

Introdução

“O envelhecimento não pode ser considerado uma novidade histórica: no decorrer do último século, as nossas sociedades não têm deixado de envelhecer. Mas três características distintas são próprias da nossa época.

Primeiro, o processo acelera-se rapidamente. Segundo, estamos agora de boa saúde, o que provocou uma subida da esperança de vida, e terceiro, é que a velhice coincide com a reforma. Mas para além disso devemos preparar-nos igualmente para a subida da procura de cuidados às pessoas idosas e dependentes. A família é fonte de serviços, de consumo e de rendimento monetário, o mercado procura os rendimentos do trabalho, que permitirão ser transformados em pecúlio de reforma e permitem comprar serviços de cuidados e planos de reforma, os poderes públicos organizam a repartição dos rendimentos e dos serviços entre as diferentes fases da vida e de uma família para a outra. Mas no que se refere aos cuidados as associações sociais representam uma parte essencial da ajuda social disponível.”

Esping-Andersen, E., e Bruno Palier (2009: 81 e 105-107),
Três Lições sobre o Estado-Providência,
Lisboa, Campo da Comunicação.

1 – Apresentação do problema, objectivos e hipótese de partida

Esta tese que agora se apresenta com o título “*Os cuidados domiciliários em instituições de solidariedade social no concelho de Cascais*” tem como finalidade compreender as configurações desta área da política no que respeita às orientações actuais do envelhecimento activo, da protecção, da participação e da saúde das pessoas idosas e familiares cuidadores.

Actualmente, assiste-se em todo o mundo ao aumento do número de pessoas idosas e muito idosas e ao aumento do número de pessoas dependentes (OCDE, 2007). A dependência associada a doenças crónicas e degenerativas (Cabral, 2003) favorece o acréscimo da necessidade de cuidados pessoais, sociais e de saúde, com consequências negativas para a estrutura e dinâmicas das famílias de idosos e com idosos a cargo (Almeida, 2003; Guerreiro, 2003; Torres (Coord.), 2004; São José et al., 2002) e para os sistemas de protecção social existentes (Botequilha, 2005; Giddens, 2007; Fernandes, 1997a, 1997b; Mendes, 2005).

É na família que as transformações demográficas têm tido mais impacto, com o agravamento do número de famílias de idosos com um ou dois indivíduos (INE, 2001). As famílias de hoje são sujeitas a múltiplas solicitações que sobrecarregam as suas funções, nomeadamente o trabalho fora e dentro de casa e ainda a prestação de cuidados aos

dependentes, sejam crianças, jovens ou idosos (Torres (Coord.), 2004). Em todos os países europeus a taxa de trabalho feminino fora de casa aumentou nestes últimos 30 anos. Porém, predominam ainda os cuidados femininos quando se fala de cuidados aos idosos (Jani Le Bris, 1994; Quaresma, 1996; Saraceno e Naldini, 2003; Torres (Coord.), 2004). Significa isto que, apesar de existir hoje um maior número de mulheres que trabalha fora de casa, são ainda estas que maioritariamente continuam a prestar os cuidados aos idosos dependentes no quadro familiar. Fazem-no por várias razões, mas uma das principais é a inexistência de recursos substantivos no âmbito formal que complementem ou substituam a acção familiar.

Em Portugal, a política social na área dos cuidados prossegue a ideia de responsabilidade partilhada entre o Estado, o mercado e a sociedade civil (organizações de solidariedade não lucrativas e família), numa perspectiva de *welfare mix* (Capucha, 1995; Majone, 1997; Winterberger, 1993). Na prática, isso significa que o Estado, em vez de ser prestador de serviços, se tornou regulador dos mesmos. A regulação é uma forma de o Estado impor ao mercado, lucrativo e não lucrativo, regras públicas (Eberlein, 1999). Mas o processo de reajustamento do Estado-providência face aos problemas do envelhecimento e do envelhecimento com dependência adquire múltiplos contornos, existindo vários modelos descritivos dessas transformações, os continentais, o social-democrata, o liberal e do Sul da Europa (Esping-Andersen, 1990; Ferrera et al., 2000; Kuhnle e Alestalo, 2000). Alguns destes modelos apresentam cuidados desenvolvidos e outros cuidados parcialmente desenvolvidos (Anttonen e Sipilä, 1996).

