

## Conclusão

“The services provided must improve: service provision for older people and family carers in terms of cover-age, quality and accessibility by granting appropriate funding or rationalizing existing resources to this purpose; develop more imaginative and proactive approaches to informing family carers of existing services, through use of local and national media to increase knowledge about services, improve their social acceptability; adopt quality standards in training for employment in care services as an integral part of all local services; adopt standardized evaluation and monitoring procedures for needs and services supporting family carers and old people; consider how best integrate service provision, based on comprehensive needs assessment, to cover the diverse and changing needs of family carers for help and support (medical, social, psychological, financial). This will require the development of specially trained, interdisciplinary teams (public and ONG) to co-ordinate existing services and develop new networks of services at local levels. Appropriate incentives shall be introduced to improve current levels of integration of existing services and interdisciplinary care work.”

Elisabeth Mestheneso, e Judy Triantafillou (2005: 11),  
Overview summary of the Eurofamcare, *Trans-European-Survey Report, Services for Supporting Family Carers of Elderly People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage*, Athens, Hamburg, Eurofamcare.

Ao longo desta tese, os cuidados domiciliários foram examinados em articulação com as orientações da política mundial, europeia e portuguesa, nas vertentes de protecção, participação e saúde. Esta análise teve como referência as dimensões estruturantes do Estado-providência e das políticas para a velhice, na sua articulação com o sector privado solidário, considerando a centralidade dos cuidados domiciliários enquanto resposta à dependência e à fragilidade social das pessoas idosas e dos familiares cuidadores num espaço territorial delimitado: o concelho de Cascais. Assim ao terminarmos a pesquisa é possível avançar algumas conclusões que atravessam a investigação, nomeadamente a conceptualização dos cuidados domiciliários no âmbito da política de protecção na velhice e nas instituições de solidariedade, tendo em conta a organização da resposta, a coordenação do Serviço Social, o modo de fornecer cuidados e a capacidade da resposta em promover a autonomia (participação, escolha e independência) e a qualidade na velhice.

### *Os cuidados domiciliários no âmbito da política de velhice*

Numa perspectiva de coesão social, a acção da política social tem como finalidade (cf. Mozzicafreddo, 2000: 11) promover o bem-estar social, consubstanciado em valores de justiça social, equidade, participação e emancipação (crescimento económico *versus* investimento em políticas sociais) e como função fornecer serviços, cobrir os riscos e redistribuir rendimentos, mas também regular e estimular a actividade económica.

As transformações demográficas configuraram as medidas de política na área dos cuidados às pessoas idosas e dependentes e a perspectiva da política de cuidados domiciliários prestados em instituições de solidariedade social. Esta área da política de cuidados domiciliários estrutura as relações entre o Estado, as organizações que prestam cuidados domiciliários, as pessoas idosas dependentes e os familiares cuidadores.

Em Portugal, os cuidados domiciliários surgiram num contexto de mudanças sociais e políticas do pós-25 de Abril de 1974. Para a sua definição contribuíram diversos factores, nomeadamente: as transformações legislativas versando os direitos sociais das pessoas com 65 ou mais anos; a construção de um sistema de segurança social universal; a reconfiguração da relação das instituições de solidariedade com o Estado; a reorientação das actividades das misericórdias, na sequência da nacionalização dos serviços de saúde; o assumir da responsabilidade pela protecção social de grupos mais vulneráveis à pobreza por parte das IPSS; o ligeiro aumento da dependência no período do pós-guerra colonial aliado a um visível movimento associativo de criação de respostas sociais nas áreas das pessoas idosas, da deficiência e da dependência; a vinda de milhares de cidadãos das ex-colónias em situação de fragilidade social com o conseqüente aumento de pessoas idosas nas décadas subsequentes. Os serviços de apoio domiciliário desenvolvidos neste contexto surgiram como uma resposta “inovadora”.

Nos anos oitenta e até meados da década de noventa, estas respostas tiveram um desenvolvimento que ficou aquém de outros suportes sociais para as pessoas idosas, como foi o caso dos lares, centros de dia e de convívio. Depois da entrada de Portugal na Comunidade Europeia<sup>171</sup>, as políticas reorientaram-se para grupos e problemas específicos e em contexto de pobreza – considerando-se que a dependência deveria de ser protegida. Com esta orientação surgiram novas medidas políticas de compensação económica e, ainda que incipientes, os serviços de apoio domiciliário.

---

<sup>171</sup> Com o tratado de Maastricht em 1992 a Comunidade Europeia passou a denominar-se União Europeia

De meados da década de noventa até à actualidade, os serviços de apoio domiciliário tiveram uma expansão considerável, fruto do aumento do número de pessoas idosas, dependentes e vulneráveis socialmente e da inevitável pressão que colocam ao sistema de segurança social e de saúde. Esta resposta foi reconfigurada e começou a funcionar como alternativa à institucionalização e à necessidade de cuidados continuados de saúde e sociais. Para isso contribuíram determinadas políticas sociais activas, a partir de 1994, como o PAII (regulamentado em 1997 e 1998) e diversas leis, entre outras, a que define as normas de funcionamento dos SAD em 1999, a de transformação do subsídio de assistência em complemento por dependência, a lei dos cuidados continuados de 2003 e, posteriormente, a nova lei dos cuidados continuados integrados de 2006.

