & Freire, 2000: 8). O avanço da idade caracteriza-se, assim, como um processo gradual de perdas e de dependências várias, associado a uma identidade de falta de condições à população idosa, sendo responsável por um conjunto de imagens depreciativas associadas à velhice (Debert, 1999).

Para além destes fatores, o fenómeno do Envelhecimento tende a ser visto de uma forma individual, mas carece inevitavelmente de ser refletido numa perspetiva global, que integre as consequências e os impactos sociais que afetam cada um de nós e que globalmente afetam a sustentabilidade de um sistema de proteção social. Nesta perspetiva, sabemos que não existem, atualmente, respostas sociais em número nem em qualidade suficiente para garantir um apoio efetivo aos que envelhecem e às suas famílias. Para que isso possa acontecer num futuro próximo, é necessário garantir respostas sociais adequadas que assegurem não só a satisfação das necessidades básicas como os cuidados de higiene e conforto, alimentação e vestuário, mas também a manutenção de um suporte social eficaz para combater problemas como a solidão, o abandono, a depressão, a tristeza entre outros. Neste pressuposto, é necessário criar no âmbito da saúde infraestruturas que promovam e garantam a dignidade e os cuidados de saúde prolongados e especializados. (Pinheiro, 2013).

Neste sentido, afigura-se como uma prioridade a reconfiguração do lugar do idoso na sociedade e o papel desempenhado pelas famílias, tendo em conta a complexidade desta teia de relações sociais.

O processo de Envelhecimento engloba outras dimensões de análise, que não se prendem só com as questões de sustentabilidade dos sistemas de proteção social e /ou a garantia de respostas sociais adequadas a esta população, existindo outras questões prementes que emergem desde processo e que devem ser contempladas. O envelhecimento deve ser entendido tendo por base uma dimensão sistémica, que visa a integração de vários fatores que interagem direta e indiretamente neste processo. Nesta perspetiva, fenómenos como a globalização, o desemprego, as qualificações, as mudanças na organização familiar, o ambiente e a pobreza surgem como intrinsecamente ligados ao envelhecimento, e este apresenta-se como um dos desafios mais relevantes na reforma do estado, até porque, como referem diversos autores (Bonolie Natali, 2012; Esping-Andersen e outros, 2002; Taylor-Gooby, 2004 in Capucha 2014), os sistemas de pensões e de saúde foram pensados para uma sociedade e uma economia diferentes das que temos, assim, estes, na atualidade, não seriam sustentáveis do ponto de vista financeiro (João Carvalho, 2012 in Capucha, 2014). Talvez por isso, os governos de todos os países desenvolvidos têm introduzido alterações importantes nas políticas de segurança social e de saúde a fim de procuraram alternativas de financiamento e ganhos de eficiência que preservem o desempenho das políticas sem comprometer a sua sustentabilidade (Ferrera, Hemerijck e Rhodes, 2000 in Capucha, 2014).

1.2. A dimensão conceptual: Saúde e Saúde Mental

Segundo o Relatório Mundial da Saúde da OMS (2001), a definição de Saúde abrange não só a saúde física mas também a mental, “não é simplesmente a ausência de doença ou enfermidade, mas um estado de completo bem-estar físico, mental e social” (OMS, 2001: 30). Esta articulação entre os conceitos de saúde e doença mental são atualmente vistos como processos dinâmicos, em constante evolução e resultam da junção de vários fatores: biológicos, psicológicos e socioculturais. Segundo Fazenda (2008:12), a “perturbação mental caracteriza-se por alterações no modo de pensar e das emoções, ou por desadequação ou deterioração do funcionamento psicológico e social. Resulta pois de fatores biológicos, psicológicos e sociais”.

Para Gonçalves (2004 em Pereira 2013), as alterações do comportamento humano, ou o dito comportamento diferente, dos padrões estabelecidos e interiorizados pelas sociedades, sempre suscitou o interesse da humanidade e conduziu os mais “curiosos” a tentar entender e compreender este fenómeno da doença mental, produzindo ao longo da história várias leituras que conduziram a noções como “problemático, anormal ou perturbado” e assentes em explicações de carácter pré-científicos, metafísicos e mágico-religiosos. Alves e outros (2009 em Pereira 2013), afirmam que a esta construção mental estão associadas as crenças de tempos passados, onde se entendia que as alterações de comportamento dos indivíduos (distúrbios) eram resultado de uma influência de entidades superiores através de manifestações dos deuses ou possessões demoníacas que conduziam inevitavelmente a manifestações de carácter socialmente pouco aceite.

Os mesmos autores referem também que a assistência aos indivíduos portadores de doença mental foi, durante muito tempo, assegurada por congregações religiosas através da criação de “alas psiquiátricas”, que providenciavam não só o internamento, mas também o acolhimento e a estadia destes, embora sem nenhum plano terapêutico associado que promovesse a integração daqueles em sociedade. Na Idade Média, persistiam as crenças que os doentes mentais estavam sob a influência de forças demoníacas e estes eram punidos em praça pública e excluídos socialmente sem direito a defesa.

Com o Renascimento, nos séculos XV e XVI, surgem os primeiros asilos “psiquiátricos” e o conceito de loucura. Estes asilos, ao contrário do que se esperaria, vieram não só a “acolher” os loucos, mas também os indivíduos que não estavam integrados em sociedade e que por isso não tinham qualquer lugar na mesma, como os pobres, vagabundos, presidiários, etc. O objetivo destas instituições pressupunha garantir o isolamento físico e social dos indivíduos “socialmente inválidos” e manter a ordem pública, evitando o contato dos residentes com a sociedade (Gonçalves, 2011).

No séc. XVII, o acolhimento das pessoas com perturbações mentais é alargado às instituições não religiosas como prisões e hospitais e que passaram a integrar e acompanhar pessoas sem suporte familiar e considerados inúteis para a sociedade, como os idosos, deficientes motores, pobres, doentes mentais (Alves e outros, 2009 in Pereira 2013).

No mesmo século dá-se a emergência do humanismo que reconhece a importância do conhecimento científico, entrando em rutura com as abordagens filosóficas e religiosas, e conduz assim ao aparecimento de novas ciências, nomeadamente a Psiquiatria. Esta ciência

assume um papel determinante na compreensão das doenças mentais, estendendo-se esta ao longo dos séculos XVIII e XIX. Segundo Foucault (1975 in Gonçalves, 2011:148),

“antes de ser uma especialidade da medicina, a psiquiatria institucionalizou-se como domínio particular da proteção social, contra todos os perigos que o facto da doença, ou de tudo o que se pode associar direta ou indiretamente à doença pode acarretar à sociedade. Foi como precaução social, foi como higiene do corpo social inteiro que a psiquiatria se institucionalizou”.

Foucault (1961 in Pereira, 2013) refere que Pinel (1745-1826) foi pioneiro no tratamento mais humanizado dos indivíduos que se encontravam integrados nos asilos psiquiátricos. Philippe Pinel, médico francês do séc. XVIII, considerado hoje por muitos como o Pai da Psiquiatria, evidenciou-se por ter sido um dos primeiros a defender que o ser humano com perturbações mentais é um doente e não um criminoso, pelo que devia ser tratado sem violência. Esta nova abordagem terapêutica, não traz contudo grandes benefícios para as pessoas institucionalizadas, pois continua a ser prática recorrente o uso de intervenções cirúrgicas, banhos gelados, coletes-de-forças ou os chamados tratamentos de choque (Foucault, 1961 em Pereira, 2013).

No Século XIX, assistimos a uma mudança significativa do paradigma da doença mental, tendo impacto este no tratamento das pessoas que se encontravam nos asilos, que se passam a chamar de hospitais mentais, como também na definição do conceito de loucura que passou a ser entendida como “uma doença, um problema de saúde, e não uma questão de manutenção da ordem pública” (Fazenda, 2008:20). Segundo esta autora, a intervenção caracterizava-se pelo afastamento dos doentes de suas famílias e comunidade, que eram encerrados em grandes instituições fechadas e isoladas dos centros urbanos. Esta abordagem era assente no paradigma das Ciências Biomédicas, centrado numa visão organicista e individualista da doença e do sofrimento, explicadas por relações de causa-efeito, ou seja, as causas da saúde / doença eram resultantes de fenómenos meramente fisiológicos.

Entende-se, face a este pressuposto, que a doença mental pode resultar de uma afetação orgânica ou de uma alteração genética que ocorre entre o nascimento e os primeiros anos de vida. Com o objetivo de melhor perceber esta patologia e as suas formas de tratamento, surge no século passado (1952), um contributo fundamental elaborado pela Associação Americana de Psiquiatria, com a criação de um Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), que se mantém até a atualidade, com versões atualizadas. Este orienta e define as doenças mentais por categorias e está organizado através de uma matriz de classificações, regendo-se por objetivos pragmáticos e de utilidade para todos os

profissionais que desenvolvem a sua ação nesta área. As classificações identificadas no manual partem de dois princípios: o objetivo e o subjetivo; no primeiro lê-se a doença mental, tendo por base um método estatístico, que enquadra as situações em média, que estão fora da norma, enquanto o princípio subjetivo avalia a doença mental através da dor e do sofrimento dos indivíduos. Este instrumento veio permitir um melhor diagnóstico da doença mental e veio constituir-se como um pilar na intervenção dos diversos profissionais que atuam nesta área de intervenção com melhorias significativas para o diagnóstico e tratamento (Fonseca, 2008; in Gonçalves, 2011)

Nas décadas de 50 e 60 do séc. XX, surgem em vários países (Inglaterra, Estados Unidos, Itália), movimentos que, apesar de diferentes, assumem o mesmo propósito de questionamento das práticas de prevenção e tratamento da doença mental. Apesar das diferentes perspetivas, todas elas pretendiam na sua essência romper com o tratamento ministrado até então aos doentes nos hospitais psiquiátricos, procurando a humanização dos cuidados e a abertura para a sociedade (Pereira, 2013).

Segundo Alves e outros (2009 in Pereira, 2013), o movimento de desinstitucionalização da psiquiatria e de desconstrução do espaço do manicómio veio contribuir para a substituição de uma intervenção segregadora por uma outra que tinha como objetivo a reinserção social do sujeito. Ou seja, o sujeito torna-se alvo principal de atenção e o foco é centrado na sua complexidade através de um trabalho interdisciplinar e psicossocial.

Nos anos 90, assistimos a um conjunto de mudanças estruturais nas políticas de saúde mental, que assentam na reestruturação da assistência e tratamento psiquiátrico aos doentes e que vem romper com o paradigma vigente até então (Pereira, 2013).

É reconhecido pelos vários intervenientes nesta matéria, que nos encontramos num momento certo para operacionalizar a (re)organização dos cuidados de saúde mental e do apoio social, tendo como premissas a mobilização de respostas comunitárias de cuidados e de apoio, através da promoção de processos como os de *empowerment*. Ideia reforçada pela própria OMS (2002: 22) que defende a “transferência positiva, recomendada para todos os países (...), dos hospitais ou instituições de tipo clausura para a prestação de cuidados na comunidade, com apoio na disponibilidade de camas para casos agudos nos hospitais gerais.”. Neste sentido a Comissão Nacional para a estruturação dos serviços de saúde (2007-2016) no seu plano de ação (CNRSSM, 2007), propõe um conjunto de medidas no sentido de substituir o modelo antigo do tratamento de doentes mentais, que defendia a institucionalização e o internamento hospitalar como a única opção, por um modelo assente

em serviços de base comunitária que visam a diminuição dos internamentos de longa duração nos hospitais psiquiátricos e o desenvolvimento de serviços comunitários para o atendimento aos pacientes e suas famílias.

Neste processo, as famílias, como cuidadoras, ganham um papel determinante no tratamento destes doentes, pois garantem cuidados de proximidade, de afetividade, solidariedade, proteção e segurança. Segundo Cordo (2003), a desinstitucionalização dos doentes mentais vem acarretar um conjunto de desafios para o próprio e para a família cuidadora, pois revela-se de extrema importância a aposta no desenvolvimento de competências psicossociais como a formação e o emprego, a ocupação lúdica ou de lazer, etc. O desenvolvimento de novas competências e a integração de novos saberes tem como objetivo a mudança de cultura e de atitude face à doença mental e as suas consequências. Todavia, segundo Bandeira & Barroso, (2005), este processo é complexo e de difícil gestão, pois são conhecidos os vários constrangimentos que dificultam a sua operacionalização. Existe portanto uma necessidade inequívoca de alinhar os recursos financeiros, materiais e humanos para garantirem os serviços comunitários a estes doentes, “toda a evidência científica mostra que as intervenções na comunidade, mais próximas das pessoas são as mais efetivas e as que colhem a preferência dos utentes e das famílias...”. (CNRSSM, 2007: 57).

Na perspetiva destes autores, existem cinco obstáculos que dificultam a operacionalização do quadro normativo vigente no âmbito da saúde mental, e que tem difundido, através das suas linhas orientadoras, a promoção de um acompanhamento de maior proximidade ao doente com o foco numa melhor qualidade de vida.

O *primeiro obstáculo* relaciona-se com o fato dos recursos afetos a esta área da saúde, serem escassos para responder às necessidades. O orçamento do estado é sempre diminuto, apesar das orientações que lhe estão subjacentes, para cobrir a resposta necessária, existe *deficit* na afetação de recursos financeiros, materiais e humanos para garantirem os serviços comunitários. Verificamos, que apesar dos esforços feitos, não foram desenvolvidas as respostas comunitárias suficientes (lares protegidos, serviços psiquiátricos comunitários), nem os mecanismos de apoio necessários às suas famílias. Os internamentos prolongados e/ou frequentes facilitam o desenvolvimento, paralelamente à patologia, de hábitos institucionais, medos e inseguranças face ao exterior e às competências próprias, que contribuem para o agudizar da dependência e a que “muitos utentes têm alta hospitalar mais fragilizados e dependentes do que quando foram internados” (Lopes, 2007: 39).

O *segundo obstáculo* está relacionado com a cultura das organizações e dos seus profissionais, a sua deficiente formação e a sua componente mais conservadora na prestação de cuidados e que comprometem a intervenção a médio e longo prazo junto destes doentes.

Apesar dos esforços, muitos serviços e profissionais de saúde mental têm ainda um longo caminho a percorrer, existindo a necessidade de romper com o paradigma tradicional de um acompanhamento passivo dos pacientes, precário e de curta duração, pouco estruturante e organizador, na medida em que não facultam informações suficientes sobre a doença nem do tratamento, nem orientações sobre as estratégias mais adequadas para a prestação de cuidados diários e para a gestão de crises associada a esta patologia, contribuindo assim para a sobrecarga das famílias, que por si só já têm de lidar com diversos constrangimentos associados a esta doença. Para além dos problemas citados, foram identificados ainda outros fatores que

“contribuem para o fenómeno da porta giratória (...), tais como a falta de coordenação entre os setores dos serviços comunitários, a taxa muito alta de pacientes, para cada profissional, a falta de integração entre os serviços comunitário e hospitalar, (...), as diferenças ideológicas entre os membros das equipas multidisciplinares, o desconhecimento da extensão e da gravidade dos *deficit* dos doentes mentais por parte dos profissionais de saúde mental...” (Bandeira & Barroso, 2005:35).

Ainda segundo estes autores (Bandeira & Barroso, 2005), o *terceiro obstáculo* está relacionado com a dimensão e complexidade da doença mental e os seus efeitos junto dos doentes e cuidadores diretos: o estigma social, os comportamentos desadaptados dos doentes, a sua não-aceitação da doença e a não adesão ao tratamento, a sua disfunção e a manifestação dos seus sintomas (delírios, alucinações, incapacidade para se cuidar, alteração de humor, tentativas de suicídio e comportamentos depressivos), a perda de autonomia, a influência emocional e relacional negativa da doença nos vários elementos familiares (a ansiedade, os conflitos, os sentimentos de culpa, o abandono, a agressividade e a preocupação com o futuro), a representação negativa, as baixas expectativas e os preconceitos destes face à doença, as limitações no âmbito financeiro e social, e em termos de (in) formação, a perceção de ausência de suporte social, as frequentes recaídas e o número de internamento do doente.

O *quarto obstáculo* remete-nos para um nível baixo de participação do doente e do cuidador nas decisões e intervenções neste processo de gestão da doença. As perspetivas contemporâneas sobre doença/ saúde mental, de facto, privilegiam a prevenção das doenças mentais e a promoção da saúde mental, não se centrando apenas no tratamento e tendo subjacente o trabalho em rede numa lógica inclusiva e participativa dos vários intervenientes:

utentes, cuidadores e comunidade, para que os doentes permaneçam nos seus domicílios com o devido apoio das famílias e das instituições. Desta forma, podemos salientar que o “... interesse maior em compreender a experiência dos familiares no convívio com os pacientes, em conhecer sua percepção em relação aos serviços de saúde mental fornecidos, assim como avaliar a sobrecarga sentida pelas famílias nesse processo.” (Bandeira & Barroso, 2005: 36). Atualmente defende-se que o envolvimento de todos os atores na prestação de cuidados é essencial e benéfico ao processo terapêutico e de reabilitação, nomeadamente “... por meio de programas de orientação, informação e apoio, visando a diminuir o estigma e a melhorar o suporte e a qualidade de vida das famílias ...” (Idem, p.44). Deste modo, procura-se dirimir o efeito nefasto dos transtornos psicológicos nos próprios familiares, resultantes da sobrecarga, e assume-se tal intervenção como um dos componentes do tratamento comunitário fundamental à reinserção social dos doentes.

Por último, *o quinto obstáculo* relaciona-se com a questão da cultura social, ou seja, é “... necessário reabilitar o doente para a comunidade, mas, também, «reabilitar»/educar esta para o receber.” (Cordo, 2003: 64), sendo para tal, “imprescindível recorrer à criatividade para flexibilizar um sistema tradicionalmente rígido, profundamente competitivo e comumente adverso.” (Idem, p.90).

Apesar de estar em curso, a mudança do tratamento em meio hospitalar para o tratamento e acompanhamento do doente no domicílio e em família, este processo é lento e não tem permitido ultrapassar os obstáculos atrás mencionados.

1.2.1. Saúde Mental - atualidade

A OMS define a saúde mental como um “estado de bem-estar em que o indivíduo tem percepção do seu próprio potencial, consegue lidar com o stresse diário, trabalhar produtivamente e contribuir para a sua comunidade” (OMS, 2014 in Rodrigues e outros, 2014:2). Os números de casos de demência na Europa, por exemplo, devem duplicar até 2050, chegando aos 16 milhões.

A doença mental reflete uma perturbação mental que implica, uma distinção entre perturbações “mentais” e perturbações “físicas”, apesar de existir muito de “físico” nas perturbações mentais e vice-versa. Tendo em conta este pressuposto é definido a perturbação mental como

“uma síndrome ou um padrão comportamental ou psicológico, clinicamente significativo, que corre num indivíduo e que está geralmente associado com ansiedade atual (sintoma doloroso)

ou com uma incapacidade (comprometimento de uma ou mais áreas funcionais importantes) ou com o risco significativamente aumentado de sofrer morte, dor, incapacidade ou uma perda importante de liberdade” (Pereira, 2013: 31).

A saúde mental, em Portugal atualmente assenta num Modelo de Saúde Mental Comunitária, que pressupõe uma lógica de proximidade entre as estruturas hospitalares e os domicílios dos doentes. Esta mudança de paradigma, tem como objetivo a disponibilização de recursos a fim de garantirem a todos uma eficiente prestação de cuidados, preventivos, terapêuticos e de reabilitação (Direção-Geral da Saúde, 2004). A prestação de cuidados é assegurada por equipas multidisciplinares em ambulatório ou no domicílio dos doentes, mediante avaliação da equipa técnica. O internamento atualmente é reservado para os doentes em crise e é assegurado nos Hospitais Gerais da área de residência onde são garantidos todos os tratamentos e cuidados necessários para a recuperação. (Idem).

Esta entidade destaca o papel crucial que as organizações privadas têm na prestação de cuidados no âmbito da saúde mental, em particular dos Institutos dos Irmãos de São João de Deus e das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus (Direção-Geral da Saúde, 2004). Estas duas Instituições Religiosas integram os doentes e definem o plano de intervenção terapêutica assente num modelo comunitário integrado, articulado e interativo e onde se privilegia a prática de cuidados de reabilitação psicossocial, por equipas multidisciplinares (Idem).

Os estudos epidemiológicos mais recentes revelam que as doenças mentais e as perturbações psiquiátricas são a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morte nas sociedades atuais (Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde & Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008 in Pereira, 2013). A saúde mental pode ainda, impulsionar o aparecimento de doenças crónicas, tal como, as doenças crónicas podem agravar os sintomas depressivos. (Cavaleiro, Queirós, Azeredo, Apostolo, e Cardoso, 2013 in Rodrigues e outros, 2014).

Neste sentido a importância das determinantes sociais na saúde e na saúde mental têm sido objeto de estudo e alvo de recomendações nas últimas décadas, trazendo para a reflexão a importância e influência dos fatores sociais na saúde e na doença, tanto física como mental, não apenas no que se refere às condições de vida mas também através das desigualdades que introduzem no acesso à saúde das pessoas em sociedade (APSS, 2012).

Desta reflexão resultou a identificação dos fatores sociais que maior peso assumem nos vários domínios, desde as características individuais, como idade, sexo e fatores hereditários, comportamentos de grupo e estilos de vida (micro-nível), à riqueza do capital

social e das redes comunitárias de apoio que contribuem para a coesão social (meso-nível) e por fim, às condições de vida, educação, trabalho, habitação e outros que dependem de fatores económicos, políticos, culturais e estruturais (macro-nível) (APSS, 2012).

Na população idosa, a saúde mental assume uma posição de relevo, pois além da deterioração do organismo, do declínio e da dependência, tem associado as experiências e percursos de vida, fatores sociais, familiares, psicológicos, que colocam em risco uma boa qualidade de vida, provocando tensões pessoais e familiares (Rodrigues, 2007 in Marques, 2013). Segundo estes autores, a perda de memória é o fator mais relevante para a deteriorização da saúde mental. Esta perda de memória está intrinsecamente associada à idade, de acordo com Small (2002 in Marques, 2013), 40% de idosos com mais de 65 anos têm perda de memória e 15% têm uma disfunção cognitiva moderada. Neste pressuposto, é referido também um aumento das perturbações depressivas e dos quadros demenciais, associados a sintomas psicopatológicos, muitas vezes apresentados sob a forma de síndromes clínicas, que dificultam o processo de avaliação (Canabrava et al., 2012 in Passos e outros, 2014).

1.2.2. Estigma e Estereótipos sobre a doença mental

A doença mental continua a ter associada uma conotação negativa e a ser alvo de preconceito pela sociedade, apesar dos avanços reconhecidos no âmbito da Medicina e da diversidade das respostas que hoje dispomos. As questões relacionadas com a saúde mental ainda são muito sensíveis e estão intimamente ligadas a ideias preconcebidas que caracterizam estes doentes como perigosos, desequilibrados, excluídos e rejeitados. Todavia e apesar das doenças mentais se terem democratizado e universalizado, deixando de ser exclusivas de um grupo específico, estas podem ser detetadas a qualquer um e em qualquer momento. (Shorter, 2014 in Loureiro e outros, 2008).

Embora, o nível de informação e da opinião pública tenham melhorado nos últimos tempos, certo é que a compreensão deste problema parece ainda muito aquém do que gostaríamos. Este conjunto de preconceitos e juízos depreciativos não é exclusivo da comunidade médica psiquiátrica, mas estende-se a outros eixos da sociedade, perpetuando estes mitos e estigmatizando estes doentes, levando-os ao isolamento, à exclusão e à perda de direitos (Fazenda, 2008). Estes doentes continuam a ser alvo de julgamento e a ser conotados

como imprevisíveis, violentos e perigosos (Scull, 1981, Pichot, 1983, Link & Cullen, 1983, Ayesteran & Paez, 1986, Skinner et al., 1992, Johnson & Orrell, in Loureiro e outros, 2008).

Segundo o relatório da CNRSSM (2007 in Loureiro e outros, 2008: 12), “os mitos sobre a doença mental e a estigmatização do doente continuam a persistir, mesmo entre profissionais da área de saúde”, persistindo ainda a conotação negativa como a sociedade vê os doentes. Sendo estas questões atuais e de grande relevância, as várias organizações governamentais têm intentado esforços no sentido de produção de documentos e orientações que expressem as suas preocupações e divulguem as suas linhas de atuação, para que se possa responder à falta de estudos que avaliem as crenças, atitudes e representações relativamente aos doentes e doenças mentais e psiquiátricos, pois tem-se reproduzido indiscriminadamente imagens distorcidas das doenças do foro mental e psiquiátrico, imagens essas abusivas e ofensivas que sustentam os mitos. A propagação destas representações é destrutiva e tem persistido ao longo do tempo (Wahl, 1995 in Loureiro e outros, 2008).

Se é verdade que o caminho da institucionalização era o único que se constituía como opção para os doentes mentais e se hoje a integração na comunidade já é uma realidade, ainda existe muito o que fazer para desmistificar as Crenças e Atitudes acerca das doenças e dos doentes mentais. Serão ainda os mitos da perigosidade e incurabilidade que pairam? Poderá afirmar-se que a sociedade continua a pensar que o internamento é a melhor opção para estes doentes, isto é, depois do “louco” ser absorvido pela instituição psiquiátrica é melhor que não seja devolvido (Shorter, 2001 in Loureiro e outros, 2008).

1.3. Enquadramento jurídico e institucional das pessoas idosas com problemas de saúde mental

Em Portugal, foi criada em 1963 a primeira Lei de Saúde Mental (Lei n.º 2118/63) que veio permitir a criação, durante a década de 70 e 80, dos Centros de Saúde Mental Distritais. Estes tinham como objetivo disponibilizar e promover cuidados de saúde mental de proximidade às populações. Até então, estes cuidados só eram garantidos aos doentes nos grandes centros urbanos recorrendo aos hospitais psiquiátricos de Lisboa, Porto e Coimbra. Os primeiros Centros distritais surgiram, a partir de 1965, e em 1980 já estavam a funcionar 21, abrangendo cerca de 60% da população. Foram criadas simultaneamente três unidades de tratamento específicas para crianças e adolescentes, localizadas em Lisboa, Porto e Coimbra (Centros de Saúde Mental Infantil). (Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008).

Com o reforço da rede de centros de saúde mental ao nível dos distritos, na sequência dos programas de reestruturação dos cuidados de saúde mental, em 1985 e 1989, desenvolveu-se um sistema de informação nacional de saúde mental que integrou a área para a saúde mental no programa funcional dos novos centros de saúde (Resolução do Conselho de Ministros nº 49/2008).

Tendo como objetivo melhorar e tornar mais célere esta reestruturação e integração, da Saúde Mental, no sistema geral de cuidados de saúde, em 1984 foi criada a Direção de Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental (DSPSM), no âmbito da nova Direção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários, que adquiriu as funções do então extinto Instituto de Assistência Psiquiátrica (IAP), a entidade de gestão até aí existente (DGS, 2004^a).