Nos modelos continentais, liberais e do Sul da Europa, as instituições de solidariedade social adquiririam um papel fundamental na prestação de cuidados. Estas direccionam a sua acção sobretudo para as pessoas mais fragilizadas, mais pobres, com maiores índices de solidão e isolamento, cuja família é inexistente ou indisponível (Hespanha et al., 2000). Ao “desmercadorizar” os cuidados neste domínio, o Estado responsabiliza a sociedade civil solidária pela concretização dos mesmos e age como financiador, fiscalizador e promotor da prestação dos cuidados. Este procedimento está associado ao princípio de subsidiariedade (Andreotti et al., 2001). Significa que o Estado só actua nos casos em que nem a família, nem as organizações de solidariedade o conseguem fazer.

No nosso país, a política de cuidados orienta-se para o domicílio nas áreas sociais e de saúde. A intervenção social neste âmbito incide nas situações de dependência quando esta já está instalada (Decreto-Lei 101 de 2006 e Despacho Normativo nº 62 de 1999) e quando

se revelam indicadores de fragilidade social associada à solidão, ao isolamento e à pobreza (Decreto-Lei 4 de 2007; PNAI, 2006b). Esta política é organizada de acordo com as regras do princípio de discriminação positiva: dar mais a quem mais necessita. Tal orientação pode ter um efeito perverso pois, ao centrar a intervenção nas pessoas idosas “mais frágeis” sem família, pode descurar aqueles que a têm mas que necessitam também de ser apoiados e integrados na prestação de cuidados (Sousa e Figueiredo, 2004). Ao centrarem-se nas pessoas mais carenciadas, as políticas proporcionam uma retracção da acção do Estado nesta área e favorecem o aumento da procura de serviços e o desenvolvimento dos mesmos no âmbito do mercado lucrativo, com o surgimento de empresas privadas.

Considera-se nesta tese que as políticas são instrumentos fundamentais de regulação das relações entre o Estado e a família dos idosos ou com idosos a cargo e de promoção da autonomia e da qualidade de vida destas. Apesar de, nestes últimos anos, os governos, sobretudo socialistas, terem efectuado um esforço no sentido de aumentar as respostas de cuidados para as pessoas idosas e em situação de dependência, estas são ainda insuficientes e muitas vezes desadequadas face ao número e à heterogeneidade de cuidados necessários.

As orientações internacionais e nacionais têm-se centrado no aumento do apoio domiciliário, também denominado integrado e em respostas diversificadas que potenciem os cuidados de reabilitação de curto e de longo termo, cuidados paliativos e cuidados para situações específicas, como é o caso das demências, e também na protecção e melhoria da qualidade das respostas (OMS, 2002a; 2002b). Desta forma, os cuidados domiciliários ganharam um novo entendimento, pois foram transformados em acções “positivas” no âmbito da política social.

Neste contexto surgem os seguintes objectivos da pesquisa: compreender a política de cuidados domiciliários para as pessoas idosas em Portugal, numa perspectiva evolutiva que a situe face a outro tipo de respostas, tendo em conta as necessidades das pessoas idosas e do seu cuidador familiar; identificar os modos de implementação desta área da política ao nível do desenho das instituições de solidariedade social em articulação com as instituições públicas, aferindo em particular o modo como promovem a autonomia e a qualidade do serviço; analisar como as orientações da política de cuidados domiciliários em instituições de solidariedade social influenciam o processo de intervenção do Serviço Social na organização das equipas de profissionais, no modo de diagnosticar os problemas e prestar cuidados, bem como acompanhar e avaliar o impacto da prestação dos cuidados. Associada a esta análise, considerou-se ainda como contexto a questão do envelhecimento com

dependência numa dimensão territorial onde se desenvolve a acção da política de cuidados domiciliários em estudo: o concelho de Cascais.

Procura-se esclarecer se os cuidados domiciliários prestados em instituições de solidariedade e coordenados por profissionais de Serviço Social respondem ao envelhecimento com dependência e promovem a autonomia dos clientes e a qualidade da resposta? Pretende-se saber se a capacidade das instituições de solidariedade social com SAD promoverem a autonomia e a qualidade dos serviços de apoio domiciliário decorre da acção estratégica consubstanciada na competência técnica, relativamente aos métodos de trabalho inovadores prosseguidos quer pela direcção, quer pela coordenação dos SAD. Esta capacidade inclui práticas de planificação, gestão e avaliação por objectivos e integração dos clientes nos processos de decisão, traduzidas na democratização da gestão e da intervenção, no desenvolvimento de projectos com respostas complementares e em parcerias com outras instituições. Ou se a capacidade destas instituições é determinada exclusivamente pela política, ou tutela, central do Estado (relação das instituições com o Estado).

Situada a questão, considera-se como hipótese nesta tese que são as instituições que apresentam maior democratização da gestão, que têm mais capacidade de criar e desenvolver respostas sociais e estabelecer relações privilegiadas com a tutela que fornecem cuidados domiciliários mais diversificados, promovem mais a autonomia dos clientes e a qualidade da resposta.

A complexidade das inter-relações aqui apresentadas coloca-nos perante uma pluralidade de enunciados que é necessário definir previamente. Desde logo interessa analisar a relação entre o envelhecimento, a dependência, a política de cuidados domiciliários, as instituições de solidariedade e a acção profissional dos coordenadores com formação em Serviço Social responsáveis pela concretização desse suporte.

2 – Perspectivas teóricas de análise

O envelhecimento demográfico da população¹, associado ao aumento da longevidade e à baixa natalidade, constitui uma das características das sociedades actuais. Mas o envelhecimento não é só um fenómeno demográfico mas é também um processo biológico, contextualizado culturalmente, socialmente construído e conjunturalmente definido (Lima e

¹ O envelhecimento caracteriza-se por modificações na estrutura etária das populações quer na base, quer no topo.

Viegas, 1988: 149), em que as situações de dependência emergem como um processo aberto, capacitador, negociável e que pode ser retardado pela acção social e política (Viegas e Gomes, 2007: 39). Neste contexto, a velhice é uma noção relativa à forma como cada sociedade conceptualiza o ciclo de vida (Lima e Viegas, 1988: 149; Peixoto, 1998).

Nesta pesquisa são considerados tanto os efeitos positivos como os nefastos da velhice. Os efeitos negativos dizem respeito à dependência física, cognitiva e intelectual e a alguns factores causais, previsíveis e não previsíveis, que a determinam, associados às consequências que tem nas pessoas e nas estruturas da sociedade (Viegas e Gomes, 2007: 38). As sociedades industrializadas foram constituídas a partir dos valores de produtividade e eficácia. Estes valores reorganizaram as relações estruturais de poder nas quais os mais velhos, dos poucos que sobreviviam, foram perdendo o lugar de “guardiães da sabedoria” e experiência. A experiência foi superada pela “institucionalização e democratização da educação de massas e pelo ritmo das transformações tecnológica transformada em competências” (Viegas e Gomes, 2007: 30).

Este processo de transformação, que afectou a estrutura e o comportamento familiar, favoreceu o declínio de algumas funções parentais esperadas na velhice como, por exemplo, o papel do idoso como chefe de família e transmissor de normas e valores às gerações seguintes. Estas transformações produziram, quer a ideia de velhice dependente, como forma de negativizar essa fase da vida, quer a de “velhice pensionada”, como forma de a valorizar (Fernandes, 2000; 2001).

Na sociedade industrial a velhice foi conceptualizada como uma fase da vida sem produtividade e sem eficácia económica por ser mais reduzida em dimensão e em duração. Na sociedade pós-industrial e tecnológica, por ser em maior número e mais prolongada, esta fase da vida é encarada como uma nova oportunidade de vida associada à evolução do conhecimento e às novas tecnologias aplicadas à comunicação e à saúde (Viegas e Gomes, 2007: 376). É neste contexto que surge a noção de envelhecimento activo num registo social, simbólico, político e ideológico, numa óptica de capacitação (OMS, 2002a; 2002b: ONU, 2002; Viegas e Gomes, 2007: 36). Significa isto que, independentemente das situações de dependência, de fragilidade social ou de risco, a velhice é concebida como uma fase da vida potenciadora de novas oportunidades e, conseqüentemente, de novas capacidades. Esta perspectiva resulta da melhoria generalizada das “condições de vida induzidas pelo sucesso de políticas sociais públicas, como as de saúde, de redistribuição de rendimento e de trabalho” (Capucha, 2005b: 338). Nesta perspectiva, adoptou-se uma linha de investigação

que situa a velhice e o papel que as pessoas idosas em situação de dependência adquiriram no processo de modernização das sociedades e do Estado (Fernandes, 1997b; Viegas e Gomes, 2007: 29-30).