Face as dificuldades de estratégia, inerentes às transferências dos recursos dos hospitais psiquiátricos para as novas estruturas, não foi possível dar uma resposta eficaz às necessidades das populações. Desta forma, em 1992, decidiu-se pela integração de todos os Centros de Saúde Mental em hospitais gerais. (Resolução do Conselho de Ministros nº 49/2008)

Foi constituída em 1994, a Comissão para o Estudo da Saúde Mental, pela Direção geral de Saúde, que elaborou um documento que esteve na base da Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1995. Deste trabalho resultaram propostas que tiveram importância crucial, na criação da atual Lei de saúde mental (Lei nº 36/98), bem como do Decreto-Lei nº 35/99 que a regulamenta (Resolução do Conselho de Ministros nº 49/2008)

A Assembleia da República decretou em 1998 a Lei de Saúde Mental como lei geral da República. Esta lei nº 36/98, de 24 de Julho, estabelece os princípios gerais da política de saúde mental, regulando o internamento compulsivo dos doentes psiquiátricos e estabelecendo um conjunto de medidas de prevenção primária, secundária e terciária. Este conjunto de medidas permitem assegurar e restabelecer o equilíbrio psíquico dos indivíduos, promovendo o desenvolvimento das suas capacidades na construção da personalidade e na sua integração no meio social.

Os princípios gerais, que visam a integração dos doentes e a eliminação do estigma, são os seguintes:

1) A prestação de cuidados de saúde mental, é promovida prioritariamente a nível da comunidade, por forma a evitar o afastamento dos doentes do seu meio habitual e a facilitar a sua reabilitação e inserção social;

2) Os cuidados de saúde mental são prestados no meio menos restritivo possível.

3) O tratamento de doentes mentais em regime de internamento ocorre, tendencialmente, em hospitais gerais;

4) No caso de doentes que fundamentalmente careçam de reabilitação psicossocial, a prestação de cuidados é assegurada, de preferência, em estruturas residenciais, centros de dia e unidade de treino e reinserção profissional, inseridos na comunidade e adaptados ao grau específico de autonomia dos doentes.

O despacho conjunto nº 407/98 e a Portaria nº 348-A/98, tiveram grande impacto a nível nacional. O primeiro regulamentou a relação de proximidade entre a área social e a área da saúde na prestação de cuidados continuados a pessoas com problemas de dependência por doença mental e a segunda permitiu a criação de empresas de cariz social, que tiveram um papel determinante no desenvolvimento de programas de reabilitação psicossocial para pessoas com problemas de saúde mental (Resolução do Conselho de Ministros nº 49/2008).

Em 1999, foi criado o Decreto-Lei n.º 35/99 que estabelece a organização da prestação de cuidados de psiquiatria e saúde mental e regulamenta o Conselho Nacional de Saúde Mental e as atribuições dos Hospitais Psiquiátricos.

Com o apoio dos Fundos Estruturais da União Europeia, ao abrigo do Programa Operacional Saúde XXI, entre 2000 e 2006, foi possível fazer melhorias significativas nas infraestruturas de alguns departamentos de psiquiatria e saúde mental, com o objetivo de criar melhores condições para os doentes (Resolução do Conselho de Ministros nº 49/2008).

Em 2001, a Organização Mundial de Saúde elaborou o Relatório “Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança” com o objetivo de sensibilizar o público e os profissionais de saúde para os problemas relacionados com as doenças mentais, bem como para os custos humanos, sociais e económicos inerentes a este processo. Este Relatório define também orientações na área da prevenção, da disponibilidade de tratamento e acesso a este, e aponta recomendações gerais, para cada país de acordo com as suas necessidades e recursos (Abreu, 2010).

A Rede de Referência de Psiquiatria e Saúde Mental foi criada em 2001 e simultaneamente foi criado o Despacho nº364/2001 que reconhece o *stress* pós-traumático como causa da diminuição da capacidade geral de ganho, integrando esta patologia no regime de Proteção aos Deficientes das Forças Armadas. Neste âmbito foi criada uma rede nacional de apoio aos militares e ex-militares portugueses portadores de perturbação psicológica crónica, bem como, a organização de prestações de cuidados de saúde no sistema de Saúde Militar. (Abreu, 2010).

Em 2004, a Direção Geral de Saúde publicou a Rede de Referenciação de Psiquiatria e Saúde Mental e promoveu a organização da segunda Conferência Nacional de Saúde Mental. Estas duas iniciativas vieram reforçar a necessidade de se colocar a saúde mental na agenda de saúde pública em Portugal e de se implementarem as mudanças preconizadas pela Lei de saúde mental. Com este intuito, a saúde mental foi integrada no Plano Nacional de Saúde 2004-2010, nomeadamente nas áreas da depressão, problemas relacionados com o abuso de álcool e o *stress* pós-traumático. (CNRSSM, 2007).

É publicado em 2005 o Despacho Conjunto n.º 980 que cria a comissão para acompanhamento da execução do regime de internamento compulsivo e simultaneamente cria o Livro Verde “Melhorar a Saúde Mental da população – Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia”, este define em linhas estratégicas a intervenção comunitária no apoio e acompanhamento destes doentes. Este manual é resultado do trabalho apresentado na Conferência Ministerial Europeia da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre Saúde Mental onde foram definidas orientações para a operacionalização de um plano de ação abrangente e de compromisso político, com vista à promoção da saúde mental. (Abreu, 2010). No decorrer de 2005, foi assinada a Declaração de Helsínquia que define como prioridades a prevenção, o tratamento e a reabilitação do doente mental. Esta declaração, foi assinada por todos os países da Comunidade Europeia, a Organização Mundial de Saúde e o Conselho da Europa, com o objetivo de combater as doenças mentais, bem como melhorar o tratamento dos danos causados por estas patologias. (Abreu, 2010).

Em Julho de 2007 foram feitas alterações à Lei n.º 36 /98, no que respeita às regras de competência do artigo 30º, dando origem à Lei n.º 101/99 de 26 de Julho.²

Em 2008, a saúde mental foi definida como uma prioridade da política de saúde (Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008), assente no fato de que as doenças mentais constituem a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade, associado a estes fatores, está o aumento significativo de pessoas diretamente afetadas por doenças psiquiátricas, como a demência relacionada com o aumento de esperança de vida e envelhecimento, ou indiretamente como os problemas de violência doméstica, abuso de álcool e drogas. Estas questões no âmbito da saúde mental, são alvo de debate e de reflexão por parte das forças políticas, pois são responsáveis por custos elevados para a sociedade, não

2 A restante normativa mantém-se sem alteração.

só ao nível da diminuição da produtividade no trabalho como também pelo agravamento de sentimentos depressivos que causam sofrimento, incapacidade individual para responder ao tratamento e geram tensões familiares. Estas doenças são responsáveis por maiores índices de utilização de serviços, assim como pelo consumo de fármacos. Estes problemas agudizam com o consumo de aditivos, da violência doméstica e juvenil, de perturbações de comportamentos alimentares e sexuais e da integração de grupos minoritários e vulneráveis, especialmente idosos (CNRSSM, 2007).

A Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental foi criada em 2006 com o objetivo de ser reavaliada a situação da prestação dos cuidados de saúde mental em Portugal. Assente nos dados obtidos foi feita proposta para um plano de ação para a reestruturação e desenvolvimento dos serviços de saúde mental (Abreu, 2010).

Deste trabalho conjunto resultou o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 (Resolução do Conselho de Ministros nº 49/2008) com os objetivos de:

- Garantir o acesso a cuidados de saúde com qualidade a todas as pessoas com problemas de saúde mental em território nacional, tendo em especial atenção as que pertencem a grupos especialmente vulneráveis;
- Promover e salvaguardar os direitos humanos das pessoas com problemas de saúde mental;
- Dirimir o impacto das perturbações mentais em sociedade e contribuir para a promoção da saúde mental das populações;
- Promover a descentralização dos serviços de saúde mental, de modo a permitir a prestação de cuidados de maior proximidade junto das populações e fomentar uma maior participação das comunidades, dos doentes e das suas famílias;
- Promover a integração dos cuidados de saúde mental e dos cuidados continuados no sistema geral de saúde - hospitais e centros de saúde - a fim de facilitar o acesso democratizado a todos os cidadãos e diminuir a institucionalização.

Em Portugal, a Saúde Mental continua a ser regulamentada pela Lei nº36/98, que deu origem ao Plano Nacional Saúde Mental - PNSM (2007-2016), que veio estabelecer diversos princípios fundamentais na abordagem a esta questão:

1. A importância dos serviços gerais de saúde (hospitais) integrar na sua estrutura os serviços de saúde mental, a fim de darem uma resposta cabal as pessoas com perturbações mentais que necessitam de tratamento hospitalar.

2. Assegurar os Direitos Humanos das pessoas com perturbações mentais, incluindo o direito a cuidados adequados, residência e emprego, assim como proteção contra todos os tipos de discriminação e preconceito.

3. Promover a participação comunitária dos doentes com perturbações mentais na vida da comunidade e fomentar a integração dos seus familiares, como parceiros privilegiados na prestação de cuidados de saúde mental.

4. Recuperação (*recover*): Os serviços de saúde mental devem criar condições que promovam a autodeterminação, a autonomia e a construção de um projeto de vida individual para as pessoas com problemas de saúde mental.

Verifica-se ainda que no atual quadro normativo, o papel do Estado é fundamental na promoção do bem-estar e da qualidade de vida dos cidadãos, com a exigência de uma constante melhoria nas respostas e na efetivação dos seus direitos.

Relativamente à população idosa, a Constituição da República Portuguesa refere, no artigo 72º, que esta “tem direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem e superem o isolamento ou a marginalização social”. Apesar destas respostas sociais serem um direito de todos os indivíduos, independentemente da idade, há, no entanto, uma maior incidência na população mais velha (in Tavares, 2014). Neste sentido, a OMS 2002 (in Firmino, Simões e Cerejeira, 2016: 19), remete-nos para o objetivo central de “não acrescentar apenas anos à vida, mas acrescentar vida aos anos”.

A política social é para todos e não somente para os grupos desfavorecidos e de risco. Esta orientação assenta no fundamento principal da igualdade entre os cidadãos, e surge com a preocupação de garantir um bem-estar geral da sociedade, proporcionando a todos o acesso a bens e serviços sociais que promovam e aumentem a qualidade de vida (Tavares, 2014).

Caberá aos Assistentes Sociais e a outros profissionais da área social e da saúde colocar estas políticas em prática a fim de garantir a efetivação dos direitos sociais dos cidadãos.

1.4. O papel do Serviço Social

Segundo a Federação Internacional dos Assistentes Sociais (FIAS, 2014), esta profissão rege-se com o objetivo de promover a mudança social, a resolução de problemas sociais, provenientes da interação das pessoas em contexto relacional, e procura a capacitação e

emancipação dos indivíduos para promoção do bem-estar, assente nos princípios dos direitos humanos e da justiça social (Guadalupe, 2010).

O desafio colocado aos profissionais de Serviço Social deverá constituir-se como imperativo para responder às necessidades humanas dentro do contexto de justiça social. A prática profissional deve assentar na promoção dos Direitos Humanos como sendo os seus eixos norteadores. Neste princípio, os profissionais devem ter presente no exercício das suas funções que os Direitos Humanos e liberdades fundamentais são indivisíveis e que a sua efetiva realização terá ser garantida e promovida em prol dos cidadãos.

Os assistentes sociais (FIAS 2014), no exercício da sua função devem promover a mudança social dos indivíduos e a resolução dos problemas visando o reforço da autonomia das pessoas para promoção do seu bem-estar. Alicerçando a sua prática em teorias do comportamento humano e dos sistemas sociais, assente nos princípios dos direitos humanos e da justiça social.

Com base nestes pressupostos, a prática do serviço social deverá desenvolver e capacitar os sujeitos da sua intervenção para a alteração do seu estado de necessidade e potencial fragilidade, perspetivando mudanças sociais sustentáveis e de promoção da sua autonomia. Neste sentido, a resposta dada pelos profissionais não deverá contemplar apenas a dimensão objetiva das necessidades básicas, mas procurar articular-se com todos os outros contextos: sociopolítico, económico, geográfico e cultural.

No âmbito da atuação dos assistentes sociais estes são chamados a intervir (Fazenda, in Carvalho 2012: 219):

“corrigir as iniquidades em saúde, sejam elas a título individual (educação para a saúde; promoção de hábitos de alimentação saudável e de exercício físico, diminuição do consumo de álcool e tabaco, gestão de situações de stress) social (desenvolvimento dos laços sociais, de grupo e comunitários, e das relações de solidariedade e redes locais) económico e cultural (melhoria das condições materiais de vida, de trabalho, educação, habitação e salubridade) e político e estrutural (mercado de trabalho, proteção ambiental, ordenamento do território, desenvolvimento sustentável).”

Parece-nos evidente que os assistentes sociais assumem cada vez mais um papel determinante na promoção, educação, capacitação e melhoria da saúde mental das pessoas e das populações, já que a sua intervenção se situa a vários níveis das determinantes sociais: o dos indivíduos, o das redes sociais, e o das condições sociais, económicas e culturais. Concomitantemente, será necessário chamar a esta responsabilidade comum, o poder

político, para definir uma intervenção que tenha por base um planeamento eficaz na definição de medidas/políticas sociais que tenham impacto na saúde mental das pessoas mais velhas.

2. Perspetivas teóricas do Serviço Social

2.1. Teorias e Modelos do Serviço Social enquadradoras do Envelhecimento associado à Saúde Mental

O aumento da esperança média de vida provocou nas últimas décadas, a inversão da pirâmide etária. Esta realidade incitou o Serviço Social a repensar os seus modelos de atuação e a recriar metodologias inovadoras para dar respostas às problemáticas sociais que estão associadas ao envelhecimento populacional.

Na área da saúde mental verifica-se existir uma correlação direta entre o envelhecimento e as doenças degenerativas, como a demência. A demência provoca um declínio acentuado das perdas de funções cognitivas como a memória, a capacidade de raciocínio e de julgamento, traduzindo-se em perda de autonomização para a realização das atividades de vida diária.

Corroborado por Carvalho (2014:421), “a intervenção com pessoas idosas faz parte da identidade do Serviço Social”. Neste sentido, é fundamental que a prática interventiva dos assistentes sociais se alicerce em teorias e modelos ajustados à realidade. A intervenção social com pessoas portadoras de demência e dos seus familiares tem em consideração conceitos distintos, como a relação de ajuda, a entrevista de ajuda, o diagnóstico social, o *empowerment* e a colaboração multidisciplinar/trabalho em rede (Gomes et al, 2014, in Carvalho, 2014).

A intervenção do assistente social passa pelo incremento de uma relação de ajuda centrada na pessoa, muitas das vezes baseado no modelo psicossocial. Este modelo psicossocial procura através das suas etapas desenvolver uma intervenção centrada no indivíduo e no meio que o envolve. Assim, afirma-se que ele procura fomentar a promoção da mudança, com vista ao bem-estar pessoal, através da gestão dos problemas que as pessoas enfrentam no seu funcionamento social (Silva, 2001). A base deste modelo centra-se na relação de ajuda, e segundo Compton e Galaway (1994 in Silva, 2001) é possível enumerar sete qualidades essenciais neste tipo de relação, tais como: a preocupação sincera com o outro; a capacidade de compreensão; o compromisso; a aceitação; a empatia; a autoridade e a congruência. Silva (2001), reflete acerca da intervenção psicossocial e explica que se verifica a criação de uma relação de ajuda, onde os seus intervenientes se esforçam para encontrar os

meios/instrumentos mais adequados para dar resposta às problemáticas associadas ao utente. Estes instrumentos são, muitas das vezes, encontrados no meio em que a pessoa está inserida.

Assim importa referir que o modelo psicossocial é executado através de três grandes fases da intervenção: o diagnóstico, a intervenção e o encerramento e avaliação. A intervenção inicia-se, normalmente, com uma entrevista primária, sendo que é a partir dela que se estabelece a continuidade de toda a intervenção, assinalando-se a necessidade de estabelecer uma relação empática entre o profissional e a pessoa. Os objetivos da primeira entrevista focam a análise da situação-problema; a definição dos problemas prioritários; a avaliação das suas implicações; e as melhores estratégias para causar a mudança. Com a primeira entrevista há a necessidade de se estabelecer um compromisso/acordo/contrato. A segunda fase foca-se no acompanhamento da situação. Pode ser feito através de várias estratégias, nomeadamente: as visitas domiciliárias; ações junto de pessoas significativas; estratégias intra e inter-instituição; intervenção psicossocial com as famílias; *advocacy*³; e intervenção nas organizações ou comunidades. O acompanhamento permite estimular e apoiar a autonomia, dando ênfase à autoconfiança dos utentes e permite também uma orientação na aquisição de competências. Por fim, a última fase de intervenção é o encerramento e a avaliação. O encerramento marca-se quando os processos terminam, isto é, quando os objetivos estabelecidos foram alcançados. Podendo no entanto, surgir novas situações que levam a um encerramento antecipado, nomeadamente a desistência do utente à intervenção definida, ou a incapacidade do assistente social continuar a prosseguir com a intervenção. No que toca à avaliação, é fundamental que o assistente social faça uma avaliação conjunta com o utente, no sentido de avaliar o impacto da intervenção, centrando-se nas questões do *empowerment*, da autonomia e da autodeterminação no utente. Torna-se, relevante referir que em qualquer fase do processo interventivo, o assistente social poderá fazer os encaminhamentos que entender serem os adequados e os mais ajustados à situação-problema (Silva, 2001).

A questão do envelhecimento poder-se-á também analisar à luz de uma abordagem sistémica, dado à complexidade da questão. “Pensar sistemicamente é pensar a complexidade, a instabilidade e a intersubjectividade” (Vasconcellos, 2006, in Guadalupe, 2010:17).

3 Na perspetiva de Pinto (1988 in Fazenda, s.d.), o conceito *advocacy* representa a defesa do utente e dos seus interesses junto de instituições políticas e sociais. Numa fase inicial do processo, o assistente social tem um papel mais dominante e ativo, devendo, contudo, ir enfraquecendo o seu papel, para que os utentes se capacitem do seu papel enquanto agentes de mudança.

Na perspectiva de Núncio (2010), esta abordagem holística tem que incluir diferentes sistemas, nomeadamente a sistema-utente, a qual diz respeito à necessidade do utente, portador de uma história, querer ver respondidas todos os seus problemas; o sistema-interventor que indicia que o utente assume uma postura ativa e se afirma como um recurso às respostas que procura; e a interação, que é entendida como outro elemento indispensável na intervenção social. A interação implica a existência clara de uma relação entre o assistente social e o utente, através de um processo relacional complexo, em que os sistemas anteriores identificam e hierarquizam necessidades e recursos, com vista à resolução de problemas. É essencial perceber que o assistente social ocupa um papel influente no processo de mudança do utente, assim como este influencia o assistente social, no que toca à natureza e aos modelos da intervenção social. Neste domínio, importa ainda referir que o assistente social também interage com outros indivíduos, principalmente outros profissionais de diversas áreas científicas ou pessoas socialmente ligadas ao seu utente, que de certa forma interferem com a metodologia e os resultados da intervenção, com vista a uma mudança positiva, enquanto “promotora do pleno desenvolvimento e da plena realização de todos os indivíduos” (Núncio, 2010:138).

Carmo (2007) defende que os grandes objetivos da articulação entre estes sistemas resumem-se na supressão das necessidades e a prossecução da mudança social, através da utilização de recursos adequados, quer formais, quer informais, permitindo a eliminação dos obstáculos inicialmente apresentados pela pessoa-utente (in Núncio, 2010).

No caso do trabalho desenvolvido por parte do assistente social junto de pessoas idosas com problemas de saúde mental, esta abordagem fomenta o conhecimento de um amplo leque de estratégias que poderão ser positivas na saúde e no bem-estar do utente, familiares e amigos. Estas estratégias baseiam-se em diferentes terapias, serviços e apoios. É neste âmbito que a colaboração multidisciplinar e o trabalho em rede ganham ênfase, dado que permite que a informação resultante de um apoio social sistémico seja partilhada (Gomes et al, 2014, in Carvalho, 2014).

A intervenção em rede apresenta-se atualmente como um modelo bastante utilizado pelos assistentes sociais, uma vez que surge como uma tentativa de fornecer respostas à complexa e multivariada realidade com que as entidades sociais intervêm. Esta forma de trabalho destaca-se pelo seu *modus operandi*, dado que impera o critério de pensar global para atuar no concreto, sendo que neste sentido, aborda-se a realidade de um modo concreto e realista e opera-se sobre um conjunto de fatores que incidem sobre a mesma. O trabalho em

rede enfatiza as potencialidades da solidariedade, onde os parceiros concentram os seus esforços para a resolução de problemas comuns (Veiga e Lopes, 2007).

Payne (2014), veicula a ideia de que o trabalho em rede desenvolvido pelos assistentes sociais pretende responsabilizar a sociedade pelo apoio e cuidados mútuos entre pessoas. Esta metodologia de trabalho tem como base, a perspetiva da “ética do cuidar”, que segundo Gilligan (in Carvalho, 2014), advém da forma como a sociedade compreende que há necessidades inerentes ao cuidado pelo outro, focado num bem moral. De certa forma, a “ética do cuidar” emerge da partilha de responsabilidades sociais num contexto onde as disposições sociais e os serviços públicos estão envolvidos.

Os assistentes sociais que desenvolvem modelos de trabalho baseados na intervenção em rede precisam de encontrar ligações existentes e articular-se de forma coerente ou de identificar potenciais ligações e fortalece-las. De acordo com Payne in Carvalho, 2014), grande parte da intervenção em rede centra-se nos idosos, devido à fraca mobilidade e à preocupação acrescida no combate ao isolamento

Segundo esta abordagem podemos argumentar que a intervenção comunitária apresenta-se como uma estratégia articulada assumida através da intervenção de diferentes atores-sociais, cujos papéis se encontram bem definidos. Assim, a resolução do Conselho de Ministros, nº 197/97 definiu quatro princípios que sustentam o trabalho em rede, sendo eles o princípio da integração, que visa enquadrar populações mais vulneráveis, assumindo que o utente deverá participar e que haverá uma ação concertada e coordenada entre as várias instituições; o princípio da articulação, que aponta para uma cooperação entre todos os atores sociais envolvidos, permitindo criar sinergias entre os recursos e as competências existentes na comunidade; o princípio de subsidiariedade que define o recorte territorial focalizado na responsabilidade coletiva subordinada a diferentes níveis, como o local, o concelhio, o regional e o nacional; e por último o princípio da inovação que defende a necessidade de uma constante adaptação e ajustamento às constantes alterações do dia-a-dia, proporcionando inovação na intervenção social (Oliveira, 2004).

Esta ideia é corroborada por Andrade (2009), que refere que as redes sociais de apoio assumem uma enorme relevância na vida dos idosos, uma vez que provocam implicações no bem-estar social e na ajuda. Neste âmbito, o conceito de rede social é definido como “um conjunto de nós e laços de ligação entre os nós (pessoas, grupos, empresas ou outras instituições)” (Wellman, 1981 in Guadalupe, 2010:50), onde se pode considerar que a “rede social pessoal” (Sluzki, 1996) é constituída por todas as pessoas com quem o indivíduo

estabelece uma relação de interação (in Guadalupe, 2010), enumerando-se a título de exemplo: a família, os amigos, os vizinhos, as organizações e/ou instituições.

Considerar-se-á que existem dois tipos de redes: a primária e a secundária, sendo que um dos pontos que difere entre elas é o tipo de vínculo relacional existentes entre os membros que compõem a rede social. Na rede primária, os vínculos são essencialmente de natureza afetiva, ou também chamado de “núcleo duro”. As redes secundárias correspondem ao “conjunto de pessoas reunidas (...) num quadro institucionalizado” (Blanchet et al., 1981, in Guadalupe, 2010:55), fazendo referência a relações de carácter formal e com objetivos funcionais. Assim, esta rede pode ser considerada formal ou informal, dependendo do seu nível de estruturação, dos objetivos a cumprir e das relações estabelecidas no seu seio (Guadalupe, 2010).

No caso dos idosos, e segundo Paúl (1997a:109), a relação com os amigos é bastante positiva, dado que “os amigos são parte integrante das redes de apoio social, pela capacidade de proporcionar um bem-estar subjectivo, que vai desde a partilha da intimidade, apoio emotivo e socialização” (in Andrade, 2009). Assim, pode-se afirmar que as amizades contribuem fortemente para o desenvolvimento da autoconfiança, autoafirmação, valorização pessoal do eu e aceitação nos idosos.

Torna-se importante ainda referir as funções assumidas pelos membros da rede social. Assim, e segundo Guadalupe (2010), as funções definem-se como o intercâmbio interpessoal entre os membros de uma relação e são explicados por Sluzki (1996, in por Guadalupe, 2010) como sendo a companhia social que envolve a partilha de atividades; o apoio emocional, baseado nas trocas de atitudes emocionais positivas; o aconselhamento, através da partilha de informações que refletem novas formas de pensar ou agir; na regulação e controlo social, associado à pressão exercida sobre as responsabilidades normativas; ao acesso a novos contactos, permitindo a criação de novos vínculos; e ao apoio material ou instrumental, bem como ao apoio técnico ou de serviços.

Neste contexto, os cuidadores assumem um papel essencial na proteção e acompanhamento a idosos, sobretudo aqueles que desenvolvem problemas mentais. De forma, a trabalhar a gestão emocional de quem cuida e a precaver situações de esgotamento físico e emocional, o assistente social tem que articular os papéis essenciais que a rede primária deverá desempenhar, associado aos papéis e funções que a rede secundária poderá responder. É esta simbiose de papéis que contribuem para garantir melhores condições de vida aos idosos. De acordo com esta reflexão, Núncio (2013:88) esclarece que “a existência

de uma comunicação aberta entre o sistema individual, familiar e social, permite o bom desenvolvimento dos indivíduos, o equilíbrio da família (...) e (...) uma boa inserção da família e dos seus membros, no sistema social mais vasto”.

Igualmente importante o papel das parcerias, que são entendidas como o resultado de entendimentos recíprocos entre todas as partes que, por sua vez, utilizam os seus recursos de modo convergente. Alguns autores caracterizam as parcerias como uma negociação, no sentido de que é passível de se criarem novas condições para uma articulação entre pares de diferentes sectores que visam ultrapassar obstáculos e gerar espaços e momentos de diálogo e de decisão.

Segundo Oliveira (2004), só é possível criar-se uma rede se alguns critérios forem alcançados. Assim, é necessário que as instituições desenvolvam objetivos comuns; seja reconhecido o seu papel de complementaridade por todos os parceiros, desde o reconhecimento das diferenças numa partilha do saber, do poder e do agir até ao reconhecimento das especificidades de cada um; e por último a obrigatoriedade de haver consenso sobre os objetivos e os meios a utilizar independentemente dos benefícios que cada parceiro possa ter com isso. Tendo isto em conta, uma gestão deficiente da rede pode levar a um descrédito para a população e a um desperdício dos recursos existentes (Oliveira, 2004).

Associado ao modelo sistémico, o modelo ecológico, ou também designado por “modelo de vida” estabelece que a pessoa vive inserida num ambiente específico, que ela própria constrói, modela, reformula e destrói. No entanto, esse mesmo ambiente também exerce forças que têm implicações com a vida da pessoa, interferindo de forma ativa nas vivências do seu quotidiano. De acordo com Payne (2002), estes dois modelos representam duas formas distintas da teoria dos sistemas no serviço social.

Numa perspetiva ecológica, o desenvolvimento ocorre na sequência de mudanças duradouras e estáveis na relação entre a pessoa e o seu meio ambiente. Segundo Bronfenbrenner (1989: 280), a sistematização do ambiente ecológico no qual o indivíduo se desenvolve, distancia-se dos modelos estruturais de desenvolvimento, dando ênfase à importância dos fatores de socialização. Assim “a pessoa adquire uma concepção de ambiente ecológico mais alargada e diferenciada, fica mais motivada e preparada para se envolver em atividades que mantêm ou modificam aquele ambiente, e caminha no sentido de alcançar níveis de maior complexidade em forma e em conteúdo (in Fonseca, 2007).