Apesar da tendência de transformação na política e mudança nas situações de dependência, a família continua a ser a principal cuidadora (Jani Le Bris, 1994; Quaresma, 1996; Saraceno e Naldini, 2003; Sousa e Figueiredo, 2004). Segundo estes autores, quando o casal tem mais idade e necessita de mais cuidados, predomina nessa situação o trabalho prestado por mulheres, surgindo por ordem de importância, a esposa, a filha e a nora, sucedendo-lhes os homens, como o esposo e o filho, o que expressa uma relativa sobrecarga de trabalho das mulheres face aos homens.

A família tende a criar “novas” dinâmicas de negociação para fazer face ao aumento da longevidade e dos cuidados aos seus familiares mais idosos. Esta negociação não é meramente individual. Resulta das funções que cada elemento tem dentro (Durkheim, 1984: 143) e fora da família. Remete não só para as normas e princípios sociais, para o tipo de relacionamento existente entre os que cuidam e os que necessitam de cuidados (Finch, 1989; Finch e Mason, 1989), mas também para o tipo de suporte existente no âmbito formal (Fernandes, 2000; 2001; Torres (Coord.), 2004) e para o modo como as dimensões formais e informais se relacionam umas com as outras.

As situações de dependência nas pessoas idosas constituem problemas complexos a que os cuidadores já não conseguem dar resposta da melhor forma, transparecendo situações problemáticas associadas à solidão, ao isolamento, negligência e abandono, mais visíveis nos grupos vulneráveis à pobreza (Capucha, 2005b; Figueiredo, 2007; Quaresma, 2006; Paúl, 1997; Paúl e Fonseca (Coords.), 2005). Estes problemas requerem novas “políticas activas” que potenciem as competências nas famílias com idosos a cargo e as integrem nelas como complemento dos cuidados a prestar. Estas políticas, concretizadas num contexto de Estado-providência atento ao bem-estar dos cidadãos, remetem para a protecção social na velhice entendida como uma construção social que decorre do processo de modernização das sociedades (cf. Flora e Heidenheimer, 1995; cf. Mozzicafreddo, 2000).

A política social é definida não só como um conjunto de decisões em determinadas áreas (sociais, saúde, segurança social, trabalho, educação, habitação) mas implica um processo negociado com os parceiros sociais (Guillemard, 1986: 21-22). Nestas estão implícitas certas noções de envelhecimento de acordo com os princípios, valores e quadros sociais dos actores que a negociam. A negociação, muitas vezes sob a forma de luta de

interesses, resulta num “conjunto de intervenções públicas que estruturam de forma explícita e implícita as relações entre o Estado e a sociedade” (Guillemard, 1986: 22). A política de velhice inscreve-se então num quadro de transformações sociais que, ao mesmo tempo que são produzidas, reconfiguram o modo como a sociedade concebe e age nessa área².

A política de cuidados que aqui se vai analisar é concebida como uma área da política da velhice que, além de estruturar as relações entre o Estado e a sociedade de uma forma geral, estrutura especificamente a relação entre o Estado e a família com idosos dependentes e com idosos a cargo, promovendo ou não a autonomia e a independência destes últimos (Anttonen e Sipilä, 1996: 89). Estas políticas centraram-se, nestes últimos anos, na promoção de capacidades e na valorização da independência e autonomia, tendencialmente a partir do domicílio. Por isso, nesta área da prestação de cuidados, o espaço privado, o domicílio, foi eleito como objecto da acção política, constituindo-se como um dos meios de apoio às actividades da vida diária necessários à “manutenção do quotidiano familiar” (Guerreiro, 2001) e também da integração social. Os serviços de apoio domiciliário, enquanto área da política de cuidados e de velhice, constituem “uma resposta social organizada a que as pessoas em situação de dependência podem ter acesso para satisfação de necessidades básicas e específicas, apoio nas actividades instrumentais da vida quotidiana e actividades recreativas. Este conjunto de serviços é prestado no domicílio habitual de vida do cliente, contribuindo para a promoção da sua autonomia e prevenção de situações de dependência ou do seu agravamento” (Manual da Qualidade da Resposta SAD, 2005: 1).

Esta resposta, para as pessoas idosas e em situação de dependência, remete para uma articulação entre áreas, a da saúde e a social, entre responsabilidades públicas e privadas, entre modos de actuação formal e informal e entre cuidadores e beneficiários (Kröger, 2001; 2003). Nesta definição adquire especial importância o Estado como regulador, financiador e promotor e as organizações não lucrativas ou de solidariedade social como prestadoras dos cuidados. Estas entidades constituem actualmente um dos principais agentes na organização de serviços e prestação de cuidados às pessoas idosas e dependentes. O trabalho destas instituições é desenvolvido num quadro de proximidade territorial (Capucha (Ed.), 1995; Rodrigues, 2005: 131), de convivência com os problemas das pessoas idosas e famílias, sem necessidade de desenraizamento da sua vida habitual. Os cuidados prestados por estas

² As prestações a favor da velhice e da doença foram as primeiras medidas de política do Estado-providência durante o fim do século XIX e início do século XX (Guillemard, 1988:20).

instituições procuram adequar-se ao modo de vida das pessoas e oferecer-lhes uma ampla gama de modalidades e de possibilidades.

A intervenção do Serviço Social desenvolve-se, também, em organizações de solidariedade social com as pessoas idosas dependentes ou outros grupos associados à pobreza e exclusão. A sua finalidade já não é só, “ajudar” a pessoas, enquanto processo associado a princípios e valores filantrópicos e caritativos. Integrado no âmbito da política pública e social, o objectivo passou a ser o de concretizar direitos individuais e colectivos. Neste sentido analítico, parte-se da premissa de Lorenz (2005) de Niemelä e Hämäläinen (2001: 5) e de Payne (1995) de que a natureza e a prática do Serviço Social são influenciadas pelo regime *de welfare system* desenvolvido em cada país, e neste caso pela relação que este mantém com a família e as instituições de solidariedade.

Os serviços de apoio domiciliário existentes no âmbito da solidariedade social são maioritariamente coordenados por profissionais de Serviço Social (MTSS, 2006). Nesta análise, privilegiamos o modo como o Serviço Social se integra no processo de modernização do Estado na sua relação com a sociedade, considerando o modo como este concebe, organiza e concretiza os cuidados domiciliários (Offer, 1994: 70). Numa perspectiva de capacitação das políticas, o processo de coordenação dos serviços de apoio domiciliário exige uma abordagem reflexiva. Este tipo de intervenção implica um constante questionamento da teoria e da prática, de modo a atender às expectativas de vida das pessoas idosas e seus familiares, a incluir as dimensões afectivas, emocionais, relacionais, físicas, materiais e de desenvolvimento pessoal e a promover a autonomia e a qualidade do serviço (cf. Adams et al. (Ed.), 2005). Em termos processuais, a intervenção implica “planificação, gestão e avaliação da prestação de serviços, profissionalização, direcção por objectivos, técnicas de gestão e indicadores de controlo da gestão, trabalho de equipa, formação e investigação” (cf. Adams, et al., 2005; Payne, 2002; Robertis, 2003; Rodríguez, 2005: 118), mas também ponderação sobre as dimensões éticas e estéticas.

Depois de situadas as perspectivas teóricas de análise relativamente ao objecto de estudo: os cuidados prestados no domicílio por instituições de solidariedade, debruçamo-nos sobre o plano de trabalho desenvolvido para atingir os objectivos propostos e aferir as hipóteses.

3 – Apresentação do plano de trabalho

O estudo empírico decorreu em instituições de solidariedade social com o estatuto jurídico de IPSS e dotadas de serviços de apoio domiciliário, no espaço territorial do concelho de Cascais. As razões que levaram a investigadora a escolher determinada população dizem respeito ao facto de ter exercido profissionalmente o Serviço Social numa dessas organizações. Para além disso, trata-se de um Concelho onde a dinâmica entre os agentes sociais está instituída já há alguns anos. O poder local procura a articulação com as IPSS no sentido de promover a melhoria contínua da qualidade dos suportes desenvolvidos por estas, o que pode ser considerado uma boa prática.

As doze instituições existentes no concelho sob a forma jurídica de IPSS constituíram o universo em estudo. Este refere-se “ao conjunto total dos casos sobre os quais se pretende tirar conclusões” (Hill e Hill, 2002: 41). Contudo, dada a amplitude do mesmo, o tempo para efectuar a investigação e os custos dela decorrentes, não foi possível analisar todas as instituições do concelho, tendo sido necessário restringir o campo de estudo e definir uma amostra.