No âmbito desta discussão é ainda fundamental focar a ética do serviço social associado às questões do envelhecimento e sobretudo contextualizadas na saúde mental. As

doenças mentais nas pessoas idosas colocam-nas numa situação de vulnerabilidade acrescida, o que se traduz pelo aumento de questões éticas que o assistente social deverá refletir para, em última análise, defender os interesses do idoso. Tendo em conta a perspetiva de Neves (2006 in Figueirinha et al 2012: 39) “a proteção dos vulneráveis deverá ser assegurada pelo cumprimento dos seus três «princípios éticos básicos»: o respeito pelas pessoas (na exigência de reconhecimento da autonomia dos indivíduos em geral e de proteção daqueles que possuem uma autonomia diminuída); (...) a necessidade do «consentimento informado» (o qual inclui a obrigatoriedade de informação, compreensão e voluntariedade), a beneficência (na exigência de não fazer o mal, maximizar os possíveis benefícios e minimizar possíveis prejuízos) e a justiça (na exigência de «equidade na distribuição»). Simões (2010 in Figueirinha et al, 2012) identifica o envelhecimento como um fator de vulnerabilidade e a consciência do idoso dessa mesma condição.

Importa referir que o código de ética profissional legitima valores e princípios de forma consciente, autónoma e responsável. Importa assim explicar os três compromissos éticos que o serviço social identifica. São eles: garantir competência do serviço prestado; respeitar os objetivos e as decisões da pessoa-utente; e promover os interesses da pessoa-utente, com vista à melhoria da qualidade de vida. Desta forma, assume-se que estes princípios são fortificados na Declaração Internacional de Princípios Éticos do Serviço Social aprovado pela Federação Internacional de Serviço Social, onde se estabelecem as normas éticas que devem regular a intervenção social. No entanto, apesar de existir um documento que regulamente as questões éticas, é importante compreender que a solução dos dilemas enfrentados pelos assistentes sociais no quotidiano da sua intervenção exige a reflexão e autocrítica. (Núncio, 2010).

2.2. Respostas sociais ao problema: da diversidade à especificidade

Como foi discutido ao longo do primeiro capítulo, a questão do envelhecimento demográfico tem sido objeto de reflexão e de debate pelas várias organizações da sociedade: de cariz político e /ou não-governamental, que procuram desenvolver estratégias e políticas sociais que norteiam o apoio prestado a esta população.

Como objetivo, os vários intervenientes deverão promover estratégias onde a saúde, autonomia e independência, sejam o foco central da intervenção das políticas públicas,

sociais e de saúde. Desta forma, e a fim de assegurar a concretização destas premissas, de responsabilidade individual e coletiva, todos somos chamados a intervir.

Em Portugal, a Política Social de Envelhecimento tem pautado a sua ação através do apoio prestado pelas instituições (IPSS; Misericórdias) à população mais velha, tendo como base na sua intervenção, medidas de carácter inovador, preventivas, promotoras do desenvolvimento humano e redutoras da vulnerabilidade social dos mais velhos. Segundo Paúl (1997b), a rede social de apoio à população idosa surge de imediato ligada a um resultado do bem-estar, promovendo especialmente a saúde mental.

Tendo em conta, as alterações da sociedade, o papel da família no apoio aos mais velhos, que tem vindo a traduzir em menor tempo despendido para a prestação de cuidados aos seus e a falta de recursos disponíveis. Observa-se, entre outros aspetos, o trabalho feminino fora do lar, a própria exiguidade das habitações e os movimentos migratórios que acabam por separar geograficamente as diferentes gerações das famílias.

Para responder a esta realidade e aos seus desafios, existem instituições de apoio social que diariamente prestam apoio a esta problemática. Todavia, revelam-se insuficientes no que diz respeito ao número de estruturas existentes e à sua adequação. A promoção de um envelhecimento saudável é prioridade e deverá integrar na sua prossecução múltiplos sectores da sociedade, nomeadamente a saúde, a educação, a segurança social, o trabalho, os aspetos económicos, a justiça, o desenvolvimento dos territórios: urbano e rural, a habitação, os transportes, a cultura e os valores que cada sociedade defende.

Concomitantemente, as políticas sociais deverão integrar medidas, que vão ao encontro das necessidades e que permitam desenvolver ações mais próximas dos cidadãos mais velhos, promovendo efetivamente a sua autonomia e independência.

Atualmente, as respostas sociais existentes em território nacional para a área do Envelhecimento, apresentam alguma diversidade, embora haja ainda muito por fazer e um longo caminho a percorrer. Assim, podemos encontrar as seguintes respostas sociais: Centro de Convívio; Centro de Dia; Centro de Noite; Serviço de Apoio Domiciliário (SAD); Apoio Domiciliário Integrado (ADI); Residências; Lares; Acolhimento Familiar; Centro ou Colónia de Férias.

Todas estas respostas têm uma linha comum de atuação e de intervenção que procede de um reconhecimento dos direitos da pessoa idosa e dos princípios de independência, de

participação, de dignidade, de assistência e de realização do indivíduo, consagrados nas Nações Unidas, e que visam a promoção do Envelhecimento Ativo.⁴

Neste pressuposto,

“uma sociedade integradora deve basear-se no respeito por todos os direitos humanos e liberdades fundamentais, diversidade cultural e religiosa, justiça social e tendo em consideração as necessidades especiais dos setores vulneráveis e desfavorecidos, a participação democrática e o estado de direito” (Nações Unidas, 1995: 66).

Muitas vezes, é o olhar que a sociedade em geral tem sobre o “ser-se idoso” que cria barreiras à integração destes na comunidade, e por isso é fundamental perceber como é que os serviços dirigidos a esta franja da população promovem a sua inclusão e participação, para que os mais velhos sejam efetivamente atores principais das suas vidas.

A comunidade veicula uma imagem negativa do idoso considerando-o como um peso para a sociedade em geral, para a família em particular e um custo económico, sendo assim fundamental compreender como é que os serviços dirigidos aos indivíduos idosos poderão contrariar essa tendência e fomentar uma imagem positiva e de capacitação da pessoa mais velha.

2.3. Enquadramento das respostas sociais a idosos

No séc. XIII – XIV regista-se o aparecimento das primeiras instituições em Portugal na área do apoio à população mais envelhecida. Estas destinavam-se àqueles que tinham uma situação de fragilidade e vulnerabilidade perante a sociedade, ou seja, por terem perdido a estabilidade familiar, por situação de viuvez, ou por se encontrarem em idade avançada doentes e dependentes de cuidados. É neste contexto que surgem as primeiras mercearias, expressão derivada de mercê ou benefícios, os hospitais (séc. XIV – XVI), os recolhimentos (séc. XVII e XVIII - XIX), asilos (séc. XIX e XX), lares e residências (séc. XX).

As mercearias tinham normalmente origem em disposições testamentárias ou em doações que asseguravam a sua sustentabilidade na satisfação de necessidades básicas como

⁴ Este permite às pessoas mais velhas realizarem o seu potencial de bem-estar físico, social e mental ao longo da sua vida e de participarem na sociedade de acordo com as suas necessidades, os seus desejos e as suas capacidades, beneficiando de proteção, de segurança e de cuidados adaptados, sempre que deles necessitem. Deste modo, «Ativo» designa uma implicação constante por parte das pessoas nas atividades económicas, sociais, espirituais, culturais e de cidadania, e não se refere apenas à aptidão física ou ao emprego e/ou formação. (in Firmino, Simões e Cerejeira, 2016)

a comida, e a assistências prestada às pessoas mais velhas que por sua vez, se obrigavam a sufragar a alma dos beneméritos.

A Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, após a extinção das ordens religiosas, com o surgimento do liberalismo político (1820), integra as mercearias e assume o seu papel no apoio aos mais desfavorecidos. Este período foi caracterizado por uma pobreza extrema, que justificava o apoio prestado aos grupos sociais mais vulneráveis.

Nesta altura, importa referir que “a velhice expressava-se, então, numa longevidade muito inferior à atual que a sociedade portuguesa do séc. XVI, apesar da expansão marítima e colonial continuava essencialmente fundamentada numa economia agrária de subsistência, pelo que ser idoso era muito mais raro e consistia na ligação permanente ao núcleo familiar, onde colaborava até ao fim da vida” (Cardoso, 1999: 76).

No passado as instituições que amparavam os cidadãos mais necessitados, sem familiares que os assistissem, eram tradicionalmente chamadas de asilos ou albergues. Estas denominações foram substituídas, pela sua conotação negativa, de abandono, pobreza ou rejeição familiar, por nomes como: Lar de Idosos, Lar de Terceira Idade, Residência de Idosos ou Casa de Repouso (Vaz, 2009).

A partir do séc. XVII dá-se a alteração deste paradigma e a assistência à população, que era feita até então por organizações com pendor religioso, passa a ser entendida como uma responsabilidade do Estado e da sociedade civil. Face a este contexto de fragilidade foi criada em 1780, com o intuito de responder às necessidades inerentes a este marcante acontecimento, no reinado de D. Maria I, a Casa Pia. Este marco constitui-se como o principal fator de mudança da assistência religiosa para a assistência social pública/estatal em Portugal.

Neste período da história, a população idosa era representação de incapacidade para assegurar com autonomia as suas necessidades de subsistência e abrigo. Com a Constituição de 1933, dá-se a alteração da intervenção do Estado, que se afasta da responsabilidade da previdência social, não assumindo os seus encargos financeiros, mas tentando ações para a promoção, criação e desenvolvimento das instituições de solidariedade social, previdência, cooperação e mutualidade. Estas são criadas para suprir as necessidades da população nos casos de doença, desemprego, velhice entre outras. Não tendo responsabilidades financeiras, ao Estado cabia a incumbência da coordenação, direção e impulso de todas as atividades sociais (Guedes, 2007).

As respostas sociais de apoio eram também da responsabilidade do Estado e da própria sociedade civil, que ao longo do tempo foram crescendo, dando origem, em termos legislativos, à criação das Instituições Particulares de Solidariedade Social⁵, (IPSS), que integra as Santas Casas da Misericórdia, os Centros Sociais Paroquiais, as Associações de Socorros Mútuos ou Mutualidades e as Associações de Solidariedade Social. (Guedes, 2007).

Atualmente existem dois tipos de resposta de apoio à população idosa que têm como objetivo a manutenção do idoso no seu espaço habitacional: Centro de Dia, Apoio Domiciliário, Centro de Convívio e Centro de Noite, e os que visam a institucionalização: lares e residências assistidas. Todas estas respostas visam melhorar as condições de vida das pessoas idosas, com o objetivo de combater o isolamento e a exclusão social, prevenindo ou retardando a institucionalização do idoso (Guedes, 2007).

A institucionalização do idoso resulta sempre de uma necessidade previamente identificada e que não está a ter resposta, por parte da família ou das organizações que prestam apoio no domicílio. Jacob (2001), define a institucionalização do idoso quando este está durante todo o dia ou parte deste, entregue aos cuidados de uma instituição que não a sua família. Para Paúl (2005), as causas da institucionalização poderão ser derivadas de problemas de saúde que limitam a autonomia e independência dos idosos ou por falta de recursos económicos para a sua manutenção no seu espaço habitacional. Causas como a viuvez e a situação de despejo assumem, sobretudo nos centros da cidade, os fatores mais determinantes para a integração em lar e residências.

Estas alterações na vida do idoso e na sociedade contemporânea exigem que a sociedade civil se organize para responder a algumas funções que a família não consegue assumir. Todavia, esta continua a ter um papel fundamental de coresponsabilidade e de apoio no bem-estar psicológico e mental do idoso (Paúl, 1997b).

Entre 1998 a 2006, as respostas sociais com maior ritmo de crescimento foram as de apoio à População Idosa (46,4%), segundo a Carta Social. (Cardoso, 1999). Segundo o INE (2002), o número de idosos institucionalizados tem vindo a aumentar, cerca de 33% dos utentes ligados à Segurança Social são idosos e 12% encontram-se em lares. A Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Direção Geral de Saúde (DGS), em conjunto com o Ministério da Saúde, têm delineado um conjunto de políticas sociais e programas integrados de apoio permanente à população envelhecida. São eles o Programa de Apoio Integrado a Idosos

5 Este termo surgiu pela primeira vez na Constituição de 1976 (art.º nº 63), sendo posteriormente, no art.º 1 do Decreto-Lei nº 119/83 de 25 de Fevereiro.

(PAII), o Programa Idosos em Lar (PILAR) e o Programa de Apoio à Iniciativa Privada Social (PAIPS), definidos pelo Ministério da Saúde em parceria com a Direção Geral de Saúde.

Em Portugal, a resposta a esta população situava-se até finais dos anos 60 ao nível do internamento, quer se tratasse de um problema de saúde (hospitalar), quer se tratasse de uma questão social (asilos e albergues).

Com a evolução da medicina a intervenção também se alterou e deixou de estar apenas centrada no tratamento dos sintomas, mas integrou conjuntamente medidas para a melhoria da qualidade de vida das pessoas mais velhas, surgindo assim, no final dos anos 60, os Centros de Dia, numa conceção de estabelecimento aberto, numa lógica de complementaridade entre o domicílio e o internamento. Esta nova abordagem promovia a proximidade no tratamento e a prevenção.

Em Portugal, a partir dos anos 60/70, o envelhecimento da população, o aumento da esperança de vida e a deficiente situação socioeconómica decorrente das alterações políticas, conduziu ao desenvolvimento e implementação de vários projetos de apoio da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, às pessoas mais velhas.

Neste sentido foi desenvolvido um modelo de intervenção assente na promoção da qualidade de vida das pessoas mais velhas, estimulando a sua participação na comunidade, bem como a sua permanência no meio familiar e social, em detrimento dos “internamentos” e da institucionalização, até então praticados. Este processo tem uma diminuição, com a integração da população mais envelhecida e dependente nos centros de dia, que na sua essência integram uma prática de saúde preventiva associada a uma prática social diversificada.

A partir de 1976 começam a surgir mais respostas sociais neste âmbito, o que vem permitir às pessoas idosas mais autonomia no seio da comunidade em que se inserem, bem como potenciam o aumento da sua capacidade de independência, constituindo-se assim, como uma política de prevenção, promovendo a redução dos internamentos e da dependência, e simultaneamente criando atividades psicossociais que permitem a reeducação e a readaptação desta população ao meio onde se inserem.

Estes estabelecimentos assumem-se nesta altura como uma resposta inovadora, para a época, na medida em que visam permitir a reintegração das pessoas na comunidade e reencontrar novos modelos para uma vida social saudável, olhando a pessoa mais velha numa perspetiva global e de prevenção de um envelhecimento precoce.

O Centro de Dia encontrava-se já associado às questões da satisfação das necessidades básicas como: alimentação, higiene pessoal e /ou tratamento de roupas, bem como à necessidade de prestação de cuidados no domicílio, contemplando as pessoas que por motivos de saúde, não se podem deslocar ao estabelecimento e traduz-se em vários tipos de serviço, nomeadamente refeições, cuidados de saúde, entre outros.

Assim o funcionamento dos “centros de dia, assenta em sedes polivalentes de serviços coletivos de manutenção para a comunidade” (Cardoso, 1999: 80), obedecendo a sua criação a uma avaliação das necessidades da população, bem como da análise sociodemográfica, concorrendo estes indicadores para a projeção das respostas a criar. A criação destas tem procurado ao longo dos últimos anos, corresponder às necessidades identificadas, tendo por base a preocupação de não ser um espaço de segregação de grupos etários e onde se promova a autonomia e independência dos seus beneficiários.

Na prática, estas respostas visam a operacionalização das políticas de envelhecimento ativo, que contribuem para manter e promover a capacidade de autonomia (capacidade de decisão sobre as suas próprias vidas) através da implementação de ações que respondam às necessidades atuais da população idosa. Esta intervenção é sustentada pelos princípios e objetivos definidos pelo Plano de Madrid, que tem como prioridade a readaptação a um mundo que envelhece, através: i) da disponibilização de recursos e medidas para melhorar a qualidade de vida das pessoas mais velhas e, ii) potenciar os sistemas de cuidados e de bem-estar sustentáveis ao longo da vida das pessoas.

2.3.1. Centro de Dia: Uma resposta dirigida a pessoas com problemas de saúde mental

O modelo atual da resposta social de Centro de Dia ainda está, na sua maioria, muito centrado na prestação de cuidados de subsistência, ao garantir a satisfação das necessidades básicas dos seus beneficiários; Esta torna-se portanto uma resposta frágil, face às atuais necessidades e expectativas de uma população em envelhecimento. Presentemente, os Centros de Dia vivem num impasse, a necessidade de requalificar a resposta, com o objetivo de integrar diversos serviços que respondam à diversidade de necessidades, dependências e interesses dos seus atuais e futuros utentes.

É imperativo desenvolver uma resposta integrada, consubstanciada em estratégias de cooperação entre a área social e a saúde, com o objetivo de promover a manutenção das pessoas idosas no seu meio habitual de vida e melhorar a equidade do acesso daquelas pessoas a cuidados de qualidade, flexíveis, transitórios ou de longa duração, assegurando a

continuidade dos mesmos. Ou seja, a prioridade desta intervenção conjunta, passará por garantir um envelhecimento ativo, que promova processos de participação efetiva, de autonomia e independência, com ganhos em anos de vida para os mais velhos.

Esta proposta de modelo terá tanto mais êxito quanto mais assentar na cooperação, através do desenvolvimento de parcerias, que criem sinergias entre experiências, competências e recursos, dos diferentes sectores da sociedade e com respeito pelos princípios éticos da transparência, responsabilidade e compreensão mútuos.

Nos últimos anos, tanto a nível mundial, através da OMS, quer ao nível europeu, têm sido produzidos importantes documentos que vêm reforçando uma visão holística da saúde mental, partindo do princípio de que “não existe saúde sem Saúde Mental” (Comissão Europeia, 2005).

Segundo a Declaração Europeia de Saúde Mental, (OMS 2005), os países signatários deste acordo, entre os quais Portugal, assumiram o compromisso de “respeitar e promover os valores da igualdade, justiça e solidariedade” (p. 141, trad.) nos seus programas de Saúde Mental, através do envolvimento da comunidade, *empowerment* e *advocacy* das pessoas com doenças mentais e suas famílias e do acesso a cuidados de saúde mental integrados e pluridisciplinares.

Na última década, e tendo subjacentes as recomendações e diretrizes Mundiais e Europeias, Portugal tem desenvolvido grandes esforços na adoção e planeamento de uma política de saúde mental integrada, na qual as estruturas de apoio social ganham um papel determinante no acompanhamento e apoio das pessoas com doenças mentais.

O Despacho Conjunto 407/98 constituiu um ponto de viragem ao nível da política de reabilitação e integração social na área da saúde mental. A regulamentação do apoio articulado entre o sector social e o da saúde, na prestação de cuidados dirigidos a esta população, encerra em si uma leitura transversal e interdisciplinar da reabilitação psicossocial como parte essencial no tratamento e acompanhamento das pessoas com doenças mentais. Contudo, existe ainda um grande *deficit* deste tipo de respostas sociais, especialmente fora dos grandes centros urbanos.

É neste contexto que são criadas as Unidades de Vida (protegida, autónoma e apoiada) e os Fóruns Sócio-Ocupacionais, estruturas implementadas por ONG (organizações não governamentais), sobretudo IPSS (Instituições Particulares de Solidariedade Social). Todavia, na prática as existentes revelam-se claramente insuficientes, quer pela sua dimensão quer pela sua adequação.

Todos os interventores sociais são chamados a intervir nesta problemática, pressionando para a existência de estratégias que permitam a prossecução e implementação destas orientações, com a vista a que num futuro próximo, possamos ter menos diretrizes políticas e mais infraestruturas inclusivas desta população.

CAPÍTULO II: METODOLOGIA DE PESQUISA

Segundo Tartuce (2006), a metodologia científica trabalha dois fatores que lhe estão inerentes: o método e a ciência. Estes dois pressupõem que o trabalho de investigação conduza a um determinado objetivo, assente num conjunto de regras e procedimentos previamente definidos para realizar o processo de pesquisa. Ao iniciar este, é necessário fundamentá-lo num quadro teórico de referência da área do saber que se quer investigar, correlacionando-o com os métodos utilizados nas ciências sociais.

Para Quivy e Campenhoudt (2005: 44) “a melhor forma de começar um trabalho de investigação em ciências sociais consiste em esforçar-se por enunciar o projeto sob a forma de uma pergunta de partida”, e, num segundo momento, “avançar para o processo de pesquisa”, que segundo, Gil (2007, p. 17), “é definido como o (...) procedimento racional e sistemático que tem como objetivo proporcionar respostas aos problemas que são propostos.” Nesta aceção, a pesquisa desenvolve-se “por um processo constituído de várias fases, desde a formulação do problema até a apresentação e discussão dos resultados” (idem, idem).

Na perspetiva de Fortin, (1996) é através da construção do desenho de investigação que é possível ver esclarecidas os principais elementos da investigação.

1. Campo Empírico

A presente investigação teve como campo empírico a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, mais concretamente os vinte e um (21) estabelecimentos sociais que prestam apoio à população idosa residente na Cidade de Lisboa, com a valência de Centro de Dia. O território abrangido, conflui com o da intervenção social da organização, ou seja, a cidade de Lisboa. Desta forma foi possível recolher os dados para que fosse possível a prossecução dos objetivos delineados.

A escolha desta organização teve subjacentes dois motivos principais: em primeiro lugar, por ser uma organização de referência nacional em termos de intervenção social e de fácil acesso à investigadora, porque trabalha nela; e, por outro lado, porque esta instituição reúne as condições necessárias para a elaboração deste trabalho, pois têm valência de Centro de Dia e integra nela idosos com patologia no âmbito da saúde mental. Segundo Fortin

(1996), é fundamental que o investigador garanta que o meio é acessível e que haja a colaboração dos que lá trabalham.

Todavia, o conhecimento que a investigadora detêm sobre a organização (cerca de 12 anos de trabalho), e sobre a problemática do Envelhecimento (cerca de 20 anos) nem sempre se constituiu como uma mais-valia, ao contrário, exigiu um maior esforço de distanciamento para ler objetivamente a realidade que a circunda. Para isso, o processo de reflexão e questionamento foi fundamental para a dar continuidade a este processo.

Foi formalizado pedido superior ao Diretor da Ação Social (DAS) da SCML, para proceder à recolha de dados através da aplicação de questionários aos Diretores de Centro de Dia; colaboradores no direto e familiares de utentes com patologia no âmbito da saúde mental.

No decorrer deste processo, muitos foram os constrangimentos sentidos, para dar seguimento à recolha de dados. Inicialmente, os instrumentos de recolha foram propostos à hierarquia, que cessou funções no início do ano civil de 2016; Posteriormente, até a tomada de posse, dos novos órgãos, passaram 90 dias e posteriormente tiveram que ser submetidos (novamente) à nova estrutura organizacional da Ação Social da SCML. Com estas mudanças, muitas foram as Diretoras de estabelecimento e colaboradores diretos que alteraram o local onde exerciam funções. Desta forma, tivemos que aguardar até Setembro 2016, (final das férias), que os colaboradores se integrassem nas novas funções, equipas e estruturas e que tivessem conhecimento da população atendida para poderem responder ao que havia sido solicitado. Para além deste, existiram outros constrangimentos, pois foi feita a substituição do sistema informática da organização, o que originou dificuldades na abertura do programa de recolha de dados. Outro constrangimento foi a mudança de local de trabalho da própria investigadora, que para cumprir os pressupostos no trabalho, apresentou menos disponibilidade para ir respondendo “*in time*” aos problemas identificados.

O prazo de recolha de dados foi alargado até ao princípio do mês de Setembro 2016, e apesar da insistência e sensibilização dos colaboradores, apenas 15 dos estabelecimentos sociais responderam aos três questionários (Diretores, Animadores e /ou monitores e cuidadores informais). Outra dificuldade foi aguardar que os familiares cuidadores sinalizados pelos Diretores respondessem ao questionário. Muitos tiveram que se deslocar ao estabelecimento social e com o apoio da responsável fazê-lo. Este processo foi moroso, devido às várias limitações dos intervenientes – horários de trabalho; Falta de tempo para conciliação de deslocações.

Na análise feita após a receção dos mesmos, percebemos que não tínhamos o número suficiente de questionários respondidos pelos diversos públicos. Desta forma, redefinimos a estratégia metodológica (que inicialmente não estava prevista), e realizámos três entrevistas presenciais aos Diretores, aos Ajudantes de Lar e Centro de Dia e aos familiares cuidadores. Esta abordagem constituiu-se como uma mais-valia para sustentar a abordagem qualitativa e deu-nos uma visão mais interpretativa do processo.

Todas estas mudanças organizacionais e a necessidade de fazer alguns ajustamentos na estratégia metodológica que havia sido delineada contribuíram para que os prazos que foram previstos inicialmente em termos de resposta tivessem de ser alargados.

2. Universo e Amostra

Feita a delimitação do campo empírico, tornou-se necessário identificar o universo e seleccionar uma amostra.

Como foi acima referido, tínhamos como principal objetivo perceber como os diferentes atores se posicionavam face à prestação de cuidados a idosos portadores de patologia no âmbito da Saúde Mental, resultando daí a identificação de três universos: um primeiro composto pelos diretores de Centro de Dia, um segundo, pelos colaboradores da resposta social, e um terceiro pelos cuidadores informais/ familiares.

Se o primeiro universo se encontrava perfeitamente identificado, o mesmo já não se pode dizer dos outros dois. Com efeito, através da listagem do número de Centros de Dia da SCML foi possível identificar um total de 21 equipamentos, número este correspondente ao número de diretores possíveis. Já no que se refere ao número de colaboradores diretos, a sua identificação revelou-se mais complexa, não apenas pelo elevado número de indivíduos integrados nas diferentes equipas, mas pelas próprias alterações recentes introduzidas na constituição das mesmas, tornando este processo de identificação moroso e falível em termos de rigor. O mesmo tipo de constrangimentos se verificou ao nível da identificação dos cuidadores informais/ familiares. É um facto que o número de utentes apoiados pelos 21 Centros de Dia encontra-se referenciado (conforme Quadro 2.1), número este que ultrapassa a própria capacidade global dos equipamentos (1264 utentes). Contudo, há que ter em conta que nem todos os utentes apoiados possuem cuidadores informais/ familiares, havendo uma parte destes que, porque sem redes de suporte familiar, contam apenas com o apoio e cuidados prestados pelo Centro de Dia. Identificar o universo dos cuidadores informais

implicaria, neste princípio, a consulta dos processos individuais dos utentes, procedimento este moroso e de acesso limitado.