Para a definição da amostra, as características teóricas do estudo revelaram-se mais importantes e, por isso, o método de amostragem seleccionado foi o não casual (cf. Hill e Hill, 2002: 49). Tal significa que não existe a probabilidade de o universo ser igual à amostra e que não se pode efectuar uma generalização ou extrapolação dos resultados obtidos para o universo. A amostra é intencional, delimitada por conveniência, tendo sido construída a partir de alguns elementos que podem considerar-se estratégicos para refutar ou consagrar as hipóteses teóricas colocadas à partida e consubstanciadas na problemática.

Numa primeira etapa, foram excluídas instituições cujos coordenadores não tinham formação académica em Serviço Social. Ao aplicarmos este procedimento, foram eliminadas três instituições. O segundo critério aplicado foi o territorial, de modo a abranger as seis freguesias do concelho³, incluindo também o subcritério da diversidade dos tipos de instituições juridicamente denominadas IPSS, integrando a Santa Casa da Misericórdia, os Centros Comunitários de cariz religioso e as associações laicas. Seleccionaram-se para o estudo seis instituições com essas características. Depois de seleccionadas, foi efectuada um pedido por escrito, dirigido aos directores das instituições, entre Maio e Junho de 2007. Duas instituições para onde foi enviado o pedido não se mostraram disponíveis para participar.

³ Alcabideche, Carcavelos, Cascais, Estoril, Parede e S. Domingos de Rana.

A amostra ficou delimitada a quatro instituições de solidariedade a ser estudadas: dois centros comunitários paroquiais (1 e 2), a santa casa da misericórdia (3), e uma cooperativa de solidariedade social (4). Nestas instituições, foi seleccionado um elemento da direcção e um coordenador do serviço de apoio domiciliário. Cada instituição tem um serviço de apoio domiciliário que integra um determinado número de utilizadores. Foram considerados aqueles que tinham processo social no SAD, independentemente do tipo de serviço que lhes é prestado, assim como a disponibilidade da coordenação em preencher os questionários em tempo útil.

O quadro teórico permitiu a operacionalidade dos campos em estudo e a construção de mecanismos de observação e de inquirição plural, favorecendo uma dialéctica entre as técnicas qualitativas e intensivas e as quantitativas e extensivas. Foi efectuada uma entrevista semidirigida⁴ ao director da organização e outra aos coordenadores do serviço de apoio domiciliário. Quer no primeiro caso, quer no segundo, foram realizadas quatro entrevistas, uma a cada elemento da direcção e uma a cada elemento da coordenação.

Todas as entrevistas foram efectuadas nas instituições estudadas. As primeiras tiveram como objectivos: analisar a estrutura da organização, funcionamento e modo de decisão; examinar a posição dos técnicos, profissionais e clientes na direcção e o seu nível de participação nos processos de decisão; e identificar as respostas sociais da organização, situadas na comunidade de pertença, evidenciando as parcerias e o papel das mesmas nesse processo.

As segundas tinham como objectivos: aferir o tipo de problemas apresentados pelos possíveis clientes dos serviços e outras entidades; analisar as respostas do Serviço Social a esses problemas, centrando-nos no modo de intervenção relativamente ao acolhimento, acompanhamento e avaliação do processo; e avaliar a intervenção relativamente à coordenação da equipa e organização dos suportes prestados no SAD. Quer as primeiras entrevistas, quer as segundas, decorreram entre 16 de Julho de 2007 e 14 de Março de 2008. Todas elas foram gravadas, transcritas e submetidas a uma análise de conteúdo temático categorial (ver apêndices VI e VII).

⁴ A entrevista adoptada foi do tipo semidirigido. Uma série de perguntas-guia, abertas, permitiram ao entrevistador encaminhá-la para os objectivos propostos e ao entrevistado falar abertamente sobre o assunto em questão, problematizar e aprofundar a sua forma de pensar sobre ele. Este modelo de entrevista dá a possibilidade ao entrevistado de estruturar o seu pensamento sobre as suas práticas e representações relativas ao assunto em análise, assim como aprofundar essas considerações. Requer um guião com “questões padronizadas (idênticas para todas as pessoas interrogadas) e uma ordem preestabelecida” (Albarello et al. 1997: 87-88).

Os questionários foram preenchidos pelos coordenadores tendo como base as informações contidas na ficha do processo social. Pretendia-se, por um lado, aferir⁵, o nível de conhecimento que as coordenadoras do serviço de apoio domiciliário tinham dos clientes dos serviços e, por outro lado, conhecer o perfil destes, a situação de dependência, os cuidados familiares prestados e o nível de integração comunitária, assim como os tipos de serviço de que usufruíam, os profissionais que os prestavam e o acompanhamento e avaliação em cada caso.