Quadro 2.1 - Número de utentes por Centro de Dia da Cidade de Lisboa

Estabelecimentos	N.º Utes
Centro Comunitário de Telheiras	74
Centro de Desenvolvimento Comunitário do Bairro dos Lóios	169
Centro de Desenvolvimento da Charneca	70
Centro de Dia da Quinta das Flores	88
Centro de Dia de S. Bartolomeu do Beato	32
Centro de Dia do Alto do Lumiar	45
Centro de Dia do Alto do Pina	91
Centro de Dia e Apoio Domiciliário S. José e Coração de Jesus	27
Centro de Dia Frei Miguel Contreiras	60
Centro de Dia Rainha D. Maria I	66
Centro de Dia de N.ª. SR.ª. da Pena	72
Centro de Dia de N.ª. SR.ª. dos Anjos	85
Centro de Dia de St.º. Condestável	100
Centro de Dia de St.º Eugénio	106
Centro Social Comunitário do Bairro da Flamenga	52
Centro Social da Sé	78
Centro Social Polivalente do Bairro da Boavista	89
Centro Social Polivalente do Bairro das Furnas	59
Centro Social Polivalente do Bairro Padre Cruz	73
Centro Social Polivalente S. Cristovão e S. Lourenço	68
Centro Social S. Boaventura	81
Total	1585

Se no que se refere aos diretores de equipamento se optou por inquirir o conjunto dos 21 Centros de Dia (correspondente ao Universo), já no que toca aos colaboradores e cuidadores informais foi necessário tomar algumas opções. Inicialmente havíamos previsto a seleção de uma amostra de 30 colaboradores dentro dos vários equipamentos e uma amostra de 30 cuidadores informais, através de um processo de seleção por conveniência e que derivaria de contatos fornecidos pelos próprios centros ou por conhecimento da própria investigadora sobre o campo de intervenção e dos que nele operam ou que por ele são apoiados. Contudo, uma vez mais este procedimento teve que ser repensado, dadas as alterações na estrutura organizativa já referidas acima. Assim, a seleção destas duas amostras acabou por se efetuar a partir do pressuposto que seriam os diretores respondentes a indicar um colaborador do seu equipamento, bem como um dos cuidadores informais dos utentes que usufruem da resposta de respetivo Centro de Dia, abrangendo uma amostra de 21 colaboradores e 21 cuidadores informais. No entanto, efetivaram-se apenas 15 indivíduos para cada uma destas categorias, pelas razões que também já foram apontadas acima.

3. Métodos de Investigação

Nesta fase, cabe explicitar os métodos que foram utilizados para levar a cabo esta investigação. Segundo Quivy e Campenhoudt (1988: 23), “Os métodos não são mais do que formalizações particulares do procedimento, percursos diferentes concebidos para estarem mais adaptados aos fenómenos ou domínios estudados”, sendo a sua escolha resultado dos objetivos da pesquisa, do nível de conhecimento que o investigador tem acerca da temática e das variáveis de análise selecionadas para dar resposta aos objetivos e às questões teóricas colocadas. (Fortin, 1996).

Nesta pesquisa aplicámos uma abordagem mista, suportada pelo uso de métodos quantitativos e complementada pelo uso de métodos qualitativos.

Se, por um lado, pretendíamos obter uma visão global sobre a resposta social Centro de Dia da SCML e a sua adequação na prestação de cuidados aos idosos com doença mental, na perspetiva dos principais atores nele envolvidos ou por ele responsáveis, por outro, revelou-se necessário aprofundar alguns aspetos e perceber, de forma mais compreensiva, o modo como estas questões são sentidas e interpretadas por aqueles.

Nesta perspetiva, através dos métodos quantitativos tornou-se possível uma maior comparabilidade e mensurabilidade da informação recolhida, e através dos métodos qualitativos conseguimos obter uma maior (e melhor) compreensão do fenómeno em análise e dos contextos em que estes se desenvolvem.

4. Instrumentos de recolha e tratamento de dados

Face à natureza da problemática e de modo a dar resposta aos objetivos inicialmente delineados foi realizado um conjunto de operações de pesquisa, determinantes na produção dos resultados, a saber: análise documental, inquéritos por questionário e entrevistas semiestruturadas.

Através da técnica da análise documental procurou-se fazer um levantamento da legislação e conjunto de dispositivos normativos sobre a saúde mental, no sentido de ter, não apenas, um conhecimento mais sustentado desta problemática, mas também do tipo de respostas e propostas por estes apresentados.

Os inquéritos por questionário, para além de se assumirem como um dos instrumentos privilegiados da investigação social, permitem-nos, como referem Gliglione & Matalon (1992), não só estimar grandezas (absolutas e relativas), mas ainda descrever uma população

e verificar hipóteses. Não sendo objetivo desta dissertação a verificação de hipóteses, ela pretendia contudo, descrever uma determinada realidade social (neste caso dos Centros de Dia da SCML) e perceber a expressão que certos traços/ características/ problemáticas assumiam neste contexto.

Para além desta capacidade de uma compreensão mais geral e global do fenómeno em estudo, o inquérito por questionário revelou-se como uma técnica relativamente simples de utilizar, requerendo o dispêndio de pouco tempo na sua aplicação (envio online) e a utilização de equipamentos (software) relativamente acessíveis. Para além disso, veio permitir a manutenção de uma postura deontológica de distanciamento e objetividade que, devido ao conhecimento e envolvimento profissional existente entre a investigadora e a instituição, poderia ser difícil de manter. Estas são nomeadamente algumas das razões apontadas por Gliglione & Matalon (1992) para o uso frequente desta técnica.

No caso concreto desta investigação, pretendia-se através do recurso a esta técnica, sobretudo: 1) Caracterizar a população que frequenta a resposta social de Centro de Dia, as suas necessidades e expectativas face aos serviços prestados; 2) Identificar o processo e dificuldades de prestação de cuidados por parte da equipa de colaboradores do Centro de Dia a portadores de doenças no âmbito da saúde mental; 3) Tipificar os perfis das equipas (formação e competências) que têm intervenção direta no apoio prestado aos sujeitos beneficiários da resposta Centro de Dia; e 4) Avaliar a adequabilidade do perfil dos técnicos às necessidades dos sujeitos que recorrem à resposta de Centro de Dia que são portadores de doença mental.

Para tal, foram aplicados inquéritos por questionário *online* (via Google forms) a 21 diretores de equipamento, tendo obtido um total de 15 respostas. Nos inquéritos aos colaboradores e cuidadores informais recolheram-se ainda um total de 30 questionários (quinze para cada categoria), conforme anexos A, B e C.

Para além destas operações de pesquisa, foram ainda realizadas 9 entrevistas semiestruturadas.

A opção pelas entrevistas semiestruturadas veio favorecer, a nosso ver, a expressão da representação subjetiva dos indivíduos quanto às respostas preconizadas pelo Centro de Dia. Como refere Palmade (1988 in Gliglione & Matalon, 1992), esta técnica permitiu ainda explorar o sentido das condutas a um nível mais dinâmico do que das opiniões e das racionalidades que a elas estão ligadas, e que é próprio dos inquéritos por questionário. Para

além disso, revela-se como o formato mais adequado às contingências do ambiente e aos objetivos que o investigador se propõe atingir. (Grawitz in Carmo & Ferreira, 1998).

Assim, foram realizadas entrevistas a três (3) diretores de equipamento, a três (3) colaboradores e a três (3) cuidadores informais, num total de nove (9) entrevistas realizadas, mediante um guião previamente construído (conforme Anexos F, G e H).

Estas tinham como principal objetivo:

- 1) Entrevistas aos Diretores de estabelecimentos da SCML com valência de Centro de Dia

Perceber o tipo de população que recorre ao serviço, como decorre o processo de integração e acompanhamento, os Perfis das equipas – Formação, Competências a Adequabilidade à função, o Tipo de cuidados prestados e dificuldades apresentadas e as alternativas à intervenção.

- 2) Entrevistas aos prestadores de cuidados nos Centros de Dia

Perceber a experiência profissional do colaborador, bem como a motivação para o exercício das suas funções. E ainda que dificuldades têm e a que nível estas poderiam ser superadas.

- 3) Entrevistas aos cuidadores Informais

Perceber o seu grau de satisfação face ao serviço prestado pela organização SCML; que dificuldades apresentam no apoio dado ao seu familiar e sugestões de melhoria.

Do ponto de vista do tratamento de dados quantitativos (questionário), foi utilizado o *software* Excel, por forma a categorizar as respostas e obter frequências que permitissem medir esta realidade dos Centros de Dias, suas respostas, especificidades e dificuldades.

Já no que se refere aos dados qualitativos (entrevista), recorreu-se à análise de conteúdo. Como salienta Bardin (2004), a análise de conteúdo não serve apenas para se proceder a uma descrição do conteúdo do texto, mas também, e principalmente, para produzir inferências de conhecimentos relativos às condições de produção (ou eventualmente receção), com a ajuda de indicadores. Segundo esta definição, esta técnica de tratamento de dados serve sobretudo para ver nos textos quais, de entre os vários elementos que compõem o material, as variáveis que poderão descodificar o sentido do texto.

Para tal, foram criadas diversas categorias de análise (conforme Anexo I) de forma não apenas a organizar o material recolhido, mas a dele extrair o sentido dado pelos vários entrevistas ao problema em estudo e estabelecer comparações entre si.

CAPÍTULO III: APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS

Como já foi salientado, os resultados abaixo analisados provém de 15 questionários respondidos pelas Diretoras de Centro de Dia, 15 respondidos por colaboradores da mesma resposta e 15 por cuidadores informais/familiares de utentes dos Centros de Dia da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.

1. Caracterização dos Inquiridos

No que respeita à primeira pergunta relacionada com a faixa etária, nos três questionários aplicados a diretores de estabelecimento, colaboradores e cuidadores informais, podemos perceber que ao nível dos diretores, a maioria encontra-se nos 45-54 anos (7), nos colaboradores, a maioria distribui-se nas faixas etárias dos 35-44 anos (5) e 45-54 anos (5), e nos cuidadores informais nos 55-64 anos (7). Estes últimos prestam cuidados a familiares que se encontram na sua maioria na faixa etária dos 85 anos ou mais (11).

Quanto ao sexo, é unânime a predominância do sexo feminino nos três tipos de públicos, sendo que ao nível dos diretores de estabelecimento a frequência é de 100% (15), nos colaboradores 86,7% (13) e nos cuidadores 66,7% (10).

Em relação ao número de anos na função de diretora, a maioria (6) encontra-se no desempenho da mesma entre os 6 e os 10 anos. No que respeita aos colaboradores, a maioria trabalha há mais de 20 anos na mesma função (5).

No que respeita à formação académica dos diretores todos têm licenciatura, 11 dos quais em Serviço Social. Existem ainda 2 diretores que possuem Mestrado em gerontologia. Nos colaboradores a maioria também tem licenciatura (8).

2. Caracterização da Resposta Social

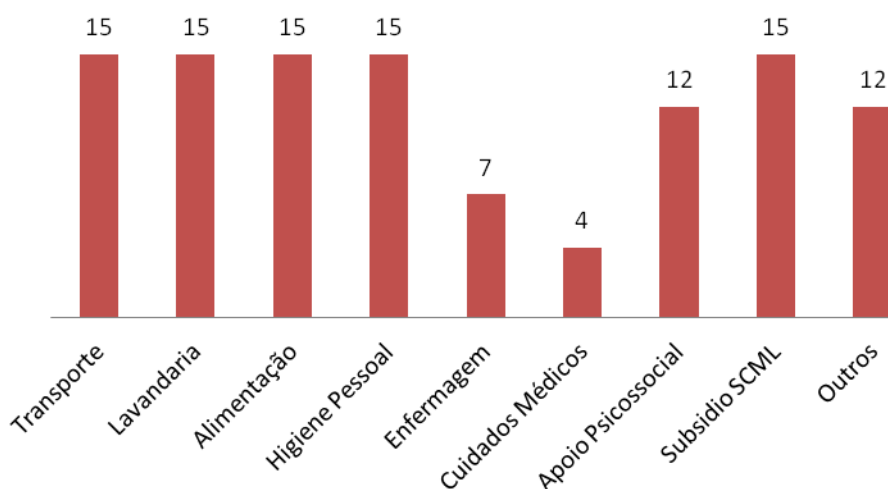
Esta caracterização está subjacente aos contributos dados por 15 estabelecimentos da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa com a valência de Centro de Dia. Salientamos que a área geográfica circunscrita é a cidade de Lisboa.

Estes equipamentos têm na sua totalidade a capacidade para apoiar 1264 utentes, sendo a capacidade mínima de 24 e a máxima de 220. Maioritariamente, nesta resposta não existe lista de espera, no entanto, observam-se 4 equipamentos com um total de 11 utentes que aguardam vaga para integração na resposta. Não se consegue prever com exatidão o

tempo médio de espera porque terá que existir: desistência, integração noutra resposta social ou falecimento, variáveis estas que não se conseguem prever.

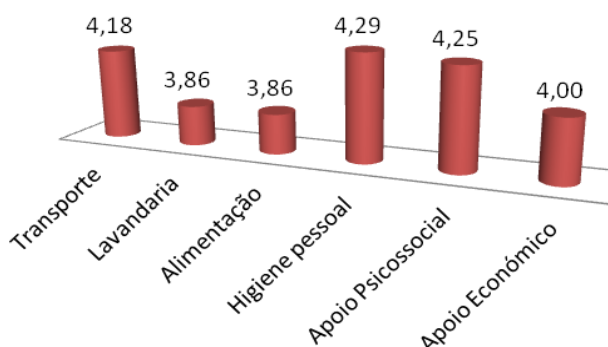
Na Figura 3.1 apresentam-se os serviços prestados pelos centros de dias, sendo que os cuidados de enfermagem (7) e médicos (4) são os que têm menor expressão, o apoio psicossocial e outros serviços como a teleassistência, acompanhamentos a consultas, diligências externas apresentam-se em 12 equipamentos, enquanto todos os restantes serviços, existem na totalidade dos estabelecimentos com esta valência.

Figura 3.1 - Serviços prestados pelo Centro de Dia



Segundo a avaliação dos cuidadores informais/familiares (Figura 3.2) a satisfação com os serviços prestados é muito satisfatória, no que respeita ao transporte, apoio psicossocial e à prestação de cuidados de higiene. Os serviços com menos grau de satisfação são a alimentação e a lavandaria. Salienta-se que os serviços disponíveis em centro de dia não são garantidos a todos os utentes, pois estão salvaguardados ou pelos familiares ou pelos próprios.

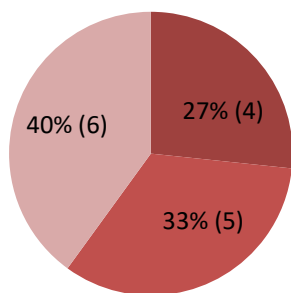
Figura 3.2 - Avaliação dos Cuidadores informais/familiares quanto aos serviços (0 - não aplicável / 5 - Excelente)



Relativamente ao número de colaboradores afeto por categoria, constata-se que 11 diretores de estabelecimento são Assistentes Sociais e outros 4 têm outra área de formação (Psicologia). Todos os equipamentos, nas suas equipas, integram um motorista e um animador (5) ou monitor (10), alguns destes últimos aguardam requalificação tendo em conta a obtenção do grau de licenciatura. No total dos 15 Centro de dia, estão afetas 53 ajudantes de lar e centro de dia. Não existem terapeutas ocupacionais integrados nas equipas de centros de dia, embora possam colaborar pontualmente sempre que solicitados. Esta realidade é semelhante nos psicólogos, sendo que em 4 estabelecimentos então a tempo parcial (meio dia por semana).

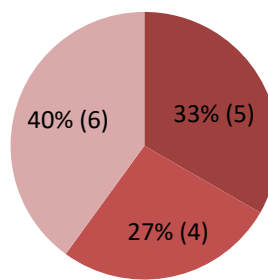
No que respeita ao acesso aos equipamentos (Figura 3.3), identificou-se que 60% destes possuem barreiras arquitetónicas, degraus e escadas. No interior das instalações destes (Figura 3.4) também 60 % têm escadas e degraus.

Figura 3.3 - Existência de Barreiras Arquitetónicas no acesso aos equipamentos



■ Sim - Escadas ■ Sim - Degraus ■ Não

Figura 3.4 - Existência de Barreiras Arquitetónicas no interior das instalações



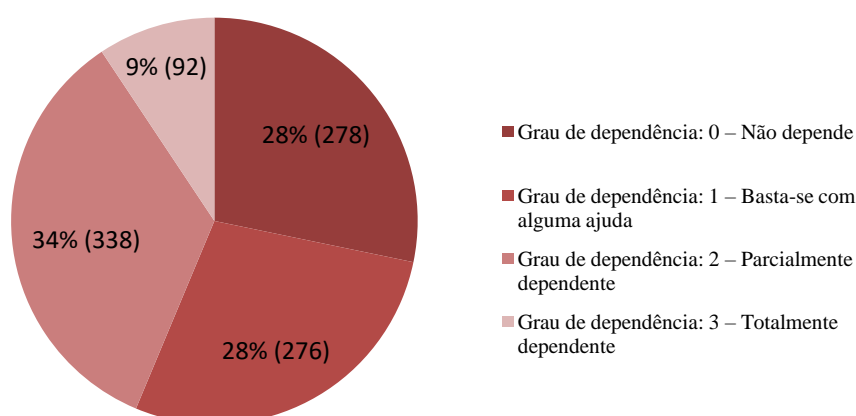
■ Sim - Escadas ■ Sim - Degraus ■ Não

O número total de utentes apoiados pelos 15 centros de dia inquiridos é de 984 utentes; 210 destes acumulam a resposta de centro de dia com a de serviço de apoio domiciliário; 658 utentes possuem rede de suporte familiar, e 324 são utentes isolados.

No que respeita ao seu grau de dependência, sendo o índice de KATZ (instrumento de medida utilizado na organização), 278 não apresenta grau de dependência para a satisfação das suas necessidades básicas (grau 0)

Conforme a Figura 3.5 podemos perceber que existem 276 utentes com grau de dependência 1- Basta-se com alguma ajuda, 398 são parcialmente dependentes (grau 2) e 92 totalmente dependentes (grau 3).

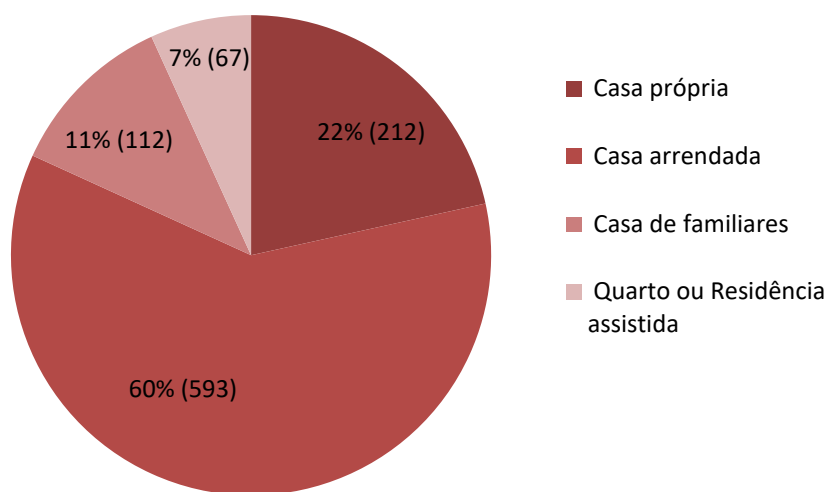
Figura 3.5 - Grau de dependência dos utentes



Segundo os dados apurados, e verificando pela Figura 3.6, 212 utentes residem em habitação própria, 593 em habitação com contrato de arrendamento, 112 em casa de familiares e 67 em quarto ou residências assistidas da Santa Casa.

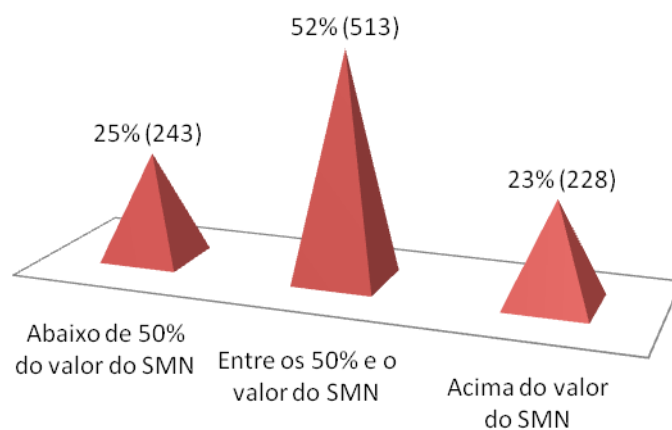
No questionário aos cuidadores informais/familiares, verificámos ainda que 66,7% dos utentes encontram-se a residir na casa do cuidador.

Figura 3.6 - Tipo de Habitação dos utentes



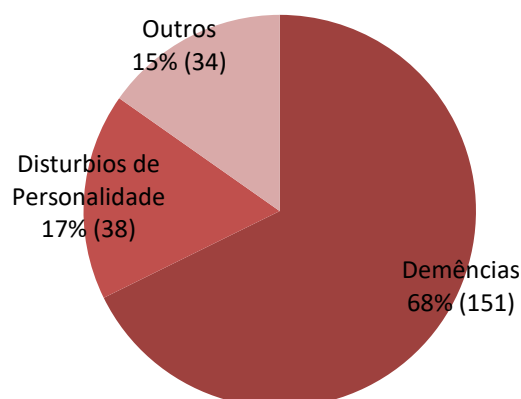
No que respeita aos rendimentos dos utentes (Figura 3.7), resultantes de pensões de reforma, podemos dizer que 243 utentes recebem abaixo de 50% do Salário Mínimo Nacional (SMN), 513 têm rendimentos entre os 50% e o valor do SMN e 228 recebem acima do valor de referência do SMN.

Figura 3.7 - Rendimentos dos Utentes



Dos 984 utentes apoiados na valência de Centro de Dia, 223 têm patologia em saúde mental (Figura 3.8), sendo as mais predominantes as demências (151) e distúrbios da personalidade (38), os restantes variam entre esquizofrenia, bipolaridade, perturbação da memória, entre outros.

Figura 3.8 - Patologias em saúde mental dos utentes



Relativamente, à integração destes utentes na resposta é sempre pedido relatório médico comprovativo da doença e identificação da terapêutica atual. A avaliação inicial na sua maioria (8) é feito com recurso a outros técnicos da organização (psicólogo, terapeuta ocupacional). Neste âmbito, é definido conjuntamente entre equipa técnica e o utente, o plano específico de cuidados que posteriormente é passado à equipa que se encontra na prestação de cuidados. A reavaliação deste plano é feita na maioria das situações, em 11 equipamentos e reajustado mediante os resultados deste processo.

Foram apresentadas pelos diretores como dificuldades para a prestação de cuidados, a escassez de pessoal e falta de formação como sendo as mais significativas (conforme quadro 3.1). Na categoria «outras» foram identificados a falta de profissionais com formações específicas no âmbito da saúde mental (5) e ausência de relatórios clínicos (4) que objetivamente identifiquem a doença do utente.

Quadro 3.1 - Dificuldades sentidas na prestação de cuidados

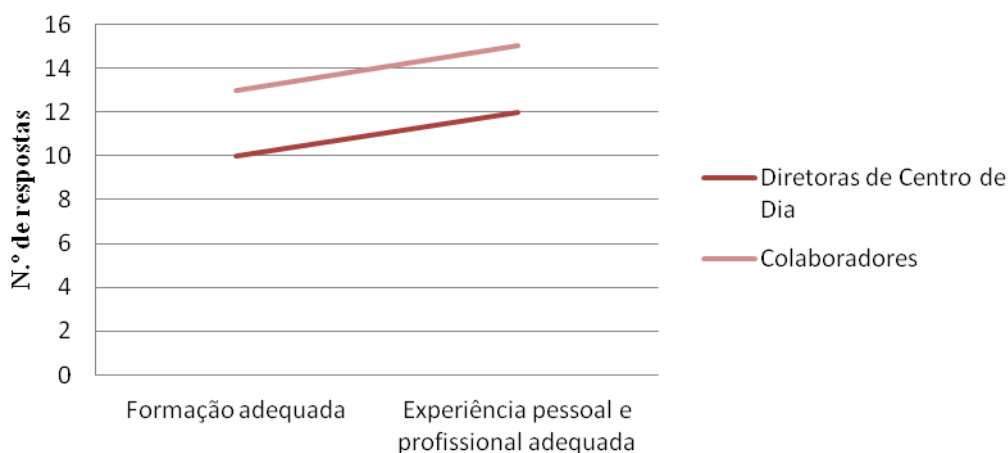
	Escassez de pessoal	Falta de Formação	Grau de dependência dos utentes	Outras
Diretoras de Centro de Dia	13	13	9	5
Colaboradores		8	7	
Cuidadores informais		8	6	12

No que respeita aos colaboradores, 53,8% afirma ter dificuldades no exercício da função, sendo as principais causas apontadas falta de formação (8) e o grau de dependência dos utentes (7).

Já os cuidadores informais/familiares manifestam ter dificuldade na prestação de cuidados (cerca de 80% dos inquiridos). Os fatores apontados para estas dificuldades estão relacionados com a falta de disponibilidade, incapacidade física e mental (classificados como outros), e a falta de formação específica (8) para lidar com a dependência do seu familiar (6). Marginalmente é apontada ainda a relação de conflito entre o cuidador e o familiar, o que impossibilita ou dificulta a prestação dos cuidados. 98% dos cuidadores afirma que o seu familiar tem doença do foro da saúde mental, e que essa situação é promotora das dificuldades sentidas na prestação de cuidados.

Da opinião dos diretores, Figura 3.9 no que respeita à formação dos colaboradores (ajudantes de lar e centro de dia, motorista e outros), para a prestação de cuidados, retira-se que a formação dos mesmos está adequada para o exercício de funções (10), tal como a experiência pessoal e profissional (12). Já na opinião dos próprios, 13 colaboradores afirmam ter a formação adequada para o exercício da função e 15 afirmam que a sua experiência pessoal e profissional é adequada (8), muito adequada (5) e totalmente adequada (2). Estes avaliam o grau da sua motivação para o exercício das funções com 6 motivados, 7 muito motivados e 2 totalmente motivados.

Figura 3.9 – Adequação da formação dos colaboradores na prestação de cuidados



Quanto aos técnicos, a avaliação feita pelos diretores tem uma maior expressão na adequação da formação e experiência pessoal e profissional. Registou 14 respostas entre

adequada e totalmente adequada para ambas as categorias. Os técnicos, que se refere a esta questão, consideram que a sua formação está adequada às suas funções (7) e que a sua experiência pessoal e profissional está adequada (5) e totalmente adequada (3).

Quadro 3.2 – Adequação da formação dos técnicos na prestação de cuidados

	Formação adequada	Experiência pessoal e profissional adequada
Diretoras de Centro de Dia	14	14
Técnicos	7	8

No que concerne às sugestões de melhoria da resposta de centro de dia dadas pelas suas diretoras, constata-se que o aumento de recursos técnicos aparece como fator primordial para garantir a qualidade da resposta, seguidamente da necessidade da adequação do perfil dos colaboradores, que se encontra intimamente relacionado com a formação contínua e específica na área da saúde mental. Estas são assumidas como eixos de investimento prioritário para cumprir os pressupostos desta resposta (Anexo D).

Estas ideias são expressas de forma clara no próprio discurso dos inquiridos:

"Reforço da equipa interdisciplinar de apoio ao trabalho com idosos, bem como, da equipa prestadora e cuidados..." (D8)

"Maior afetação de técnicos especializados nesta área..." (D12)

"Adequação do perfil dos colaboradores..." (D11)

"Necessidade de adequar o perfil dos colaboradores para trabalhar com idosos no momento da contratação." (D12)

"...formação na área das demências e saúde mental a todos os colaboradores da equipa..." (D6)

"...formação no âmbito das atividades específicas e individualizadas junto do utente no que respeita à saúde mental." (D10)

Com menor expressão, mas várias vezes referido aparece a necessidade de alargamento do horário de funcionamento da resposta de centro de dia:

"...alargamento do horário da resposta de CD (...) alteração do horário do motorista..." (D4)

Já os colaboradores sugerem mais profissionais para reforço da equipa (7) e promoção de formação específica para a melhoria das suas funções (5):

"Mais meios técnicos e humanos de ajuda para trabalhar com a população alvo."
(C1)

"Mais formação específica para lidar com doentes com problemas de saúde mental e para desenvolver atividades e cuidados adequados." (C15)

No que respeita ao contributo dos cuidadores informais/familiares as sugestões identificadas passam pela formação contínua e por ter mais apoio no período noturno.

"Precisava de mais formação para prestar os cuidados à minha mãe" (CI 2)

"Alargamento do horário para cuidados ao final do dia - noite" (CI 3)

3. Perceção dos entrevistados face à Resposta Social

Caracterização da população da população que recorre ao Centro de Dia

Após análise e sistematização dos contributos dados com a aplicação de entrevistas semiestruturadas aos Diretores de estabelecimento, aos colaboradores que prestam cuidados e aos familiares dos utentes com patologia no âmbito da saúde mental, nos Centros de Dia da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa podemos aferir, que na globalidade, o processo de Envelhecimento é um fenómeno que requer uma atenção redobrada devido à sua grande complexidade.

Poderá ler-se face aos contributos dos entrevistados, que o envelhecimento é uma realidade inequívoca, que cada vez mais existe a necessidade de ter serviços de apoio, com qualidade, para esta população. A questão da saúde mental aparece-se associada a um quadro de grande dependência, que requer cuidados diferenciados.

Regista-se por isso, um aumento significativo de pedidos para integrar a resposta social de Centro de Dia, com o pressuposto de garantir uma melhor qualidade de vida aos beneficiários.

"Hoje o Envelhecimento tornou-se uma realidade muito complexa (...) quando comecei a trabalhar há 30 anos, quase não tínhamos utentes "para encher os Centros de Dia", hoje é o que se vê. Não temos vaga para integrar nem mais um, e o tempo de espera é sempre relativo (...) alguém tem que desistir, transitar para outra resposta ou falecer para termos vaga." (D1).

O D2, na sua análise, no que respeita à caracterização da população que recorre ao Centro de Dia, aponta o fenómeno do Envelhecimento como um desafio, desafio este que é estendido a todos os profissionais que trabalham junto desta população. Traduzindo-se esta

realidade pelo agravamento das situações de dependência a nível das capacidades funcionais e cognitivas.

“O aumento significativo da esperança média de vida à escala global vem originar um agravamento dos estados de dependência (...) esta realidade constitui um desafio na prática diária do AS e dos profissionais que intervêm neste campo” (D2).

O discurso e a perceção relativamente a este tema não difere dos contributos dados pelo terceiro entrevistado.

“O Envelhecimento demográfico (...) é uma realidade que todos reconhecemos e temos que encarar (...) Os desafios face a esta realidade são muitos e exigem um novo olhar devido ao seu impacto social” (D3).

Perspetiva-se um aumento do número de situações que recorre ao Centro de Dia e a necessidade de garantir uma resposta de qualidade. Afirmam categoricamente que este é um desafio que envolve todos, pois cada mais as situações apresentam um maior grau de complexidade: no âmbito da saúde, na precariedade dos recursos económicos e na situação de fragilidade social.

“Hoje, os mais velhos, encontram-se mais dependentes (...) devido aos seus problemas de saúde (mentais) têm uma resposta pouco qualificada (...) Os Centros de Dia atuais ainda não estão munidos de recursos humanos, devidamente qualificados, para lidar com estas situações.” (D1).

“Esta realidade constitui um desafio (...) impondo um conjunto de práticas interativas que visem manter o respeito pela identidade e dignidade do Idoso:” (D2)

Associados a estes fatores, está a questão da vulnerabilidade social das famílias e dos territórios, que é sustentada por um parque habitacional envelhecido e sem renovação das gerações e pela complexidade da vida dos familiares, que têm pouco tempo e disponibilidade para cuidar dos seus velhos.

“Estamos integrados em territórios muito envelhecidos (...) existência de muitas barreiras arquitetónicas (...) os vizinhos são todos da mesma idade (...) existem poucos jovens e a rede de vizinhança não ajuda (...) as famílias, têm vidas muito difíceis (...)” (D1)

“Qualidade e acessibilidade de algumas das instalações que dificultam a locomoção de muitos utentes, devido aos diferentes graus de dependência (...). (D3).

Neste âmbito, todos os Diretores entrevistados apontam a questão do Envelhecimento como uma preocupação que tem outros fatores associados, que devem ser lidos e integrados numa avaliação conjunta, a fim de planear a intervenção nos vários sistemas de análise. A fragilidade e o cansaço das famílias que prestam apoio e cuidados aos seus, a insuficiente resposta dada pelos serviços para responder aos atuais problemas e a necessidade de dotar as

equipas e familiares de competências, através da formação contínua, que garantam cuidados de qualidade que promovam a dignidade de quem envelhece.

“Os cuidadores que são familiares, preocupam-nos também (...) chegam ao limite das suas forças, com estes quadros muito apelativos e de grandes dependências” (D1)

“Preocupa-nos a dignidade da pessoa idosa (...) são muitas vezes ignorados nas decisões por terem limitações na área da saúde mental (...) aqui no centro de dia procuramos ouvi-los, dar-lhes voz” (D1)

“As famílias encontram-se em crise: para prestar apoio, para fazer face às suas necessidades (...) estes fatores influenciam muito o processo de Envelhecimento dos seus. (D3).

Embora os Diretores reconheçam o importante papel da resposta de Centro de Dia e dos serviços prestados junto dos utentes e famílias, também identificam algumas limitações no apoio a esta população.

“A população que hoje recorre aos serviços (...) precisa muito desta resposta. É um suporte importante para garantir o apoio aos seus familiares ” (D2)

“Apesar dos CD se proporem a prestar cuidados de qualidade, muitas das vezes o sucesso não é atingido (...) embora seja fundamental a sua existência e intervenção.” (D3)

Poderá ler-se face ao discurso dos entrevistados, que a resposta de Centro de Dia terá que ser repensada, em termos de adequação de horário de funcionamento, atividades e de investimento nas equipas de trabalho. Afirmam que muitas das famílias apresentam estes fatores como grandes constrangimentos para garantir uma resposta, que se quer de qualidade.

“Durante o dia (...) afirmam que o CD devia alargar o horário de funcionamento, (...) para estar de acordo com o horário que saem do trabalho (...). (D1).

“Embora a resposta de CD (...) tenha que se redefinir (...) estar mais próximo das necessidades sentidas pelos utentes e familiares (...) os idosos saem muito cedo por volta das 16:00.” (D2)

“Equipas de apoio insuficientes e/ou com défice de formação que impossibilita a execução de atividades direcionadas, e específicas para públicos muito dependentes” (D3)

Processo de Integração e Acompanhamento

No que respeita ao contributo dados pelos Diretores em relação ao processo de integração e acompanhamento dos utentes que solicitam a resposta de Centro de Dia, todos são unânimes ao afirmar que só mediante um primeiro pedido é que se pode iniciar todo o processo. Identificam também as razões que levam os próprios ou terceiros a fazê-lo.

“...tem subjacente um pedido (...) feito pelo idoso, ou familiares ou comunidade (...) 80% dos pedidos são feitos por terceiros” (D1).

“...o envelhecimento é um trajeto pessoal na vida de qualquer indivíduo, caracterizado por acentuadas variações (...) é perante estes fatos, que muitas das vezes, surge o primeiro pedido para ser apoiado pelo CD” (D2).

“...aumento das doenças crónicas, com os consequentes efeitos ao nível da incapacidade e dependência, o que vai provocar um maior impacto designadamente na qualidade de vida dos idosos,(...) Sobretudo nestes casos, é necessário o apoio da organização e surge o contacto para integração em CD (D3).

O ponto de partida após o pedido tem subjacente uma avaliação da situação social, quase sempre com recurso à visita domiciliária, que poderá ser feita individualmente pelo responsável da resposta ou em equipa. Em meio hospitalar, a avaliação é sempre conjunta com a equipa de Serviço Social. Alguns dos entrevistados assumem esta estratégia como fundamental, para capacitar e sensibilizar o idoso para a necessidade de garantir o apoio (necessário) para a realização das atividades de vida diária e a promoção de outras que visem a quebra do isolamento social e da exclusão.

“Fazemos VD inicial (muitas são depois as que se seguem para reavaliação das situações), para fazer o diagnóstico da situação e perceber a motivação do idoso (que no início, geralmente, é baixa (...)). (D1)

“É fundamental, fazer avaliação conjunta (...) procuro sempre ir com um técnico da organização e / ou da comunidade” (D1)

“(...) nem sempre a 1ª avaliação da situação, corresponde à entrada da pessoa). (...) É preciso um momento de reflexão e de aceitação, de que precisa de apoio (...) perdeu a autonomia.” (D2)

“As situações geralmente são nos sinalizadas para integrar a resposta e quase sempre a avaliação é feita em conjunto e com recurso a visita domiciliária” (D3).

No que concerne aos constrangimentos identificados na fase de integração, os Diretores evidenciam o confronto (que os beneficiários vivem) com o reconhecimento da sua dependência e com a perda da autonomia, questões estas que exigem por parte das equipas muita sensibilidade e tato para a gestão destas situações.

“Alterar as rotinas diárias do idoso(...) ao início, é complexo. Temos um período de integração (semelhante ao que se faz com as crianças em creche (não estou a comparar), mas tem resultado. O período inicial de integração em CD, é o confronto direto, com o Envelhecimento, com a perda de autonomia (questões físicas, geralmente), que leva o seu tempo” (D1)

“A questão do acompanhamento sistemático (exige muito da equipa prestadora de cuidados diretos), mas é fundamental para garantir a qualidade de resposta” (D1)

“Estas perdas, e a consciência delas dificultam o processo de adaptação a novas realidades, (...) adaptação ao CD, de um acompanhamento mais personalizado (...) A adaptação ao meio e a sua integração em grupos de pertença evitando o isolamento (...). (D 2)

Tornar este processo participado por todos os intervenientes e promover a partilha de experiências no seio da equipa, como refere o primeiro entrevistado, é fundamental para a gestão das situações de crise e para a requalificação da intervenção.

“ Todas as semanas, reunimos com a equipa (...) e refletimos sobre o apoio que prestamos (...) a mudança de comportamentos e as ideias preconcebidas (...) são as mais difíceis de trabalhar e de se ver resultados, como gerir as situações de crise.(...) ajuda-nos também a pensar em estratégias de atuação para nos apoiar no dia -à -dia e para nos dar ferramentas (indispensáveis) para apoiar as famílias (...) as equipas não estão preparadas para a gestão destas situações) (...) cabe a nós, gestores de equipas, encontrar estratégias, formações (...) para munir estas pessoas de competências adequadas”. (D1)

Tipo de cuidados prestados e dificuldades

Os serviços prestados, segundo os inquiridos, dependem sempre da avaliação social e da contratualização destes com os idosos e famílias. Este processo pressupõe a garantia de um conjunto de serviços que não possam, por motivos de dependência e / ou incapacidade serem providos pelos próprios. Procura-se potenciar as competências individuais existentes, a fim de promover, até que seja possível, a autonomia dos beneficiários. Em situações de maior dependência e sem rede de apoio familiar, os serviços podem ser alargados com o apoio do serviço de apoio domiciliário, que funciona, 7 dias na semana, das 09:00 às 21:00.

“Mediante o grau de vulnerabilidade e fragilidade da situação do idoso (propomos o serviço “misto “, ou seja CD + SAD); os idosos mais dependentes, geralmente tem este serviço alargado” (D1)

“Asseguramos os cuidados básicos: Higiene Pessoal, alimentação, lavandaria, transporte (todos os utentes com patologia no âmbito da saúde mental), toma da medicação, acompanhamento a consultas (...) e apoio económico”.(D1)

Outro aspeto que foi salientado passa pela importância de rentabilizar os recursos da comunidade e dos parceiros, que interagem diretamente no quotidiano do idoso, com o objetivo de não duplicar a intervenção.

“Tentamos, sempre que possível rentabilizar, o trabalho com os parceiros (juntos, podemos fazer melhor).(D2)

“Trabalhamos muito com a comunidade (...), as sinergias locais e os parceiros do território, são fundamentais, para uma melhor intervenção e para não duplicar as mesmas”. (D3)

No que respeita às dificuldades sentidas, observa-se pelos contributos dados pelos Diretores, que existem várias, nomeadamente na prestação de cuidados (higiene pessoal e conforto) e no apoio à toma da medicação. A gestão dos comportamentos de agressividade e de crise constitui-se como outra dificuldade de relevo para a equipa prestadora. Não menos relevante, é a passividade demonstrada pelos beneficiários da resposta de CD, que apesar da diversidade de atividades, que tentam ir de encontro às suas expectativas e motivações, não mostram interesse em participar nem em promover outras que visem a qualidade do tempo passado na instituição.

“Dificuldades na prestação dos cuidados (...) a toma da medicação, é a que assume maior expressão, recusa, resistência (...) associada comportamentos de agressividade, (...) a higiene pessoal(...). Esta resistência, também está presente na participação das atividades sócio – culturais (...) falta de paciência, interesse; “já trabalhamos muito na vida, agora queremos descansar”. (D1)

“Temos também atividades socioculturais e de lazer as quais tentamos adaptar aos gostos e interesses dos nossos utentes (espetáculos de variedades; teatro e visitas a museus etc., e passeios (como idas a Fátima)” (D2)

Relativamente às dificuldades sentidas pelos colaboradores, na prestação de cuidados, estas focam-se no elevado grau de dificuldade das tarefas pedidas, ou seja, a prestação de cuidados a utentes com patologia no âmbito da saúde, dificulta em muito os cuidados devido à sua complexidade. A relação emocional com o idoso é muito desgastante e nem sempre conseguem gerir as situações de conflito de forma a prestar os cuidados com a eficiência que se pretende.

“Dificuldades (...) na prestação de cuidados junto da população idosa, dependente e com problemas de demências, (...) levá-los a participar, a colaborar a integrar as várias atividades (...) a gerir a agressividade, a repetição, os discursos confusos e pouco reais (...) (Col 1);

“Para mim o mais difícil é lidar com as pessoas que já não estão tão bem da cabeça... têm atitudes que às vezes não compreendemos e obrigá-los a tomar os medicamentos e a comer ou tomar banho... é difícil ... (Col 2)

Os familiares revelam também as dificuldades sentidas na prestação de cuidados aos seus familiares. O cansaço acumulado e a exigência das tarefas assume um papel preponderante no que respeita a este tema. A desgastante relação tida com o seu familiar, compromete o discernimento e a capacidade de gerir com assertividade estas situações.

“Parece que falo para uma parede (...) desculpe, estou cansada, são muitos anos (...) a relação com a minha mãe nunca foi realmente uma relação de mãe filha e agora (...) cobra-me tudo: atenção, tempo, disponibilidade. Nunca nada está bem feito, reclama de tudo, questiona tudo (...) estou cansada e preocupada (...) não sei lidar com a doença da minha mãe (...) às vezes, grito, respondo, não tenho paciência. (Cuidador informal 1)

No respeito ao grau de satisfação face aos serviços disponibilizados pela SCML, é unânime o reconhecimento. Apresentam este serviço como uma mais-valia, que contribui inequivocamente para a sua qualidade de vida e a dos seus familiares.

“É muito importante continuarem com toda a dedicação face ao trabalho prestado aos idosos. Pessoalmente estou satisfeita (...) conseguem prestar o apoio que muitas vezes não consigo porque o meu trabalho não me permite. As questões dos cuidados básicos de higiene, alimentação e medicação são muito importantes visto que a minha mãe está demenciada e muitas das vezes não segue as minhas orientações. (Cuidador Informal 3)

Perfil das equipas – Formação, competências e adequabilidade

A questão da falta de formação específica e contínua dos colaboradores para o desempenho das suas funções no âmbito da prestação de cuidados a doentes com doença mental, é transversal a todos os contributos dados pelos diretores. Esta questão, apresenta-se como uma questão estruturante que dificulta o exercício de funções e a sua eficácia.

“As equipas afetas ao CD (...), têm pouca formação (regra geral) e pouca formação específica para trabalhar nestes novos contextos da saúde mental; (D1)

“A deficiente escolaridade e formação que as equipas que trabalham em CD (...), são muitas vezes causadoras de perturbação e conflito, pois não estão preparados para compreender e saber interagir face aos fatores comportamentais e cognitivos em presença nos nossos utentes.” (D2)

“As equipas atualmente afetas aos Centros de Dia não têm, na sua maioria formação geral sobre esta temática, e muito menos a específica tão necessária para acompanhar de forma satisfatória as situações mais delicadas. (D3)

A experiência pessoal e profissional também limitam a adequabilidade dos comportamentos e dos procedimentos junto da população que integra a valência de Centro de dia. Alguns dos colaboradores revelam dificuldades em lidar com situações de alteração dos comportamentos e com a manifestação de comportamentos agressivos e /ou anómalos.

“Não entendem os comportamentos agressivos nem intempestivos, como sintomas de um

quadro de saúde e tomam -os como uma “agressão pessoal”(…) Reagem a este quadro com dificuldade e têm resistência em integrar novas formas de relação. Em termos relacionais, lidam mal com situações anómalas (D1)

“Os colaboradores que trabalham aqui (CD), têm dificuldade em gerir a resistência dos utentes na prestação dos cuidados (D1)

“As situações de crise (…) são as mais difíceis de gerir (…) cria grande tumulto entre a população residente do CD (equipa e utentes)” (D1)

Outra questão, que aparece patente no discurso dos Diretores inquiridos, remete-nos para a necessidade de integrar nas equipas, outras áreas do saber. Que visem não só a requalificação da intervenção, a partilha de experiências, para perceber e implementar dinâmicas relacionais ajustadas, bem como, a integração de um saber técnico que promova junto dos utentes, resultados que visem uma maior autonomia, independência e bem-estar.

“faltam na composição das equipas, psicólogos e terapeutas ocupacionais (fazem a diferença, no passado já tivemos experiência) e a resposta dada tinha outra sustentabilidade. (D1)

No que respeita ao percurso de formação, atendendo aos contributos dados pelos colaboradores, podemos afirmar, que este se pauta, pela falta de especialização e que o saber fazer foi integrado através da experiência profissional. Reclamam para o exercício da sua atividade a necessidade de ações de formação contínua, que possam melhorar a adequabilidade dos seus procedimentos.

“Sinto falta de formação específica e contínua (…) a verdade é nunca mais voltei à escola. Hoje acumulo a função de ajudante de lar” (Col 1)

“Tenho o 9º ano incompleto; fiz mais tarde uma formação de ajudante de lar...com dificuldade, mas aprendi mais umas coisas que hoje são úteis e me ajudam” (Col 2).

“Nunca tinha trabalhado com idosos (…) ao início foi muito complicado (…) trocar fraldas; dar banho; dar a medicação (…) eram muitas coisas ao mesmo tempo, (…) está superado. Hoje, ajudo as que entram”(Col 3).

No que respeita à motivação para o exercício da função, todos os colaboradores, corroboram que esta é veiculada às experiências pessoais tidas enquanto cuidadores dos seus familiares bem como ao percurso profissional experienciado até ao momento.

“Sempre achei que tinha jeito(…) cuidei da minha avó até ela falecer (…) quando pensei em mudar de função, achei que o Envelhecimento era uma área a explorar, sabe (…) achei que era mais fácil, mais simples (…) não é!; (…) A prestação de cuidados (…) deixa-me sempre esgotada (…) são muito exigentes (…) no fim, fico contente, damos melhor qualidade de vida” (Col 1)

“Gosto muito da área do envelhecimento (...) Mais tarde todos chegamos a uma certa idade que precisamos de alguém que cuide de nós (...) Tenho alguma sensibilidade quando falo nestas coisas (...), e quando gostamos do que fazemos, somos bem-sucedidos” (Col 2)

Alternativas da intervenção

A integração de outras formações na constituição das equipas apresenta-se como uma alternativa para melhorar a intervenção e a resposta dos estabelecimentos sociais com a valência de Centro de Dia. Recai, novamente, na adequação da formação um pendor significativo, no discurso dos entrevistados. Esta questão acompanha -nos ao longo de todas as questões colocadas na entrevista e se por um lado, reconhecem que os colaboradores, fazem o melhor que sabem, por outro, reconhecem igualmente que este investimento é prioritário para adequar os procedimentos junto da população com quem trabalham.

“(...)ganharíamos (utentes e equipas), com a integração de profissionais de outras áreas de intervenção (Psicólogos, profissionais de saúde e terapeutas ocupacionais) para implementação de um acompanhamento mais diretivo e mais orientado para o Envelhecimento e as questões da saúde mental (D1)

“Investir em programas de formação específica e proceder à supervisão de atividades e procedimentos” (D1)

As suas ações devem fazer de interface principalmente com a saúde, a educação, a psicologia, a terapia ocupacional, o serviço social” (D3)

Envolver a comunidade e outras áreas de intervenção, aparece como uma prioridade a promover. A ligação à saúde e às várias estruturas de apoio social, revelam-se como fatores indissociáveis para a prossecução da melhoria da resposta dada.

“Envolver mais a saúde da SCML e da comunidade (Centros de Saúde, RNCCS, hospitais) a fim de propor estratégias e planos de intervenção conjuntos; melhorar a comunicação entre serviços e estruturas; (D1)

“Otimizar os recursos disponíveis institucionais, comunitários e familiares e equacionar com maior rigor os mecanismos que possam minimizar os efeitos das alterações inerentes ao fenómeno do envelhecimento nas suas várias vertente; (D2)

O alargamento do horário da resposta aparece também presente no discurso dos vários entrevistados, como sendo uma estratégia para melhorar a intervenção.

“Alargamento dos horários de CD para apoiar as famílias (...) dar-lhes formação específica (...) apoiar no processo de prestação de cuidados e garantir sessões de partilha e discussão” (D1)

“As vantagens de um alargamento do horário dos Centros de Dia (...) são fundamentais para permitir aos idosos um menor isolamento.”(D3)

Os colaboradores foram também chamados a refletir sobre as questões que poderiam melhorar o seu desempenho. Este contributo não difere no essencial do que foi dito pelos diretores de estabelecimento. As questões da necessidade da formação, de trabalhar com outros profissionais e a de criar espaços de partilha está claramente identificado como uma prioridade.

“Falta me trabalhar com outros profissionais (...) no passado tínhamos psicólogo e terapia ocupacional (Col 1)

“Gostava de saber mais e ter mais conhecimentos, se calhar um curso ou uma formação mais para aprendermos a lidar com estas pessoas, assim doentes de cabeça, pois temos cada vez mais utentes assim. (Col 2)

“Devíamos ter mais momentos para partilhar experiências entre profissionais é muito importante para pensarmos e aprendermos com os outros (Col 3)

Como sugestões de melhoria os cuidadores apontam o alargamento dos horários do serviço e a necessidade de formação. Eixos estes que se tocam nos três grupos de entrevistados. Aparece neste grupo, a necessidade de criar centros especializados para apoiar os idosos com patologia no âmbito da saúde mental.

“Alargamento do horário e formação a horários (...) que eu possa ir. (cuidador informal 1)

“Devia haver centros especializados para pessoas com demências. (cuidador informal 2)

Preocupações e respostas no âmbito da saúde mental

No discurso dos nossos entrevistados está subjacente uma única preocupação, a de dar uma melhor e mais qualificada resposta aos idosos que frequentam hoje e no futuro o CD. Através da oferta de um conjunto de atividades (adequadas e diversas), que promovam a qualidade de vida de quem nos procura e de quem procura os nossos serviços. Claramente, que lhe está implícita a melhoria das condições que rodeiam as instituições e as equipas. Esta qualidade de vida é estendida, a todos aqueles, que devido às suas funções ou laços, tenham proximidade direta ou indiretamente com os beneficiários.

“preocupa-me como os mantemos com dignidade, respeitando os seus direitos, gerindo as suas motivações e expetativas (...) A ação social, a saúde, a educação, o poder político, (...) temos que caminhar juntos (D1).

"reforçando as redes de suporte social; Implicar os diversos responsáveis no (re)inventar do espaço Institucional e dotá-lo de renovação de alguns equipamentos mais adequados às atuais características dos Utentes que a utilizam (D2)

Esta linha condutora de preocupações no que respeita à resposta de saúde mental, é partilhada ainda pelos próprios colaboradores. Dignificar e promover uma resposta de qualidade é um desafio que é reconhecido por todos.

"Dar uma resposta de qualidade aos utentes; Incluir cada um em ações gratificantes; garantir o desenvolvimento e a manutenção de competências (...) eles (Idosos CD) precisam de atividades para satisfazer as suas necessidades"(Col 1)

Aos familiares preocupa o futuro e que tipo de respostas vamos construir.

"Preocupa -me se o quadro se agravar (...) não sei cuidar, não consigo mais. Penso no futuro, como será? (cuidador informal 1)

"Não sei como será o amanhã (...) custa-me o facto de não haver mais respostas no âmbito da saúde mental (cuidador informal 2)

Em síntese, através das entrevistas aos diferentes interlocutores percebemos que existem muitos pontos convergentes, nomeadamente no que respeita à necessidade de formação contínua e específica, à integração de diferentes áreas do saber nas equipas e à necessidade de alargar o horário da resposta de Centro de Dia. As questões divergentes aparecem relacionadas com o desgaste emocional dos cuidadores, que não é visível em todos os outros grupos de entrevistados.

CONCLUSÃO

A presente dissertação teve como ponto de partida a questão do envelhecimento demográfico associado às questões de saúde mental, nos Centros de Dia da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. Perceber a realidade desta valência, o tipo de cuidados prestados, as dificuldades sentidas e as sugestões de melhoria, constituíram-se como os eixos de reflexão que nortearam este processo.

Neste âmbito e respondendo à pergunta de partida, em que medida as respostas sociais – Centro de Dia da SCML – se encontram adequadas ao problema da saúde mental entre a população mais envelhecida, percebemos que existe um longo caminho a percorrer, pois estas respostas não se encontram (ainda) adequadas a esta população, todavia, destacamos como potencialidade a consciência crítica dos vários intervenientes (diretores de estabelecimento, colaboradores e cuidadores informais), que identificam a melhoria da resposta Centro de Dia como uma prioridade.

Para percebermos a adequabilidade da resposta, foram formulados objetivos que visavam a análise e a sistematização do processo de cuidados, na integração e no acompanhamento de sujeitos portadores de doenças no âmbito da saúde mental na resposta de Centro de Dia da SCML. Para o atingir, fizemos a caracterização da população que frequenta a resposta social, identificámos as suas necessidades e expectativas face aos serviços prestados e percebemos as dificuldades de prestação de cuidados por parte da equipa de colaboradores do Centro de Dia a pessoas portadoras de doenças no âmbito da saúde mental; identificámos os perfis das equipas (formação e competências) que têm intervenção direta no apoio prestado a esta população e a sua adequabilidade e, por fim, sistematizamos alternativas de intervenção em Serviço Social para responder a esta problemática.