O preenchimento dos questionários pelas coordenadoras dos SAD decorreu de Julho de 2007 a Outubro de 2008. Os SAD destas instituições apresentavam cerca 417 de processos dos clientes⁶. Destes, foram recolhidos 212 questionários (representando 50,83% do total dos processos). Estes foram recolhidos em 68 questionários no centro comunitário paroquial nº 1 e 50 no centro comunitário paroquial nº 2, 54 questionários na Misericórdia e 40 na cooperativa de solidariedade. Os inquiridos foram seleccionados aleatoriamente tendo como referência as fichas dos clientes. Os dados recolhidos foram sujeitos a um tratamento estatístico descritivo e analítico com o programa SPSS, que permitiu aferir algumas relações entre variáveis, avaliar as características da população-alvo e a extensão do apoio nos sujeitos estudados e testar as hipóteses. Aliado a este processo, efectuou-se uma análise a documentos de cada instituição, como os estatutos, o compromisso da Irmandade e os regulamentos internos do SAD.

Complementarmente a estes procedimentos metodológicos, realizou-se uma entrevista exploratória aos dirigentes da Confederação das Instituições de Solidariedade de Lisboa (CNISS). Pretendia-se aferir o papel desta organização na negociação com o Estado e no apoio às instituições de solidariedade parceiras. Esta entrevista foi efectuada em 2 de Novembro de 2005 (ver apêndice IV). Foi realizada também uma entrevista exploratória à coordenadora do projecto de protocolo de apoio domiciliário da autarquia da Cascais em 25 de Novembro de 2005 (ver apêndice IV). Neste processo de recolha de dados tivemos em atenção algumas questões éticas (Fortin, 2003), nomeadamente o princípio da autodeterminação – respeito pela vontade dos participantes em participarem no estudo – assim como o anonimato, a confidencialidade e o direito a um tratamento justo e equitativo.

⁵ O questionário foi a técnica que se adaptou melhor ao objectivo de caracterização dos utilizadores. Pretendia-se apreciar os discursos individuais, interrogações acerca de uma situação, possibilitando interpretações, generalizações e conclusões mais vastas (cf. Ghiglione e Matalon, 1992: 2 e 8).

⁶ Total dos processos é a soma de: 101 num centro comunitário, e 64 no outro, na SCM 130 e na cooperativa de solidariedade social 122.

O trabalho de pesquisa que agora se apresenta está dividido em duas partes. Na primeira, situa-se o estado da arte através de dois capítulos. O primeiro contextualiza a questão do envelhecimento com dependência e os efeitos desse processo na família. Identificam-se os cuidadores, considerando as potencialidades e limites do processo de cuidar. Problematiza-se o modo como os cuidados se integraram no âmbito da política, os efeitos do envelhecimento com dependência nas políticas de cuidados e o papel do Estado e das instituições de solidariedade nesse processo. Complementarmente, demonstra-se como alguns países europeus a organizam. Terminamos com uma reflexão sobre as orientações paradigmáticas e os padrões de política de cuidados domiciliários. No segundo capítulo, reportamo-nos à realidade portuguesa. Reflectimos sobre as características do Estado-providência em Portugal e como o mesmo foi respondendo às questões da velhice e da velhice dependente. Nesse processo, consideramos as respostas sociais e as de saúde, integradas, e outras complementares identificando as orientações para a qualidade da resposta e reflectindo sobre limites e as potencialidades dos cuidados sociais no domicílio.

A segunda parte está também dividida em dois capítulos. No primeiro, apresentamos os resultados da análise intensiva à estrutura e funcionamento das instituições de solidariedade e dos serviços de apoio domiciliário. Caracterizamos as organizações tendo com referência a sua maior ou menor complexidade e identificamos tipologias de funcionamento destas instituições com SAD. No segundo capítulo, apresentamos a análise extensiva dos dados do questionário, em articulação com a análise intensiva da intervenção do Serviço Social. Consideramos o processo de intervenção tendo em conta a população visada, os cuidados prestados e o acompanhamento. Ponderamos, em forma de síntese, sobre as características dos cuidados referentes às tipologias anteriores, identificando três padrões de prestação de cuidados e de intervenção do Serviço Social. Por último, apresentamos as principais conclusões, recolocando a questão inicial e a hipótese de partida.