Segundo Silva (2005), a Saúde Mental é talvez a doença que terá na atualidade um peso maior na predição da qualidade de vida e no grau de satisfação com a vida do idoso. Neste sentido, é reafirmada a necessidade de se proceder a uma avaliação multidimensional das intervenções, igualmente multidimensionais, quando a finalidade é melhorar a qualidade de vida.

Concluimos após a análise dos dados, que a maioria dos intervenientes neste processo, são do género feminino e têm idades superiores a 35 anos. Destacamos, neste ponto, os cuidadores informais que têm todos acima dos 55 anos de idade, a maioria para além de cuidar do seu familiar acumula esta função com o exercício de uma atividade

profissional. Este último aspeto, poderá explicar as dificuldades mencionadas na prestação de cuidados ao seu familiar, que na sua maioria está acima dos 85 anos, dependente e com patologia no âmbito da saúde mental. O cansaço, a dificuldade em gerir comportamentos agressivos e a falta de estruturas específicas de apoio para estes doentes aparecem como fatores determinantes para uma resposta deficiente. De facto, a doença mental não afeta somente o doente mas também toda a sua rede de apoio. Esta realidade complexa e multifatorial exige respostas integradas a partir da deteção das necessidades e do contexto dos utentes/famílias/ organizações.

Neste sentido, verificou-se que a resposta de Centro de Dia não responde eficazmente às necessidades atuais da população idosa com patologia no âmbito da saúde mental, pois os recursos afetos à prestação de cuidados têm falta de formação contínua e específica, são insuficientes em número e em diversidade de formações. Este constrangimento foi muito referido no grupo dos profissionais do terreno (animadores, monitores e ajudantes lar e centro de dia), na medida em que foram aqueles que mais referência fizeram à necessidade, por um lado de formação mais especializada e contínua, e por outro de um maior número de pessoal que possa garantir a segurança dos próprios utentes. Este aspeto é partilhado também pelos vários cuidadores que referem a necessidade de integração de novos conteúdos formativos que visem uma melhor e mais adequada prestação de cuidados. Esta situação é agravada pela atual desadequação dos centros de dia para o acompanhamento de pessoas com demências e incapacidades várias. Este *deficit* reflete-se também na comunidade, uma vez que não existem em número suficiente estruturas adequadas para o acompanhamento deste tipo de situações.

Constatou-se também que existe uma necessidade urgente de integrar nas atuais equipas, outras áreas do saber, nomeadamente a Psicologia e a Terapia Ocupacional. Estes saberes podem acrescentar conhecimento técnico fundamental, para que coletivamente se possa requalificar a resposta e promover alterações e estratégias que garantam a dignidade e autonomia dos utentes que recorrem a este serviço. A necessidade de criar atividades diversificadas que visem o bem-estar dos beneficiários e a sua participação efetiva, é uma prioridade na dinâmica institucional. Hoje em dia, envelhecer com qualidade, prolongando a autonomia e independência por períodos tão longos quanto possível, constitui um desafio à responsabilidade individual e coletiva. (Firmino, Simões e Cerejeira, 2016).

Na análise dos dados, apurámos ainda que os vários profissionais envolvidos na prestação de cuidados, por não terem formação específica, mostram dificuldades na execução

das tarefas diárias inerentes ao cuidado e na gestão da alteração dos comportamentos. As situações da gestão de crise apresentam-se como grande constrangimento para dar uma resposta efetiva e de qualidade. Relativamente às dificuldades apresentadas pelos colaboradores na prestação de cuidados, estas explicam-se pelo elevado grau de dificuldade das tarefas e pelo desgaste emocional que estas situações exigem.

Os cuidadores informais, para além das dificuldades já mencionadas, apontam a insuficiente cobertura da valência de centro de dia no que respeita ao seu horário de funcionamento e afirmam a necessidade da criação de grupos de apoio psicossocial que complementem a intervenção de CD.

A questão do alargamento do horário aparece transversalmente nos contributos recolhidos na totalidade dos inquiridos. Os colaboradores (diretores e colaboradores) enfatizam também esta situação e propõem um alargamento do horário com a afetação adequada de recursos.

Neste sentido, a emergência e a necessidade iminente de serem criadas infra estruturas conjuntas entre a área social e a área da saúde, a fim de dar uma resposta integrada a esta população é uma necessidade do agora.

O Serviço Social tem um papel fundamental neste âmbito, uma vez que trabalha diretamente com esta população. O modelo de intervenção mais utilizado é o psicossocial, que desenvolve a relação do utente e do meio onde está inserido, sendo o seu foco o de promover a capacitação do utente para a sua autonomia e independência, através do desenvolvimento das técnicas como o *empowerment*, auto-reflexão e auto-motivação. "Esta abordagem (...) procura o fortalecimento das pessoas através da organização de interajuda, nas quais o papel dos profissionais é colaborar com as pessoas em vez das controlar" (Rappaport, 1990 in Fazenda, 2008: 44).

Neste contexto, importa salientar a importância de trabalhar diretamente com o utente e com a sua família, numa dimensão que integre uma escuta ativa e que dê voz às suas reais necessidades. Este trabalho tem que ser feito em rede, promovendo as sinergias das instituições e do território, a fim de garantir um compromisso comum, que vise a criação e manutenção de respostas ainda mais eficientes e eficazes, para a população idosa com patologias no âmbito mental.

Os perfis desadequados dos colaboradores afetos ao Centro de Dia e os “novos” perfis de utentes, que evidenciam grande vulnerabilidade social, devido à patologia no âmbito da saúde mental e que recorrem a este serviço impõem uma abordagem inovadora ao nível das

instituições e da prática profissional, orientando as respostas de acordo com as exigências e as necessidades dos utentes. Apostar numa prática intra e inter institucional, bem como na criação de medidas e respostas adequadas assume-se como uma prioridade individual e coletiva. Este processo deverá contemplar várias ações nomeadamente: dotar as equipas de técnicos com perfil específico e com formação diversificada, investir em formações para adoção de posturas profissionais pro-activas e adequadas, bem como a criação de infraestruturas de apoio às famílias e /ou cuidadores informais.

BIBLIOGRAFIA

- Abreu, Sónia (2010), *Saúde Mental*, Disponível em: <https://servicosociaisauade.wordpress.com/definicao-3/>
- ACS (2008), *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 – Resumo Executivo*, Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.
- Andrade, Lúcia (2009), *A flecha do tempo ... As práticas de Serviço Social nas IPSS no Concelho de Coimbra*, dissertação de mestrado em serviço social, Instituto Superior Miguel Torga, Escola Superior de Altos Estudos, Coimbra, Disponível em: <http://repositorio.ismt.pt/bitstream/123456789/174/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Mestrado%20em%20Servi%C3%A7o%20Social.pdf>.
- APSS (2012), *Serviço Social na Saúde Mental*, Hospital Júlio de Matos, Lisboa, Documento não publicado.
- Associação Americana de Psiquiatria (2002), *DSM-IV-TR, Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*, Lisboa, Climepsi
- Bandeira, M. e Sabrina Barroso, (2005) *Sobrecarga das famílias de pacientes psiquiátricos*. J Brás Psiquiatria 54 (1): pp.34-46
- Bardin (2004), *Análise de Conteúdo*, 3ª Ed, Lisboa: Edições 70.
- Birren, J. e Cunnigam (1985), *Research on the psychology of aging: principles, concepts and theory*. Handbook of the Psychology of. Aging, Van Nostrand Reinhold Company, N.Y., pp. 3-34
- Botelho, M. (2007), *Idoso que cuida de Idosa*, Mestrado em Ciências de enfermagem, Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar Universidade do Porto
- Bronfenbrenner, U. (1989), *Ecological systems theory*, R. Vasta, Annals of Child Development, London: JAI Press, (6) pp. 187-249, Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v20n2/a14v20n2.pdf>.
- Capucha, Luís (2014), *Envelhecimento e Políticas Sociais em tempos de crise*, Sociologia, Problemas e Práticas, n.º 74, pp. 113-131
- Cardoso, Rogério (1999), *Apoio a Idosos, uma análise histórica*, Cidade Solidária, Nº 3, Ano II – 2º Semestre, Lisboa: Santa Casa da Misericórdia de Lisboa
- Carmo, H. & Ferreira, M.M. (1998), *Metodologia da investigação: Guia para Auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Carvalho, Maria Irene (2012), *Serviço Social na Saúde*, Lisboa: Factor
- Carvalho, Maria Irene e Carla Pinto (2014) *Serviço Social – Teorias e Práticas*, Lisboa: Factor.
- Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde (CNRSSM), (2007), *Reestruturação e desenvolvimento dos serviços de saúde mental, plano de acção 2007-2016*, Lisboa: Direcção Geral de Saúde, Disponível e: <http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i007439.pdf>
- Cordo, M. (2003), *Reabilitação de pessoas com doença mental, das famílias para a instituição, da instituição para a família*, Lisboa: Climepsi Editores.
- Debert, G. G. (1999), *A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento*, São Paulo: Universidade de São Paulo/Fapesp.
- Fazenda, Isabel (2008), *O Puzzle Desmanchado: saúde mental, contexto social, reabilitação e cidadania*, Lisboa: Climepsi Editores

- Fazenda, Isabel (2012), *Serviço Social na Área da Saúde Mental: Princípios, Modelos e Práticas*, em Carvalho, Maria Irene de (org.), Serviço Social na Saúde, Lisboa, Factor- Edições de Ciências Sociais e Política Contemporânea.
- Fernandes, Ana (2001), *Velhice, solidariedades familiares e política social: itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança de vida*. Sociologia, Problemas e Práticas. Nº 36, pp. 39-52.
- FIAS, (2014), *Global Definition os Social Work*, Disponível em: <http://ifsw.org/policies/definition-of-social-work/>
- Figueirinha, Danusa et al (2012) *Ética na relação do profissional de saúde e idoso nos cuidados continuados*, Revista portuguesa de Bioética, 16. Disponível em: http://www.academia.edu/6326793/%C3%89tica_na_rela%C3%A7%C3%A3o_do_Profissional_e_Sa%C3%BAde_e_Idoso_nos_Cuidados_Continuados.
- Firmino, Horácio, Mário Simões, Joaquim Cerejeira (2016), *Saúde Mental das Pessoas mais Velhas*, Lisboa, Lidel – Edições técnicas.
- Fonseca, António M. (2007), *Subsídios para uma Leitura Desenvolvimental do Processo de Envelhecimento*, Psicologia: Reflexão e Crítica, 20 (2) pp. 277-289.
- Fortin, Marie-Fabienne (1996), *O processo de investigação da concepção à realização*, Décarie Éditeur, Lusociência.
- França, Joana, (2010), *Saúde Mental e Necessidades nos cuidados de Familiares com Demência*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Guedes, J. (2007), *O internamento em lar e a identidade dos idosos*, Dissertação de mestrado, Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- GIL, A. C. (2007), *Como elaborar projetos de pesquisa*, 4. ed. São Paulo: Atlas.
- Gliglione, Rodolphe e Matalon, Benjamim, (1992), *O Inquérito. Teoria e Prática*, Oeiras, Celta Editora.
- Gomes, Ana Sofia et al, (2014), *A intervenção do assistente social numa instituição de pessoas com demência*, em Maria Irene Carvalho e Carla Pinto (org.), Serviço Social- Teorias e Práticas, Factor.
- Gonçalves, Goreti, (2011), *Projecto de uma Unidade Sócio - Ocupacional para pessoas com Doença Mental do Pinhal Litoral II*, Trabalho de Projeto de Mestrado em Serviço Social. ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa.
- Guadalupe, Sónia, (2001), *Intervenção em rede e doença mental*, comunicação apresentada no II Encontro de Serviço Social em saúde mental: Novas perspectivas, realizado no Hospital Sobral Cid, 26 de Janeiro de 2001, Coimbra.
- Guadalupe, Sónia, (2010), *Intervenção em Rede. Serviço Social, Sistémica e Redes de Suporte Social*, Coimbra, Imprensa da Universidade de Coimbra.
- INE, (2002), *O Envelhecimento em Portugal. Situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas*. Documento preparado pelo Serviço de Estudos sobre a População do Departamento de Estatísticas Censitárias e da População, Ed. INE, Lisboa;
- INE, (2013), *Estatísticas demográficas de 2011*- Ficha técnica.
- Jacob, Luís, (2001), *A velhice*, Dissertação de Mestrado, ISCTE-IUL.
- Lopes, L., (2007), *Necessidades e estratégias na dependência: uma visão da família*. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 25, (1), pp. 39-46.

- Loureiro, Luís, Carlos Dias e Rui Aragão, (2008), *Crenças e Atitudes acerca das doenças e dos doentes mentais: Contributos para o estudo das representações sociais da loucura*, Revista Referência - II - n.º8, pp. 33-44.
- Marques, Rosa, (2013), *Influência do Perfil Funcional e da Auto-Avaliação do Idoso na Saúde Mental e Emocional*, Tese de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu. Disponível em: <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1987/1/MARQUES,%20Rosa%20Mari%20-%20disserta%C3%A7%C3%A3o%20mestrado.pdf>
- Mendes, et al., (2005), *A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração*, Revista Acta Paul Enferm, 2005, Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n4/a11v18n4.pdf>
- Neri, A. L., & Freire, S. A. (Orgs.), (2000), *E por falar em boa velhice*, Campinas: Papirus.
- Núncio, Maria José da Silveira (2010), *Introdução ao Serviço Social, Histórias, Teoria e Métodos*, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Coleção manuais pedagógicos.
- Núncio, Maria José da Silveira (2013), *Políticas de Família e Intervenção Social com Famílias*, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Coleção manuais pedagógicos.
- Oliveira, Ana (2004), *Técnicas em rede: um desafio*, *Intervenção social*, 30: pp 213-223, Disponível em revistas.lis.ulusiada.pt/index.php/is/article/viewfile/1433/1549.
- OMS, (2001), *Relatório sobre a Saúde no mundo – Saúde Mental: Nova conceção, nova esperança*. Disponível em <http://www.who.int/whr/>.
- OMS, (2002), *The world health report 2001. Mental health: new understanding, new hope*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde do Ministério da Saúde. Disponível em: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf
- Passos, Joaquim, Carlos Sequeira e Lia Fernandes, (2014), *Focos de Enfermagem em pessoas mais velhas com problemas de saúde mental*. Revista de Enfermagem Referência - IV - n.º 2 pp 81-91.
- Paúl, Constança, (2002), *Envelhecimento activo e redes de suporte social*, Departamento de Ciências do Comportamento, ICBAS-UP.
- Paúl, Constança, (1997a), *Psicossociologia da saúde*, Lisboa: Climepsi Editora.
- Paúl, Constança, (1997b), *Lá para o fim da vida: Idosos, Família e Meio Ambiente*, Coimbra, Almedina
- Paúl, Constança e António Fonseca, (2005) *Envelhecer em Portugal*, Climepsi Editores
- Payne, Malcolm, (2014), *Redes Sociais em Serviço Social*, em Maria Irene Carvalho e Carla Pinto (org.), Serviço Social- Teorias e Práticas, Factor.
- Payne, Malcolm, (2002), *Teoria do Trabalho Social Moderno*, Coimbra, Quarteto Editora
- Pereira, José, (2013), *Aprofundamento de Competências Profissionais: Intervenção Psicomotora na População Idosa – Saúde Mental Casa de Saúde da Idanha*, Relatório de Estágio de Mestrado em Reabilitação, Faculdade de Motricidade Humano, Universidade Técnica de Lisboa.
- Pinheiro, Ana, (2013), *Idade subjetiva no idoso: Relações com a saúde mental e as atitudes em relação ao envelhecimento*, Dissertação de Mestrado em Psicologia, área de especialização em Psicologia do Idoso, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto.
- Quivy, Raymond e LucVan Campenhoudt (1992), *Manual de investigação em Ciências Sociais*, Gradiva.

- Rodrigues, R. M. C., Loureiro, L. M. J., Crespo, S. S. S., & Silva, C. F. R. (2014), *Os muito idosos: Avaliação da funcionalidade na área de saúde mental*, Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (12), pp. 25-33.
- Silva, Luísa, (2001), *Intervenção Psicossocial*, Universidade Aberta.
- Silva, M. E. D., (2005), *Saúde mental e idade avançada: uma perspetiva abrangente*, In C.Paúl & A. M. Fonseca (Eds.) *Envelhecer em Portugal* (pp. 137-156), Lisboa: Climepsi Editores.
- Sluzki, Carlos E. (1996) *La red social: frontera de la practica sistematica*, Barcelona: Gedisa Editorial, citado por Guadalupe, Sónia (2001), “Intervenção em rede e doença mental”, comunicação apresentada no II Encontro de Serviço Social em saúde mental: Novas perspectivas, realizado no Hospital Sobral Cid, 26 de Janeiro de 2001, Coimbra.
- Soares, Nanci, Cristiane de Fátima Poltronieri e Joice Sousa Costa, (2014), *Repercussões do envelhecimento populacional para as políticas sociais*. Argumentum, Vitória (ES), v. 6, n.1, p. 133-152, jan./jun.
- Sousa, Ana, (2004), *Tutela jurídica do idoso*, São Paulo: Alínea
- Sousa, L., Figueiredo, D., Cerqueira, M., (2004), *O recurso aos apoios formais: a família, o idoso e os cuidado(re)s formais. Envelhecer em família. Os cuidadores familiares na velhice*. Âmbar: Porto.
- Tartuce, T. J. A., (2006), *Métodos de pesquisa*, Fortaleza: UNICE – Ensino Superior, Apostila
- Tavares, Gabriela, (2014), *O Envelhecimento Populacional e as Políticas Sociais - Região de Viseu*, Dissertação de Mestrado em Administração e Gestão Pública, Universidade de Aveiro.
- Vaz, S. ,(2009), *A Depressão no Idoso Institucionalizado. Estudo em Idosos Residentes nos Lares do Distrito de Bragança*, Dissertação apresentada para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação: Porto.
- Vasconcellos, M. J. E., (2006), *Pensamento sistémico, o novo paradigma da ciência*, 5ª Edição (edição original, 2002), São Paulo: Papyrus
- Veiga, Fátima e Rui Lopes, (2007), *Manual do Formando: Manual do trabalho REAPN*, Disponível em: <http://opac.iefp.pt:8080/images/winlibimg.aspx?skey=&doc=73362&img=820>
- Wellman, B., (1981), *Applying network analysis to the study of support*, em B. Wellman, *Social Network Analysis and social support*, Beverly Hills: Sage Publication, pp. 171-200

Legislação

- Decreto-Lei nº 101/2007, de 6 de Junho
- Decreto-Lei nº 281/2003. Diário da República, 1ª série, nº 259, 8 de Novembro de 2003.
- Decreto-Lei nº 35/99. Diário da República, série 1-A, nº 30, 5 de Fevereiro de 1999.
- Despacho nº 11 411/2006. Diário da República, 2ª série, nº 101, 25 de Maio de 2006.
- Despacho-Conjunto nº 407/98. Diário da República, 2ª série, nº 138, 6 de Junho de 1998.
- Diário da República (2005 a), Lei Constitucional nº 1/2005, de 12 de agosto (Constituição da República: 7ª revisão constitucional).
- Lei n.º 2118/63 de 3 de Abril
- Lei nº 36/98. Diário da República, série 1-A, nº 169, 24 de Julho de 1998.
- Portaria do Ministério do Trabalho e da Solidariedade nº 348-A/98, de 18 de Junho
- Resolução do Conselho de Ministros nº 49/2008. Diário da República, 1ª série, nº 47, 6 de Março de 2008.

ANEXOS

ANEXO A - Questionário Diretores CD

Eu, Elsa Joaquina Gaspar Anjos Maria, Mestrando em Serviço Social no ISCTE – IUL encontro-me a realizar um Trabalho de Projeto sobre o tema “O Envelhecimento e a adequação das respostas sociais - Centro de Dia da SCML - no âmbito da saúde mental: Realidades e desafios para o Serviço Social”, sob orientação do Professor Doutor Jorge M. L. Ferreira. A investigação tem por objetivo: Analisar e sistematizar o processo de prestação de cuidados, na integração e no acompanhamento de sujeitos portadores de doenças no âmbito da saúde mental na resposta de Centro de Dia da SCML. Assim, solicito a vossa colaboração e disponibilização na resposta à entrevista, de forma, a concretizar este trabalho de pesquisa, assegurando o anonimato e confidencialidade das informações recolhidas.

I - Caracterização pessoal

- 1 - Idade por escalão: (25-34 anos/35-44 anos/45-54 anos/55-64 anos)
- 2 - Sexo: (Homem/Mulher)
- 3 - Número de anos na função: (< 1 ano/1 a 5 anos/6 a 10 anos/11 a 20 anos/+ de 20 anos)
- 4 - Formação académica: (Licenciatura/Pós-Graduação/Mestrado/Doutoramento)
 - 4.1 - Em que área?

II – Caracterização da resposta social de CD

- 5 - Capacidade do estabelecimento na valência de CD:
- 6 - Existe lista de espera? (Sim/Não)
 - 6.1 - Se sim, indique número de pessoas?
- 7 - Qual é o tempo médio de espera?
- 8 - Serviços disponibilizados: Serviços prestados em Centro de Dia: (Transporte/ Alimentação/ Lavandaria/ Higiene pessoal/ Prestação de cuidados de saúde: Enfermagem/ Prestação de cuidados médicos/ Apoio psicossocial/ Apoio económico (subsídio SCML)/ Outros)
 - 8.1 - Se selecionou outros, indique quais:
- 9 - Número de colaboradores por categoria afetos à prestação direta de cuidados:
- 10 - Indique número de técnicos afetos ao Centro de Dia
 - 10.1 - Categoria: Assistente Social
 - 10.2 - Categoria: Psicólogos
 - 10.3 - Categoria: Monitores
 - 10.4 - Categoria: Animadores
 - 10.5 - Categoria: Terapeutas ocupacionais
- 11 - No acesso ao equipamento social existem barreiras arquitetónicas? (Sim/Não)
 - 11.1 - Se sim, quais?
- 12 - No interior do Centro de Dia existem barreiras arquitetónicas? (Sim/Não)
 - 12.1 - Se sim, quais?

III – Perfil da população que frequenta a resposta social de CD

- 13 - Número de utentes:
- 14 - Número de utentes com mais de uma resposta social (CD e SAD):
- 15 - Rede de suporte:
 - 15.1 - Número de utentes com rede de suporte familiar
 - 15.2 - Número de utentes isolados
- 16 - Indique número de utentes por grau de dependência (Índice de Katz)
 - 16.1 - Grau de dependência: 0 – Não depende
 - 16.2 - Grau de dependência: 1 – Basta-se com alguma ajuda
 - 16.3 - Grau de dependência: 2 – Parcialmente dependente
 - 16.4 - Grau de dependência: 3 – Totalmente dependente
- 17 - Indique número de utentes por Tipo de habitação
 - 17.1 - Habitação: Casa própria
 - 17.2 - Habitação: Casa arrendada
 - 17.3 - Habitação: Casa de familiares
 - 17.4 - Habitação: Quarto
- 18 - Indique número de utentes por escalão – SCML
 - 18.1 - Rendimentos: Abaixo de 50% do valor do Salário Mínimo Nacional (SMN)
 - 18.2 - Rendimentos: Entre os 50% e o valor do SMN
 - 18.3 - Rendimentos: Acima do valor do SMN

IV-Processo de prestação de cuidados a utentes com patologia de saúde mental

- 19 - Número de utentes com patologia em saúde mental
- 20 - Indique o número de utentes por patologias na área da saúde mental (as duas com maior incidência):
- 21 - No processo de admissão de utentes com patologia de saúde mental:
 - 21.1 - É pedido relatório médico comprovativo da doença? (Sim/Não)
 - 21.2 - É pedido identificação da medicação que o utente deverá fazer em contexto de CD? (Sim/Não)
 - 21.3 - Existe intervenção de outros técnicos para aferir a admissibilidade do utente em CD? (Sim/Não)
- 22 - Mediante a admissão de utentes é definido um plano de intervenção e de cuidados específicos (atendendo à patologia de saúde mental)? (Sim/Não)
- 23 - São dadas orientações específicas à equipa? (Sim/Não)
- 24 - É feita uma reavaliação periódica dos planos de intervenção definidos aquando da admissão? (Sim/Não)
- 25 - Indique as principais dificuldades sentidas na prestação de cuidados por parte da equipa de colaboradores do CD: (Escassez de Pessoal/Falta de Formação do Pessoal/Grau de Dependência dos utentes/Outras)
 - 25.1- Se optou por outras, indique quais:

V – Perfil das equipas com intervenção direta junto dos beneficiários

- 26 - Com Intervenção direta (ALCD, Motorista e outros):
 - 26.1- A formação dos colaboradores está adequada para as funções que desempenham? (1-totalmente inadequada; 5-totalmente adequada)

26.2 - A experiência pessoal e profissional dos colaboradores está adequada para as funções que desempenham? (1-totalmente inadequada; 5-totalmente adequada)

27 - Pessoal técnico (monitores e /ou animadores; psicólogos; assistente social; terapeutas ocupacionais)

27.1 - A formação dos técnicos está adequada para as funções que desempenham? (1-totalmente inadequada; 5-totalmente adequada)

27.2 - A experiência pessoal e profissional dos técnicos está adequada para as funções que desempenham? (1-totalmente inadequada; 5-totalmente adequada)

28 - Na sua opinião o que poderia contribuir para a melhoria desta resposta?

ANEXO B - Questionário - Colaboradores CD

Eu, Elsa Joaquina Gaspar Anjos Maria, Mestrando em Serviço Social no ISCTE – IUL encontro-me a realizar um Trabalho de Projeto sobre o tema “O Envelhecimento e a adequação das respostas sociais - Centro de Dia da SCML - no âmbito da saúde mental: Realidades e desafios para o Serviço Social”, sob orientação do Professor Doutor Jorge M. L. Ferreira. A investigação tem por objetivo: Analisar e sistematizar o processo de prestação de cuidados, na integração e no acompanhamento de sujeitos portadores de doenças no âmbito da saúde mental na resposta de Centro de Dia da SCML: .

Assim, solicito a vossa colaboração e disponibilização na resposta à entrevista, de forma, a concretizar este trabalho de pesquisa, assegurando o anonimato e confidencialidade das informações recolhidas.

I - Caracterização pessoal

1 - Idade por escalão: (25-34 anos/35-44 anos/45-54 anos/55-64 anos)

2 - Sexo: (Homem/Mulher)

3 - Número de anos na função: (< 1 ano/1 a 5 anos/6 a 10 anos/11 a 20 anos/+ de 20 anos)

4 - Formação académica: (4.º ano de escolaridade/6.º ano de escolaridade/9.º ano de escolaridade/12.º ano de escolaridade/Licenciatura /Mestrado)

4.1 - Em que área?

II - Perfil de Formação e Competências

5 - Face aos seguintes itens como se autoavalia?

5.1 - A sua formação está adequada para a função que desempenha? (1-totalmente inadequada; 5-totalmente adequada)

5.2 - A sua experiência pessoal e profissional está adequada para a função que desempenha? (1-totalmente inadequada; 5-totalmente adequada)

III - Exercício Profissional

6 - No exercício das suas funções como avalia o seu grau de motivação? (1-totalmente desmotivada; 5-totalmente motivada)

6.1 - No caso de ter respondido na pergunta anterior a nível 1 e 2, identifique as principais razões:

7 - Sente dificuldade no exercício das suas funções? (Sim/Não)

7.1 - Se sim, indique quais: (Escassez de Pessoal/Falta de Formação do Pessoal/Grau de Dependência dos utentes/Outras)

7.1.1 - Se optou por outras, indique quais:

8 - Na sua opinião, o que poderia contribuir para melhorar o seu grau de satisfação/motivação?

ANEXO C - Questionário - Cuidadores Informais

Eu, Elsa Joaquina Gaspar Anjos Maria, Mestrando em Serviço Social no ISCTE – IUL encontro-me a realizar um Trabalho de Projeto sobre o tema “O Envelhecimento e a adequação das respostas sociais - Centro de Dia da SCML - no âmbito da saúde mental: Realidades e desafios para o Serviço Social”, sob orientação do Professor Doutor Jorge M. L. Ferreira. A investigação tem por objetivo: Analisar e sistematizar o processo de prestação de cuidados, na integração e no acompanhamento de sujeitos portadores de doenças no âmbito da saúde mental na resposta de Centro de Dia da SCML: .

Assim, solicito a vossa colaboração e disponibilização na resposta à entrevista, de forma, a concretizar este trabalho de pesquisa, assegurando o anonimato e confidencialidade das informações recolhidas.

I - Caracterização pessoal

- 1 - Idade do cuidador por escalão: (menos de 25 anos/25-34 anos/35-44 anos/45-54 anos/55-64 anos)
- 2 - Idade do utente por escalão: (45-54 anos/55-64 anos/65-74 anos/75-84 anos/85 ou mais)
- 3 - Sexo do cuidador: (Homem/Mulher)
- 4 - O utente vive na habitação do cuidador: (Sim/Não)

II - Avaliação da Resposta CD

- 5 - Tendo em conta os serviços que usufrui o seu familiar avalie o seu grau de satisfação
 - 5.1 - Transporte (0 - não aplicável; 5 - excelente)
 - 5.2 - Lavandaria (0 - não aplicável; 5 - excelente)
 - 5.3 - Alimentação (0 - não aplicável; 5 - excelente)
 - 5.4 - Higiene pessoal (0 - não aplicável; 5 - excelente)
 - 5.5 - Apoio Psicossocial (0 - não aplicável; 5 - excelente)
 - 5.6 - Apoio Económico (0 - não aplicável; 5 - excelente)
 - 5.7 - No caso de ter feito uma avaliação a nível de 1 ou 2 nas perguntas anterior, indique as principais razões:
- 6 - Sente dificuldades no apoio ao seu familiar? (Sim/Não)
 - 6.1 - Se sim, indique quais: (Não tem disponibilidade/Não tem condições de saúde para o fazer/Não tem conhecimentos técnicos para o fazer/Outros)
 - 6.1.1 - Se optou por outros, indique quais:
- 7 - O seu familiar tem patologia na área da saúde mental? (Sim/Não)
 - 7.1 - Se sim, este fator aumenta a dificuldade do apoio? Indique quais.
- 8 - O que seria necessário para prestar maior apoio ao seu familiar?

ANEXO D - Análise Categral: Opinião das Diretoras de Centro de Dia para melhoria da Resposta Social

Temas	Categorias	Frequências	
Recursos Humanos	Aumento de recursos técnicos	1 (1); 1 (4); 1 (5); 1 (6); 1 (7); 1 (8); 1 (11); 1 (12); 1 (13)	9
	Aumento de recursos operacionais	1 (1); 1 (4); 1 (6); 1 (7); 1 (8); 1 (12); 1 (13)	7
	Alteração Horário Motoristas	1 (1); 1 (12); 1 (13)	3
	Substituição Motoristas	1 (1)	1
	Formação Especifica na área Saúde Mental	1 (2); 1(3); 1 (4); 1 (6); 1(10); 1 (11)	6
	Formação Especifica na área relações interpessoais	1 (6)	1
	Adequação do perfil dos colaboradores	1 (9)	1
	Maior diversidade de formação	1 (9); 1 (12)	2
Resposta social	Alargamento de horário	1 (1); 1 (4); 1 (8); 1 (11); 1 (12)	5
	Integração do SAD no CD	1 (4)	1
	Desenvolvimento de atividades especifica e individualizadas	1 (5); 1 (7)	2
	Mais meios de transporte	1 (10)	1

ANEXO E - Análise Categorical: Opinião dos Colaboradores de Centro de Dia para melhoria da Resposta Social

Temas	Categorias	Frequências	
Recursos Humanos	Aumento de recursos técnicos	1 (1); 1 (6); 1 (9); 1 (12); 1 (13); 1 (14); 1 (15)	7
	Formação específica e contínua na área da Saúde Mental	1 (2); 1 (3); 1 (6); 1 (7); 1 (15)	5
	Requalificação	1 (5); 1 (7)	2
Resposta social	Melhoria das Infraestruturas	1 (4); 1 (12); 1 (13)	31
	Grupos mais pequenos	1 (6)	

ANEXO F - Guião de entrevista a Diretores de Centro de Dia

1. Enquanto resposta ao processo de envelhecimento, o Centro de Dia tem um papel importante. Fale-me um pouco desta questão...
2. Que tipo de população recorre a este tipo de equipamentos? Têm alguma especificidade?
3. Fale-me um pouco sobre o processo de integração dos utentes, ou seja, como é feito o acolhimento dos idosos na resposta?
4. E o seu acompanhamento é feito? Como é que este se desenvolve?
5. Que tipo de cuidados são prestados pelo Centro de Dia a quem o procura?
6. Quais as principais dificuldades que sente neste cuidado?
7. Quanto às equipas responsáveis pelo cuidado direto, como as caracteriza? Ou seja, que tipo de formação possuem, quais as suas competências e considera que estas são adequadas à função que realizam?
8. Face aquilo que é a intervenção realizada, que alternativas considera ser possíveis ou desejáveis de levar a cabo?
9. No caso concreto dos utentes com problemas de doença mental quais são as suas principais preocupações enquanto colaboradora?
10. Que tipo de respostas é que considera que seriam adequadas para este tipo de população?

ANEXO G - Guião de entrevista a colaboradores diretos do Centro de Dia

1. Pode falar-me um pouco da sua formação? Que habilitações possui?
2. Fale-me agora da sua experiência profissional. Há quantos anos está na SCML?
3. Porque escolheu esta função? Ou seja, quais as razões que a levaram a escolher este tipo de trabalho?
4. Sente algumas dificuldades no exercício da sua função? Quais e de que tipo?
5. Na sua opinião o que é que poderia ser feito para melhorar a sua função e a sua prestação nele?
6. No caso concreto dos utentes com problemas de doença mental quais são as suas principais preocupações enquanto colaboradora?
7. Que tipo de respostas é que considera que seriam adequadas para este tipo de população?

ANEXO H - Guião de entrevista a cuidadores informais/ familiares

1. Sabendo que o seu familiar usufrui de alguns dos serviços do Centro de Dia, diga-me o que pensa acerca destes? Ou seja, considera-se satisfeita com estes ou não? E porquê?
2. Enquanto cuidador, quais as principais dificuldades que sente no apoio ao seu familiar?
3. Na sua opinião que tipo de medidas poderiam ou deveriam ser adotadas pelo Centro de Dia para melhorar as suas respostas?
4. No caso concreto dos utentes com problemas de doença mental quais são as suas principais preocupações enquanto cuidador?
5. Que tipo de respostas é que considera que seriam adequadas para este tipo de população?

ANEXO I – Grelhas de análise de conteúdo

Grelhas análise de conteúdo das entrevistas – Diretores de Estabelecimento

Categoria análise	Diretor estabelecimento - 1	Diretor Estabelecimento – 2	Diretor Estabelecimento – 3
<p>Caracterização da população que recorre ao CD</p>	<p>Sabe hoje o envelhecimento, tornou-se uma realidade muito complexa (...) quando comecei a trabalhar há 30 anos, quase não tínhamos utentes para “encher os centros de Dias”, hoje é o que se vê; Não temos vaga para integrar nem mais um; e o tempo de espera, é sempre relativo (...) alguém tem que desistir, transitar para outra resposta ou falecer para termos vaga. A verdade, como dizia a minha mãe, “em casa de 5 come sempre mais 1 (...) na SCML, “fazemos milagres, conseguimos sempre, ou quase arranjar solução (...) principalmente para aqueles que têm uma rede de suporte muito frágil. As preocupações são as mesmas do passado, na sua essência, mas em maior número e com situações de maior complexidade em termos de saúde e de condições de saúde, preocupamo-nos em dar uma resposta de qualidade, que garanta o máximo de qualidade de vida a quem integra a nossa organização. Temos falhas (...), mas todos os dias tentamos fazer o melhor. Hoje, os mais velhos encontram-se mais dependentes e temos muitos, que devido aos seus problemas de saúde (mentais) têm uma resposta pouco qualificada. Os Centros de Dia atuais ainda não estão munidos de recursos humanos, devidamente qualificados, para lidar com estas questões.</p> <p>Depois, estamos integrados, em territórios muito envelhecidos (na zona histórica de Lisboa), onde o parque urbano tem imensas barreiras arquitetónicas (...) os vizinhos são todos da mesma idade (...) nesta zona, existem poucos jovens e a rede de vizinhança não se ajuda, pois são todos muito dependentes. Temos uma rua (...) onde vamos buscar 8 idosos, porta sim, porta não. Se não fosse a intervenção da SCML, muitos teriam uma vida muito mais difícil. Depois as famílias têm vidas difíceis (também com a existência de problemas de saúde mental, ou completamente exaustas); outras preocupações sabe são inúmeras, (...) os baixos rendimentos para fazer face às despesas mensais; a rede de relações efetivas (...) os idosos queixam-se que estão sós (embora os filhos os visitem ou nalguns casos, partilhem casa), mas a atenção para o</p>	<p>O aumento significativo da esperança média de vida à escala global vem originar um agravamento dos estados de dependência a nível das capacidades funcionais e cognitivas dos idosos. Esta realidade constitui um desafio na prática diária do A.S e dos profissionais que intervêm neste campo, impondo um conjunto de práticas interativas que visem manter o respeito pela identidade e dignidade do idoso.</p> <p>Além disso o fato de possuírem hábitos e condutas na maior parte das vezes distintas das que mantinham nos seus domicílios acaba por originar um conjunto de conflitos entre os próprios utentes originando situações que requerem uma intervenção contentora e apaziguadora dos profissionais.</p> <p>A par da complexidade das necessidades que esta população apresenta acrescido à sua integração em CD acarreta igualmente alguns constrangimentos.</p> <p>As famílias encontram-se em crise: para prestar apoio, para fazer face às suas necessidades. (...) Estes fatores influenciam muito o processo de</p>	<p>O envelhecimento demográfico que se verifica nos países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento é uma realidade que todos reconhecemos e temos que encarar. Os desafios face a esta realidade são muitos, e exigem um novo olhar devido ao seu impacto ao nível social. Sendo a meta de todas as sociedades procurar prolongar a vida dos seus cidadãos não seria coerente que não se procure também, que a estes não estivesse associada a melhoria da sua qualidade de vida.</p> <p>Os constrangimentos da população idosa são muitos e conhecidos por todos, e por vezes tornava-se necessário, por diversos fatores, a institucionalização do idoso em lares de terceira idade que foram durante décadas, a única resposta social, para os idosos, que ali se mantinham geralmente até ao fim da sua vida. Atualmente existem outras respostas sociais, tais como os centros de dia e de convívio.</p> <p>Os Centros de Dia nasceram com o objetivo de melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas e possibilitar a manutenção nos seus próprios domicílios, criando um conjunto de ações para a promoção da convivência, participação e integração na vida social, evitando assim o isolamento a que muitos, e apesar da sua</p>

	<p>“velho” é sempre insuficiente! Temos uma idosa (com depressão major e com um quadro demencial profundo) que todos os dias chega ao CD e diz que a filha não lhe ligou nenhuma e que se fechou no quarto a ver TV. Ou outra, com um quadro de saúde (semelhante) que afirma nunca tomar o pequeno-almoço (...) sabemos que não é verdade (as ajudantes do Centro de Dia), todos os dias passam no domicílio para providenciar isso e a higiene pessoal. Os cuidadores familiares, preocupam-nos também (...) chegam ao limite das suas forças, com estes quadros muito apelativos e de grandes dependências (queixam junto do serviço) que não existem respostas, durante o período da noite (...) e durante o dia (...) afirmam que o CD devia alargar o horário de funcionamento, (...) para estar de acordo com o horário que saem do trabalho (...) queixam-se dos comportamentos agressivos e das noites mal dormidas. Também temos casos de cuidadores idosos a cuidar de familiares (cônjuge, irmã) idosos (...) a situação nesses casos, tem mais apoio pelo CD - SCML, mas é muito difícil de gerir, quer em termos de recursos, quer em termos psicossociais (...) os cônjuges, numa primeira fase geralmente, quase não querem o nosso apoio (acham que têm obrigação para cuidar), mas geralmente, com o passar do tempo, percebem a vantagem em ter-nos a dar apoio. (...) o pagamento dos serviços, é que gera sempre “conflito”, devia ser gratuito, dizem vezes sem conta; Também, temos filhos, que não cumprem com as mensalidades (gastam o dinheiro da reforma dos pais, em satisfazer as suas próprias necessidades). Preocupa-me a dignidade da pessoa idosa (muito mesmo); são muitas vezes, ignorados nas decisões, por terem limitações de saúde na área da saúde mental (...) aqui no CD, procuramos ouvi-los, dar-lhes voz. Cada um à sua maneira, participa nas decisões que lhe dizem respeito (acho que tentamos) dar-lhes voz, percebe?</p>	<p>Envelhecimento dos seus. A população que hoje recorre aos serviços (...) precisa muito desta resposta. É um suporte importante para garantir o apoio aos seus familiares. Embora a resposta de CD (...) tenha que se redefinir (...) estar mais próximo das necessidades sentidas pelos utentes e familiares (...) os idosos saem muito cedo por volta das 16:00.</p>	<p>aparentemente autonomia, ficam votados nas suas casas. No entanto, e apesar dos CD se proporem a prestar cuidados de qualidade, muitas vezes o sucesso não é atingido por fatores económicos e de ordem sócio-cultural: Equipas de apoio insuficientes e/ou com défice de formação que impossibilita a execução de atividades direcionadas, e específicas para públicos muito dependentes; Utentes com nível de formação muito díspar que dificulta a criação de atividades comuns; Qualidade e acessibilidade de algumas das instalações que dificultam a locomoção de muitos dos utentes, devido aos diferentes graus de dependência dos mesmos (...) embora seja fundamental a sua existência e a intervenção.</p>
<p>Processo de Integração e Acompanhamento</p>	<p>O início do processo de integração em CD (tem sempre subjacente um pedido), feito pelo idoso, ou familiares ou comunidade (...) 80% dos pedidos são feitos por terceiros (...) os idosos resistem muito a pedir apoio. Na minha experiência (30 anos), poucos são os casos que os mesmos vieram por si. Fazemos VD inicial (muitas são depois as que se seguem para reavaliação das situações), para fazer o diagnóstico da situação e perceber a motivação do idoso (que no início, geralmente, é baixa) para programar uma possível intervenção e apoio. (...) muitas vezes, temos que repetir mais do que uma vez, estas visitas (...) faz parte do processo de sensibilização (...) Alterar as rotinas diárias do idoso(...) ao início, é complexo. Temos um período de integração (semelhante ao</p>	<p>Sendo consensual que o envelhecimento é um trajeto pessoal na vida de qualquer indivíduo, caracterizado por acentuadas variações, resultantes da interação de fenómenos biológicos, psicológicos e sociais, somos atualmente confrontados com realidades que configuram sociedades em processo de envelhecimento acentuado com manifestações de significativas</p>	<p>Com o aumento da esperança de vida, há um acumular dos efeitos indesejáveis do envelhecimento, que se traduz num aumento das doenças crónicas, com os consequentes efeitos ao nível da incapacidade e dependência, o que vai provocar um maior impacto designadamente na qualidade de vida dos idosos, sobretudo naqueles que se consideraram como fazendo parte da quarta idade. É por isso facilmente entendível que</p>

	<p>que se faz com as crianças em creche (não estou a comparar), mas tem resultado. O período inicial de integração em CD, é o confronto direto, com o Envelhecimento, com a perda de autonomia (questões físicas, geralmente), que leva o seu tempo. Quando chegam, acham que estão sempre “melhores”, do que os que cá estão já a frequentar a resposta (...) e esses naturalmente reagem pela negativa (...) temos, a equipa, que acompanhar de muito perto, este período (se não querem fugir e/ou desistir). Mas sabe, passando algum tempo (em média 2 meses), estas questões são superadas (mesmo nos idosos que sofrem de alguma patologia de saúde mental). A questão do acompanhamento sistemático (exige muito da equipa prestadora de cuidados diretos), mas é fundamental para garantir a qualidade de resposta. Todas as semanas, reunimos com a equipa (...) e refletimos sobre o apoio que prestamos (...) sinto que a mudança de comportamentos e as ideias preconcebidas (dos colaboradores e famílias) são as mais difíceis de trabalhar e de se ver resultados (desistir, não faz parte do nosso trabalho), a verdade é que nos preocupa muito, como gerir as situações de crise. Os idosos com patologia (...) alguns, têm comportamentos agressivos, com a equipa e com os outros utentes e familiares (...) a gestão, muitas das vezes passa por encaminhar para reavaliação na área da saúde. Pedimos sempre, no início da frequência, a declaração do diagnóstico clínico (atual) e a medicação que faz diariamente (até porque no CD faz a toma da mesma). Este procedimento, ajuda-nos muito a refletir sobre o comportamento desenvolvido pelo idoso (em situação de crise) e ajuda-nos também a pensar em estratégias de atuação para nos apoiar no dia -à -dia e para nos dar ferramentas (indispensáveis) para apoiar as famílias e famílias cuidadoras. Temos uma maior incidência, de idosos com patologia no âmbito da saúde mental (as equipas não estão preparadas para a gestão destas situações) (...) cabe a nós, gestores de equipas, encontrar estratégias, formações (junto do nosso departamento de formação SCML) para munir estas pessoas de competências adequadas. O cansaço e o desgaste das famílias, muitas das vezes, compromete a nossa resposta, quando o idoso regressa ao final da tarde (16:30) ao seu domicílio (...) existe pouco investimento, poucas horas de total dedicação. Muitos dos familiares, que nos ligam, têm genuinamente preocupações em cuidar melhor (...) atendemos, planeamos estratégias, sugerimos alternativas pontuais(RNCCS); as famílias, fazem também um caminho com o serviço, para dar melhor resposta ao seu familiar.</p>	<p>perdas a nível físico e psíquico. (...), o que dificulta o processo de adaptação a novas realidades, revestindo-se o período de adaptação ao CD, de um acompanhamento mais personalizado. A adaptação ao meio e a sua integração em grupos de pertença evitando o isolamento, constitui um ponto de partida para que o idoso sinta que está acompanhado e envolvido na dinâmica institucional.</p>	<p>os idosos, sobretudo naqueles onde este processo foi mais marcado, poderão experienciar maiores dificuldades para viver o seu dia-a-dia, podendo, por isso, necessitar de maior preocupação e ajuda. Os idosos com maior propensão para se tornarem dependentes têm idade igual ou superior a 80 anos, vivem sozinhos ou isolados do ponto de vista social, possuem incapacidade moderada ou grave com influência nas atividades de vida diária, recursos económicos insuficientes, entre outros. É, por isso, importante, o Centro de Dia ter em consideração que este processo resulta de uma série de fatores, repercutindo-se a sua influência em todos os aspetos da vida humana, tornando-se absolutamente necessário delinear estratégias individuais que permitam salvaguardar as suas consequências aos vários níveis.</p>
--	--	---	--

<p>Tipo de cuidados prestados e dificuldades</p>	<p>Temos um conjunto de serviços (que podem acumular, mediante avaliação técnica com o serviço de apoio domiciliário); Mediante o grau de vulnerabilidade e fragilidade da situação do idoso (propomos o serviço “misto”, ou seja CD + SAD); os idosos mais dependentes, geralmente tem este serviço alargado. (...) faz sentido que assim seja, o CD cobre só uma parte do dia (09:30 às 16:30) e os familiares não conseguem assegurar (saem tarde do trabalho, não moram com os idosos, têm reuniões dos filhos). Asseguramos os cuidados básicos: Higiene Pessoal, alimentação, lavandaria, transporte (todos os utentes com patologia no âmbito da saúde mental), toma da medicação, acompanhamento a consultas, sempre que se justifica e apoio económico. Alguns dos nossos idosos (maioritariamente do sexo masculino), moram em quartos alugados, o que exige de nós, serviço, um maior acompanhamento e um maior número de serviços. As atividades sócio-culturais, são fundamentais neste âmbito (tentamos, dar uma resposta de qualidade, que estimule e promova a inclusão efetiva destes idosos) (...) não sei, tentamos alargar sempre os serviços, à medida que a situação de dependência (vista globalmente), vá se agravando. Dificuldades na prestação dos cuidados (temos, diariamente) a toma da medicação, é a que assume maior expressão, recusa, resistência 8 muitas das vezes associada a comportamentos de agressividade ou de alteração do humor), (...) a higiene pessoal (banho no CD), costuma também ser foco de conflito e exaltamento. Esta resistência, também está presente na participação das atividades sócio – culturais (...) falta de paciência, interesse; “ já trabalhamos muito na vida, agora queremos descansar”.</p>	<p>Dependendo do diagnóstico individualizado feito aquando o idoso ou os seus familiares recorrem ao nosso serviço, asseguram-se de modo geral os cuidados básicos tais como higiene pessoal (incluindo serviço de cabeleireiro e manicura); alimentação; lavandaria; toma de medicação; acompanhamento a consultas; transporte se não houver rede de suporte que o possa garantir. Oferecemos atividades socioculturais e de lazer as quais tentamos adaptar aos gostos e interesses dos nossos utentes (espetáculos de variedades; teatro e visitas a museus etc., e passeios (como idas a Fátima). As maiores dificuldades acontecem em reação à toma do banho (maioritariamente por parte de utentes masculinos); e nalguns casos na oposição à toma de medicação com reações de desconfiança e recusa o que obriga a uma vigilância redobrada por parte das assistentes.</p>	<p>A responsabilidade de cuidar da pessoa idosa dependente era, geralmente, imputada às famílias. Todavia, as alterações verificadas ao nível da organização e da própria estrutura da sociedade atual, nomeadamente no sistema familiar, comprometem o cuidar dos seus familiares dependentes. É neste contexto que se recorre à institucionalização em Centros de Dia, onde há uma oferta variada de serviços que vão desde os banhos, alimentação, medicamentos, acompanhamento a consultas e até cabeleireiro, manicura, e até passeios. O que se verifica é que dependendo do estado de saúde (por vezes mental) e do ‘feitio’ do utente nem sempre é fácil efectuar alguns dos serviços, nomeadamente os banhos e a toma dos medicamentos. O estado emocional que apresenta cada utente em determinado momento da vida é resultado de toda uma trajetória construída. Para se entender por que o idoso reage dessa forma em certas situações, é necessário que o conheçamos melhor, o que só é possível se conversarmos com ele, se ouvirmos a sua história de vida e também o que a família e os amigos falam a seu respeito. Esta abordagem exige um grau de disponibilidade e capacidades pessoais e técnicas que os equipamentos não contam nas suas estruturas.</p>
---	--	---	--

<p>Perfis das equipas – Formação, Competências e Adequabilidade</p>	<p>As equipas afetas ao CD (ALCD, monitores, animadores e motoristas), têm pouca formação (regra geral) e pouca formação específica para trabalhar nestes novos contextos da saúde mental; não entendem os comportamentos agressivos nem intempestivos, como sintomas de um quadro de saúde e tomam -os como uma “agressão pessoal”; Reagem a este quadro com dificuldade e têm resistência em integrar novas formas de relação. Em termos relacionais, lidam mal com situações anómalas (...) e a relação com os utentes fica comprometida. O apoio dado por estas equipas, é funcional mas não se supera (...) sinto que temos um longo caminho a percorrer neste sentido. Os colaboradores que trabalham aqui (CD), têm dificuldade em gerir a resistência dos utentes na prestação dos cuidados, ex: “o Sr. X não quer banho, não consigo dar-lhe a medicação, não quer participar nas atividades”. O investimento para melhorar o desempenho das suas funções, apresenta-se como residual. Existem (...) também por “personalidade, experiência de vida ou formação complementar”, casos de colaboradores, atentos e assertivos (...) que conseguem cumprir os objetivos da resposta e presta-la com qualidade. As situações de crise (...) são as mais difíceis de gerir (...) cria grande tumulto entre a população residente do CD (equipa e utentes). As reuniões semanais com a equipa, ajudam-nos a refletir sobre a adequação da resposta que damos e a pensarmos em estratégias de superação. Revemos procedimentos, formas de atuação, analisamos as situações e procuramos redefinir formas de apoio. (...) resultado (...) colaboradores mais conscientes, mais atentos e mais pró-ativos. (...) estas ações não substituem a formação contínua e específica (para alterar comportamentos) que visem uma melhor adequabilidade da sua prestação aos problemas complexos. Os monitores e animadores (afetos aos CD) geralmente apresentam muita dificuldade em lidar com processos demenciais, no que respeita ao desenvolvimento de atividades sócio-culturais. O pessoal auxiliar, (ALCD), apresentam dificuldade aquando a prestação de cuidados – banho e medicação - (...) quando existe uma alteração do comportamento por parte do idoso beneficiário de cuidados. (...) faltam na composição das equipas, psicólogos e terapeutas ocupacionais (fazem a diferença, no passado já tivemos experiência) e a resposta dada tinha outra sustentabilidade.</p>	<p>A deficiente escolaridade e formação que as equipas que trabalham em CD apresentam, são também elas muitas vezes causadoras de perturbação e conflito, pois não estão preparados para compreender e saber interagir face aos fatores comportamentais e cognitivos em presença nos nossos utentes. Necessitamos assim de promover uma formação ativa e esclarecedora e que os capacite melhor para os cuidados que prestam; (...) Estar em permanente articulação com agentes que direta ou indiretamente intervêm na promoção do bem-estar destes utentes como: equipas multidisciplinares que representam áreas de conhecimento e funções distintas; entidades externas que prestam serviços à comunidade; e figuras de referência em que o seu papel é essencialmente manter suporte afetivo e emocional. A promoção da saúde constitui outra das esferas fundamentais na procura de um envelhecimento saudável e natural, de forma a manter um conjunto de capacidades que lhes permitam vivenciar esta fase de uma forma mais serena. Implicar os diversos responsáveis no (re)inventar do espaço Institucional e dotá-lo de renovação de alguns equipamentos mais adequados às atuais características dos Utentes que a habitam.</p>	<p>O Cuidador de idosos pode ser definido como aquele que cuida de pessoas idosas com dependência, desenvolvendo ações que promovam a melhoria de sua qualidade de vida em relação a si, à família e à sociedade. As suas ações devem fazer de interface principalmente com a saúde, a educação e a assistência social e devem ser pautadas pela solidariedade de, compaixão, paciência e equilíbrio emocional. A execução deste tipo de cuidados não é inata e, portanto, requer formação. As equipas atualmente afetas aos Centros de Dia não têm, na sua maioria formação geral sobre esta temática, e muito menos a específica tão necessária para acompanhar de forma satisfatória as situações mais delicadas. Por outro lado estamos em Portugal a atravessar um período difícil pois nas faixas etárias mais jovens existe uma grande falta de objetividade e de VONTADE de fazer melhor, o que ainda dificulta mais a adequação das respostas, e o resultado final do Centro de Dia que é, em última análise: a plena satisfação e bons tratos dos seus utentes.</p>
--	--	--	---

<p>Alternativas de Intervenção</p>	<p>Penso que ganharíamos (utentes e equipas), com a integração de profissionais de outras áreas de intervenção (Psicólogos, profissionais de saúde e terapeutas ocupacionais) para implementação de um acompanhamento mais diretivo e mais orientado para o Envelhecimento e as questões da saúde mental (...) os recursos que dispomos são claramente insuficientes em número e no respeito à diversidade da formação, para darmos uma resposta cabal. Investir em programas de formação específica e proceder à supervisão de atividades e procedimentos (...) falta-nos essa parte (...); Envolver mais a saúde da SCML e da comunidade (Centros de Saúde, RNCCS, hospitais) a fim de propor estratégias e planos de intervenção conjuntos; melhorar a comunicação entre serviços e estruturas; Diversificar a rede de parceiros, para oferecer uma maior diversidade de atividades, a fim de promover a autonomia (QB), redes de solidariedade, independência e dignidade. Alargamento dos horários de CD para apoiar as famílias (...) dar-lhes formação específica (...) apoiar no processo de prestação de cuidados e garantir sessões de partilha e discussão.</p>	<p>1 Otimizar os recursos disponíveis institucionais, comunitários e familiares e equacionar com maior rigor os mecanismos que possam minimizar os efeitos das alterações inerentes ao fenómeno do envelhecimento nas suas várias vertentes;</p> <p>2 Investir em projetos de vida ativa, onde cada um, seja protagonista do seu próprio percurso de vida, insistindo na implementação de boas práticas que premeiem a singularidade de cada indivíduo;</p> <p>3 Exercitar competências de análise e de autoanálise relativamente a comportamentos que promovam uma melhor qualidade de vida do Utente e qualificação de todos os cuidadores.</p> <p>4 Promover a partilha de conhecimentos e experiências de práticas e orientações que visem a promoção de um envelhecimento ativo e de qualidade, junto à comunidade institucional e familiar.</p>	<p>As vantagens de um alargamento do horário dos Centros de Dia (que tal como nas escolas) são fundamentais para permitir aos idosos um menor isolamento. Num contexto de equipa multidisciplinar articulada deveriam estar inseridos profissionais das áreas da Enfermagem, Nutrição, Fisioterapia, Psicologia e Assistência Social</p> <p>A Enfermagem auxilia na supervisão dos cuidadores, assim como também, observa, reconhece e descreve sinais e sintomas, promove cuidados de higiene e conforto, afere sinais vitais, administra medicações e realiza cuidados de maior complexidade que exigem conhecimento científico.</p> <p>O campo de atuação da Psicologia é importante, visto que a separação, embora temporária do lar e da família criam um distanciamento e sentimento de rejeição e impotência que devem ser trabalhados, evitando assim a depressão, a baixa auto-estima, a carência afetivo/ emocional, dentre muitos outros distúrbios psíquicos/emocionais.</p> <p>A Fisioterapia atua junto aos idosos na manutenção e na melhoria de sua capacidade funcional, buscando reduzir as incapacidades e as limitações, promovendo uma maior independência na execução das atividades da vida diária, melhora da autoestima e conservando o bom funcionamento dos sistemas orgânicos</p> <p>A equipa de Nutrição desenvolve seu trabalho visando a importância de hábitos alimentares saudáveis sobre o perfil de cada utente baseado nas suas patologias e necessidades</p> <p>A Assistente Social, elo fundamental na</p>
---	--	---	--

			<p>dinâmica da equipa, viabiliza conquistas de direitos pessoais dos idosos, além de planejar e estudar o vínculo familiar, que é um tema bastante polemico e muitas das vezes julgado erroneamente. Sem o conhecimento da situação, falsas ideias podem ser formadas.</p>
<p>Preocupações e respostas no âmbito da saúde mental</p>	<p>Preocupa-me o caminho que estamos a fazer (...) tem tardado uma resposta efetiva a estes idosos; Faltam sinergias coletivas, uma resposta concertada (...) falta apoio psicológico para as famílias cuidadoras, idosos e equipas; Necessidade de prestar cuidados que visem a qualidade de vida; necessidade de manter os utentes ocupados com atividades que explorem as suas capacidades e interesses; capacitar o doente para uma integração plena; capacitar a família para a prestação de cuidados e garantir respostas intermédias, para descanso do cuidador (...) existem algumas, mas a maior parte são fora de Lisboa, sem grande acessibilidade de transportes e limitadas no tempo. (...) preocupa-me o amanhã, com os cuidadores exaustos e sem condições para cuidar, preocupa-me como os mantemos com dignidade, respeitando os seus direitos, gerindo as suas motivações e expectativas (...) A ação social, a saúde, a educação, o poder político, (...) temos que caminhar juntos.</p>	<p>Renovar estruturas que respondam pela, saúde, segurança e bem-estar da comunidade utente;- promover a criação de espaços próprios que desenvolvam e/ou ajudem na manutenção das funções cognitivas e intelectuais, desenvolvendo concomitantemente a atenção, memória, raciocínio e a melhoria das habilidades motoras; - Criar respostas atrativas e consentâneas com as capacidades de cada Utente e que assegurem a salvaguarda da respetiva identidade, com vista ao desenvolvimento de capacidades ao nível do equilíbrio socio-emocional, da inserção no meio sociocultural reforçando as redes de suporte social; Implicar os diversos responsáveis no (re)inventar do espaço Institucional e dotá-lo de renovação de alguns equipamentos mais adequados às atuais características dos Utes que a utilizam.</p>	<p>A prática e o desenvolvimento de atividades de lazer é um fator de crucial importância. O lazer, além de contribuir para um melhor estado de espírito, pode, no caso dos idosos, amenizar os efeitos decorrentes do processo de envelhecimento. Contudo, eles parecem não atribuir ao lazer grande importância para as suas vidas e, quando isto não é vivenciado, as causas prendem-se com a falta de condições e/ou oportunidades. Nos Centros de Dia, pela falta de elementos especializados já abordada, as atividades oferecidas nem sempre cumprem os requisitos mínimos desejados e o que se observa é que as famílias também não assumem a si esse papel.</p>

Grelhas análise de conteúdo das entrevistas – Colaboradores – prestadores de cuidados - ALCD

Categoria análise	Colaboradores - 1	Colaboradores – 2	Colaboradores – 3
Perfil de formação	Sou monitora de ATL, 12º – Equivalente - Curso Profissional de Animador Social / Ajudante Familiar. Sinto falta de formação específica e contínua (...) a verdade é nunca mais voltei à escola. Hoje acumulo a função de ajudante de lar e CD (higiene pessoal; consultas; toma medicação, tratamento roupas) e estou na sala com os utentes (...) proponho atividades e desenvolvo-as junto dos idosos.	Tenho o 9º ano incompleto; fiz mais tarde uma formação de ajudante de lar...com dificuldade, mas aprendi mais umas coisas que hoje são úteis e me ajudam.	Sou ALCD e tenho o 9º ano. Tirei um curso de geriatria no IEFP depois de ficar desempregada (a empresa foi à falência). Quando acabei o curso concorri à SCML, sem esperança (...) estou cá à 15 anos.
Experiência Profissional	Estou na SCML, à 18 anos (...) 10 em creche e jardim-de-infância e há 8 anos com idosos. Precisava de de ter outra experiência profissional, achei interessante mudar de área.	Antes trabalhei em lares privados, mas as condições de trabalho não eram muito boas... o ultimo sítio onde trabalhei 8 anos foi encerrado e agora estou aqui no CD desde à 6 anos para cá e gosto, não é tão pesado, não tenho que fazer noites...	Nunca tinha trabalhado com idosos (...) ao início foi muito complicado (...) trocar fraldas; dar banho; tomar atenção à medicação (...) eram muitas coisas ao mesmo tempo, mas com o tempo e o apoio da diretora (...) está superado. Hoje, ajudo as que entram.
Motivação para o exercício da função	Sempre achei que tinha jeito(...) cuidei da minha avó até ela falecer (...) quando pensei em mudar de função, achei que o Envelhecimento era uma área a explorar, sabe (...) achei que era mais fácil, mais simples (...) não é!; Gosto dos utentes e da equipa com quem trabalho (...) fazemos a diferença, ouvimos as suas experiências, partilhamos vitórias e sucessos (mesmo nos utentes mais difíceis) é possível estabelecer uma relação; (...) Gosto quando conseguimos que uma atividade resulte (...) onde eles participem e sintam satisfação (...) às vezes esmoreço (mas faz parte). A prestação de cuidados (...) deixa-me sempre esgotada (...) são muito exigentes (...) no fim, fico contente, damos melhor qualidade de vida.	Cuidei da minha mãe depois da trombose que teve, até ela ter falecido no hospital depois de uma nova trombose que sofreu. Mas o que fiz e como tratei dela até onde pude, percebi que conseguia fazer o mesmo por outros como ela. Cuidando deles, dando-lhes atenção e ouvindo-os e acarinhando-os e depois como não tenho muitos estudos e precisava de trabalhar achei que sabia e conseguia fazer este trabalho.	Gosto muito da área do envelhecimento (...) Mais tarde todos chegamos a uma certa idade que precisamos de alguém que cuide de nós (...) Tenho alguma sensibilidade quando falo nestas coisas (...) Faço o meu trabalho todos os dias, tal como os meus colegas, e quando gostamos do que fazemos, somos bem-sucedidos (...) também temos os nossos dias menos bons, em que os utentes estão mais rezingões, menos bem-humorados, mas com o esforço de toda a equipa, conseguimos sempre tornar o dia-a-dia dos utentes um bocadinho melhor (...) dar-lhes a qualidade de vida que merecem, fazer com que continuem ativos, isso é muito importante! Atualmente, faço a integração das colegas que entram de novo (...), tive medo, ao início, mas agora sinto que corre bem.
Dificuldades sentidas no desempenho da função	Dificuldades (...) na prestação de cuidados junto da população idosa, dependente e com problemas de demências, Alzheimer (...) levá-los a participar, a colaborar a integrar as várias atividades (...) a gerir a agressividade, a repetição, os discursos confusos e pouco reais (...) nunca consigo perceber se chego a	Para mim o mais difícil é lidar com as pessoas que já não estão tão bem da cabeça... têm atitudes que às vezes não compreendemos e obrigá-los a tomar os medicamentos e a comer ou tomar banho... é difícil ... e depois muitas vezes	Não é um trabalho fácil, quando lidamos com pessoas com problemas de saúde mental é muito complicado (...) temos de adequar a realidade em que estamos com a vida que os nossos utentes têm (...) tentamos integrá-los em atividades que possam participar, muitos não podem porque estão dependentes, mas os que não estão, tentamos que

	eles (...) trabalho sozinha numa sala com 30 utentes diariamente (...) são todos tão diferentes, com histórias de vida, muitas, feias.	eles gritam comigo e choram.... É um desespero. Mas faço o melhor que sei e posso, tento acalma-los, dou-lhes um beijinho e falo com calma....e a coisa passa.	continuem ativos! (...) Não é fácil (...) muitas vezes não se querem fazer a higiene, tomar a medicação, andar, participar (...) Mas há dias assim, há dias em que precisam de ser só ouvidos, e por muito que nos custe ouvir as histórias tristes que muitos têm para contar, faz parte do nosso trabalho (...) Há dias em que levo “trabalho para casa”, não consigo desligar das histórias, do sofrimento que muitos utentes demonstram face às suas famílias e à sua própria vida
O que poderia contribuir para melhorar o seu desempenho	Falta me trabalhar com outros profissionais (...) no passado tínhamos psicólogo e terapia ocupacional (...) em sala, estou mais sozinha (...) Precisávamos de mais técnicos e mais apoio logístico (...) o CD só tem uma sala de trabalho com os utentes (...) mais orçamento para diversificar e qualificar as atividades (...) temos poucas atividades apelativas e diversificadas. Precisava de mais supervisão e formação contínua e específica para as diferentes problemáticas.	Gostava de saber mais e ter mais conhecimentos, se calhar um curso ou uma formação mais para aprendermos a lidar com estas pessoas, assim doentes de cabeça, pois temos cada vez mais utentes assim.	Acho que deveríamos trabalhar com grupos mais pequenos (...) os resultados seriam melhores na minha opinião (...) trabalhar com 40 utentes tem um impacto diferente do que trabalhar apenas com 10 (...) Por outro lado acho que deveríamos ter mais formação de outras áreas (...) na prestação de cuidados; na relação com os utentes mais difíceis (...) Devíamos ter mais momentos para partilhar experiências entre profissionais é muito importante para pensarmos e aprendermos com os outros.
Preocupações e respostas no âmbito da saúde mental	Dar uma resposta de qualidade aos utentes; Incluir cada um em ações gratificantes; garantir o desenvolvimento e a manutenção de competências (...) todos os dias parece que se agrava (...) eles (Idosos CD) precisam de atividades para satisfazer as suas necessidades.	Eu não sei muito disso, mas acho que o que fazemos aqui com eles durante o dia, não os ajudam muito... vêm Televisão e pouco mais fazem (também não querem participar nas outras atividades), estão cada vez mais sozinhos e não falam muito uns com os outros... deviam pensar noutras ocupações para estes utentes.... Eles gostam tanto quando há música e variedades, até cantam...	Preocupa-me a falta de estímulos cognitivos (...) temos de conseguir dar aos nossos utentes o desenvolvimento das competências que ainda possuem de forma a manterem-se ativos.

Grelhas análise de conteúdo das entrevistas – Cuidadores Informais

Categoria análise	Cuidadores Informais - 1	Cuidadores Informais – 2	Cuidadores Informais – 3
Grau de satisfação face ao serviço prestado pela SCML	Estou muito satisfeita (...) confesso, o horário de funcionamento não corresponde ao que preciso. Mas a AS, liga e falamos muitas vezes (...) sou uma chata, mas ela está sempre disponível. Dão apoio também ao jantar (...) não consigo que tome a medicação comigo (...) deita fora ou esconde, com elas (AFS) faz tudo. Também dão banho (já caiu comigo na banheira), não tenho forças para lhe dar banho. Gosta das atividades (...) fala nelas sem parar (...) penso que gosta muito de estar no CD.	Estou satisfeita, confesso que gostava mais se a pudesse ter em casa dela todo o dia, mas isso é impossível, tanto eu como o meu irmão trabalhamos e os nosso horários e a nossa vida... mas o CD dá-lhe o apoio que nem eu nem o meu irmão já conseguíamos dar, e já não passa o dia sozinha. Já não estamos em sobressalto de a deixar em casa e ela pudesse sair e perder-se na rua. Depois há outra situação que tb nos tirou um peso de cima, que era os banhos. a casa da minha mãe não tinha condições, o WC era muito apertado e pequeno cada vez que lhe deva banho ficava toda ensopada... era um filme, e ela sempre a dizer que estava a dar trabalho. A outra situação era o dar os medicamentos a tempo e horas, pois ela já se ia esquecendo, assim estamos mais sossegados.	É muito importante continuarem com toda a dedicação face ao trabalho prestado aos idosos. Pessoalmente estou satisfeita (...) conseguem prestar o apoio que muitas vezes não consigo porque o meu trabalho não me permite. As questões dos cuidados básicos de higiene, alimentação e medicação são muito importantes visto que a minha mãe está demenciada e muitas das vezes não segue as minhas orientações. É extremamente importante ter alguém que para além de apoiar e ajudar as pessoas que nos são mais queridas, nos apoiam também a nós. Muitas vezes são elas que fazem o que não conseguimos (...) ou por termos a nossa vida pessoal ou por ser demasiado doloroso a nível emocional e psicológico.
Dificuldades que sente no apoio ao seu familiar	Parece que falo para uma parede (...) desculpe, estou cansada, são muitos anos (...) a relação com a minha mãe nunca foi realmente uma relação de mãe filha e agora (...) cobra-me tudo: atenção, tempo, disponibilidade. Nunca nada está bem feito, reclama de tudo, questiona tudo (...) estou cansada e preocupada (...) não sei lidar com a doença da minha mãe (...) às vezes, grito, respondo, não tenho paciência.	É difícil falar com ela, repete-se nas conversas e depois pergunta sempre as mesmas coisas... depois irrita-se, chora quando cai nela e, percebe que foi agressiva connosco.... Esconde as coisas... o dinheiro e as chaves das portas de casa... depois diz que lhe entraram em casa ou que fomos nós a mudar os sítios das coisas, não vale a pena contrariar nestas alturas... mas é um desespero.	Sou sincera, às vezes tenho de repetir as coisas muitas vezes e por mais que tente não parecer enervada, porque sei que isso também a altera, de vez em quando solto um grito ou outro (...) Quero que ela tenha a qualidade vida que merece, custa-me muito saber que um dia terei de a colocar numa instituição permanente (...) Culpabilizo-me muito por não conseguir dar-lhe o apoio que ela precisa (...) À noite, por exemplo, quando posso, vou dar-lhe o jantar, mas depois quando me vou embora e ela me pergunta “para onde vais?” torna-se muito complicado.. (...) saber que ela vai ficar ali sozinha e eu vou para casa.
Sugestões de melhoria	Alargamento do horário e formação a horários (...) que eu possa ir.	Devia haver centros especializados para pessoas com demências. Depois, talvez que os centros de dia pudessem ter outro horário mais alargado ou que pudessem ficar com os idosos nos meses de férias para quando a família vais para fora uns dis nós	Gostava que houvessem formações para nós, que cuidamos dos nos pais, avós (...) é necessário que saibamos como lidar com certas situações com que nos deparamos (...) muitas vezes somos apanhados de surpresa e não sabemos como agir (...) Por outro

		estamos mais descansados, nem que fosse por 15 dias.	lado, acho que também deveriam alargar o horário do CD.
Preocupações e respostas no âmbito da saúde mental	Preocupa -me se o quadro se agravar (...) não sei cuidar, não consigo mais. Penso no futuro, como será? Falta articulação com a saúde e com o psiquiatra (...) toma muita medicação. Os momentos de crise, também, (...) são muitos e não sei gerir (....) sinto-me incapaz para dar continuidade aos cuidados e a dar apoio. Que soluções? Lar?	Não sei o que vamos fazer mais para a frente... quando o CD já não for o suficiente, e ela não puder ficar à noite em casa sozinha... teremos que a por num Lar mas, falta de apoios que temos no nosso país continua a ser um problema, pois em termos económicas as ajudas da S. Social não chegam e os Lares são muito caros e não há muitas vagas nos que são apoiados pelo Estado.	Não sei como será o amanhã (...) custa-me o facto de não haver mais respostas no âmbito da saúde mental (...) existe muita medicação é claro, mas não será demasiada medicação e menos comunicação entre médicos desta especialidade, ou até mesmo com a comunidade? Poderiam, talvez, existir outras soluções e apoios para não colocarmos os nossos pais, apenas em última instância, num lar?

INFORMAÇÃO PESSOAL

Elsa Joaquina Gaspar Anjos Maria Lisboa elsagaspar22@gmail.com

Nacionalidade Portuguesa

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

2012– até à data **Diretora de Estabelecimento Social - Assistente Social - SCML**

Santa Casa da Misericórdia de Lisboa - Lisboa

Gestão de recursos afetos ao estabelecimento social, potenciando os mesmos por forma a alcançar os objetivos organizacionais. Fomentar e desenvolver parcerias locais e promover um trabalho sistemático de articulação com os vários atores sociais.

Gestão, enquadramento, monitorização e avaliação dos colaboradores afetos ao estabelecimento. Visitas domiciliárias de admissão, diagnóstico e reavaliação. Elaboração de planos de intervenção e respetivos relatórios sociais. Orientadora de estágios curriculares e profissionais; Enquadradora de voluntários em colaboração com o Voluntariado da SCML;

Representante em grupos de trabalho no âmbito do Envelhecimento. Oradora em palestras, congressos e seminários.

2005 – 2011 **Coordenadora do Serviço de Apoio Domiciliário - SCML**

Santa Casa da Misericórdia de Lisboa - Centro de Dia e Apoio Domiciliário Coração de Jesus e S. José - Lisboa

Gestão da equipa de Ajudantes familiares - Organização, planeamento, monitorização e avaliação do trabalho desenvolvido. Gestora de casos sociais - idosos e famílias; Visitas domiciliárias de admissão, diagnóstico e reavaliação. Elaboração de planos de intervenção e respetivos relatórios sociais. Orientadora de estágios curriculares e profissionais; Enquadradora de voluntários em colaboração com o Voluntariado da SCML;

Atendimentos sociais e de triagem, Entrevistas sociais, Articulação com entidades da comunidade, Diagnóstico social, Relatório e Informação Social, Reuniões de equipa.

1996 – 2004 **Animadora Social**

Centro Social Paroquial de Santa Catarina - IPSS - Lisboa

Organização, planeamento e desenvolvimento de atividades socioculturais com os beneficiários do Centro. Apoio à Direção, com elaboração de relatórios e pareceres sociais; Visitas domiciliárias de admissão e avaliação. Enquadradora de voluntários e orientadora de estágios curriculares.

EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO

15 de set 2014 - presente **Mestrado em Serviço Social**

ISCTE-IUL – Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa

Fundamentos do Serviço Social; Direitos Humanos e Serviço Social; Ética da Intervenção Social; Desigualdades Sociais Contemporâneas; Desenho, Gestão e Avaliação de Políticas Públicas; Desenho da Pesquisa; Estado e Políticas de Família e de Proteção Social; Serviço Social Internacional; Seminário Avançado em Serviço Social no Envelhecimento; Desenho de pesquisa; Dissertação com o tema "O Envelhecimento e a adequação das respostas sociais - Centro de Dia da SCML - no âmbito da Saúde mental: Realidades e desafios para o Serviço Social"

- 2007– 2008 **Master of Business Administration - MBA - Liderança e Gestão de Negócios**
 Universidade Autónoma de Lisboa, Lisboa
 Desenvolvimento de competências ao nível da Liderança e Gestão de equipas. Liderar numa Economia Global e Supercompetitiva; Liderar para "High Performance Team"; Liderar a Mudança e Cultura Organizacional; Leadership development plan; Liderança e Inteligência Emocional; Liderar pela Inovação; Leadership and executive coaching; Liderança, negociação e gestão de conflitos.
- 1998 – 2004 **Licenciatura em Serviço Social**
 Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa - ISSSL, Lisboa
 Psicologia geral; Matemática e Estatística para as Ciências Sociais; Sociologia; Antropologia Cultural; Noções gerais do Direito; História das Instituições sociais e do Serviço Social; Economia; Teoria e Metodologia do Serviço Social; Métodos e técnicas de Investigação Social; Supervisão Serviço Social; Seminário/ Estágio em Habitação e Urbanismo; Trabalho final: Barreiras Arquitetónicas na Cidade de Lisboa: Isolamento e Exclusão Social da população mais velha.
- 1993 - 1996 **Curso de Animadora Sociocultural / Assistente Familiar**
 Escola Profissional Monsenhor Alves Brás, Lisboa
 Sociologia; Psicologia; Português; Inglês; Técnicas de animação; Economia; Saúde; Deontologia profissional; Expressão Musical, Plástica e Dramática. Estágios curriculares na Infância e Idosos.

COMPETÊNCIAS PESSOAIS

Língua materna

Português

Outras línguas

Inglês

COMPREENDER		FALAR		ESCREVER
Compreensão oral	Leitura	Interação oral	Produção oral	
B1	B1	B1	B1	B1

Níveis: A1/A2: Utilizador básico - B1/B2: utilizador independente - C1/C2: utilizador avançado
[Quadro Europeu Comum de Referência para as Línguas](#)

Competências de comunicação

Escuta Empática e Bom Relacionamento Interpessoal;
 Capacidade de comunicação;
 Espírito de equipa;
 Flexibilidade e adaptação à mudança;
 Capacidade de integração a ambientes multiculturais

Competências de organização

Dinâmica e empenhada;
 Dinâmica organizacional.

Competências técnicas

Atendimento social a idosos e famílias;
Colaboração em reuniões técnicas com diversas entidades internas e externas;
Elaboração de relatórios técnicos para tribunais e outras entidades;
Elaboração de subsídios;
Elaboração de mapas e escalas de trabalho;
Readequação e avaliação de procedimentos e práticas junto das equipas;
Introdução de novos procedimentos organizacionais e sua monitorização;
Planeamento, monitorização e supervisão de trabalho;
Gestão de equipas;
Detentora de Certificado de Aptidão Profissional de Formadora nº EDF 25795/2002 DL.

Competências informáticas

Bons conhecimentos na utilização de ferramentas informáticas nomeadamente Excel, Word, PowerPoint, na ótica do utilizador.

INFORMAÇÃO ADICIONAL

Outras aptidões e competências

1995 - Voluntária no Banco Alimentar Contra a Fome;
2005 - Voluntária no Centro Social Paroquial S. Julião da Barra;
2005-2006 - Voluntária em S. Tomé e Príncipe - Associação Novo Futuro
2012 - Voluntária no EP Tires;
2014 - Voluntária na Comissão Nacional de Proteção de Crianças e Jovens - Operações de rua em conjunto com a 1.ª Divisão da PSP

Carta de condução

Categoria: B de 30 de Março de 1998.

Informações Adicionais

Oradora:
Maio 2016 - A supervisão no processo de Estágio - Encontro anual de estágios curriculares - Universidade Lusíada de Lisboa.
Abril 2014 - Voluntariado - Unidade Curricular Voluntariado, do Laboratório de Línguas e Competências Transversais - ISCTE.
Novembro 2013 - O Serviço Social em contexto de crise - Apoio ao Idoso na Comunidade - II Congresso de Serviço Social do CHLC EPE.
Julho 2013 - Projeto G&G2 - Grandparents & Grandchildrens - oradora em Trieste - Itália;
Maio 2013 - Seminário de consenso "Dinâmicas intergeracionais" - CECO.A.
Dezembro 2011 - A população idosa no séc XXI - Mitos e Realidades - CHLC.
Novembro 2008 - Recursos da Ação Social da SCML para as pessoas idosas - Congresso Internacional de Serviço Social - Universidade Lusíada.
Maio 2008 - O Voluntariado no serviço de apoio domiciliário - SCML.
Fevereiro 2008 - O lugar do técnico acompanhante na formação em contexto de trabalho - Fundação Monsenhor Alves Brás.
Outubro 2006 - A Problemática do Envelhecimento: que perspetivas? - SCML.
Maio 2005 - Cuidados Continuados de Saúde - um trabalho em parceria. - ARS - Centro de Saúde Luz Soriano.

Redação
Agosto 2013 - Artigo para a Revista do CHLC sobre "O Ser Voluntário em contexto de Crise"
Abril 2008 - Artigo para a Revista Cidade Solidária - SCML - "Ser voluntário no Serviço de Apoio Domiciliário"

Formadora
Março 2012 até Abril 2013 - Gestão de equipas e Liderança - Voluntários e Técnicos -S. Julião da Barra - CSPSJB;
Janeiro a Dezembro 2012 - Atividades de animação com idosos e workshops de gestão de equipas - Comunidade Muçulmana Ismali;
Dezembro 2009 - Liderança e Empowerment - Técnicos Serviço Social - Hospital de Santa Marta
Dezembro 2009 - Liderança e gestão de conflitos - Técnicos Serviço Social - Hospital de Santa Marta;
Setembro 2009 - Recursos e respostas sociais da SCML - SCML;
Dezembro 1997 - Formadora no Curso de Animador Sociocultural nos módulos: O papel do Animador e Atividades de lazer e Culturais - Fórum Jovem.