A reconfiguração dos pactos sociais entre o Estado e as IPSS, que atribuem a estas instituições mais responsabilidades na prestação dos cuidados e a publicação dos manuais de qualidade da resposta SAD (MTS, 2005) têm permitido qualificar os recursos humanos e logísticos e diversificar as respostas existentes, criando alternativas, tais como o serviço de apoio domiciliário integrado, os centros de recursos sociais, ou o telealarme, mas também reconfigurar a intervenção, tornando-a mais articulada e integrada.

Actualmente, na área dos cuidados às pessoas idosas dependentes, a principal preocupação é construir e assegurar padrões de qualidade numa perspectiva de capacitação dos indivíduos e melhorar a resposta de acordo com os princípios do envelhecimento activo. As orientações mundiais e europeias sobre envelhecimento referem precisamente que este deve ser activo, um processo aberto que promova a autonomia (participação social e independência) não só das pessoas idosas, mas também dos familiares cuidadores. Significa, como vimos, integrar as dimensões formais e informais e requerem uma análise multidisciplinar das necessidades das pessoas idosas e dos seus familiares cuidadores, uma coordenação realizada no contexto comunitário que potencie os recursos sociais, humanos e logísticos, bem como uma participação efectiva das pessoas idosas no processo de prestação de cuidados.

#### *Organização da resposta e cuidados prestados*

Consideramos que os cuidados domiciliários são respostas sociais da responsabilidade tutelar e financeira do Estado, concretizadas por instituições de solidariedade social. Estas respostas são organizadas mediante a maior ou menor capacidade de gestão estratégica de negociação com o Estado e de criação de recursos específicos. Do

estudo realizado às quatro instituições de solidariedade do Concelho de Cascais identificamos dois padrões, em termos organizativos, distribuídos por aquelas que apresentam maior ou menor complexidade. Porém quando aferimos a prestação dos cuidados identificamos algumas tipologias de SAD: um que se orienta para a manutenção/sustentação, outro que se orienta para o alargamento (relativo e substantivo) e por último o que se orienta para a diversidade. Decorrente desta análise, identificamos três padrões de concretização dos cuidados – o primeiro centrado nos cuidados básicos de subsistência, o segundo centrado em cuidados de subsistência e complementares e o terceiro centrado na diversidade de cuidados. Apesar da diversidade das instituições estudadas e do potencial das mesmas face à promoção da autonomia e qualidade da resposta, o processo de organização e prestação dos cuidados revela simetrias e assimetrias.

As simetrias referem-se ao surgimento de alguns SAD pelas IPSS, logo após a sua reestruturação no final da década de setenta e início da década de oitenta. O SAD era definido como uma resposta social para as pessoas que se encontravam doentes ou deficientes e que durante esse período se vissem impedidas de assegurar as necessidades básicas. O objectivo do SAD era a satisfação das necessidades básicas associadas a “carências” e tais orientações ainda hoje se mantêm.

O SAD funciona como mais uma valência da instituição. O critério de acesso é a dependência e a fragilidade social. A equipa profissional é composta predominantemente por ajudantes familiares e técnicos do Serviço Social. Há uma responsabilidade relativa da coordenação do SAD pela intervenção directa e indirecta, mas a direcção controla a gestão do SAD através de reuniões periódicas e da aprovação de documentos de trabalho para o SAD. A formação das ajudantes familiares não é sistemática nem diversificada.

A população-alvo é constituída por pessoas idosas maioritariamente do sexo feminino, o grau escolar predominante é o 4º ano e as profissões são, na sua maioria, não qualificadas. Usufruem de pensão de velhice com valores inferiores a um ordenado mínimo nacional. O nível de dependência predominante é levemente dependente e independente. Na prestação de cuidados predominam os básicos instrumentais – alimentação, higiene pessoal e tratamento de ferimentos. Quase metade dos clientes usufrui só de um único tipo de cuidados. As pessoas que vivem acompanhadas beneficiam de maior rendimento e de maior número de cuidados comparativamente com as que vivem sós.

Relativamente às assimetrias, consideramos que o surgimento dos SAD não é uniforme. Alguns surgiram no início e no fim da década de noventa (beneficiando estes

últimos das orientações das políticas activas). Há também diferenças quanto ao número de pessoas apoiadas e quanto à composição dos recursos humanos, existindo SAD com maiores respostas, nas quais os clientes usufruem de fisioterapia e/ou técnico de fisioterapia e de apoio psicossocial. O SAD da cooperativa de solidariedade que surgiu no âmbito das políticas activas desenvolve uma boa prática: a de incluir pessoas com deficiência mental ligeira na função de auxiliares de ajudantes familiares.

Identificámos também práticas diferenciadas ao nível da gestão. Este último SAD funciona como empresa social, com organização e gestão própria, embora se mantenha o controlo por parte da direcção da instituição através de reuniões periódicas. Há também diferenças quanto ao rácio entre coordenação e ajudantes familiares e número de clientes.

A população-alvo dos SAD é diversificada, com pessoas idosas e deficientes. Estas últimas apresentam um maior índice de fragilidade social relativamente ao grau de escolaridade e ao valor de pensão de invalidez que recebem. Há diferenças de perfil da população-alvo também quanto ao grau de escolaridade, à profissão exercida e ao valor da pensão, que decorrem do contexto territorial. Quem reside nas freguesias do litoral está mais bem posicionado nessas variáveis do que quem vive nas freguesias do interior do concelho. Estas instituições com SAD, devido à sua maior capacidade de acção estratégica, desenvolvem cuidados alargados e diversificados (complementares e especializados).

Podemos avançar várias explicações para as simetrias e assimetrias identificadas. Primeiro, a tutela do Estado é centralizada e homogénea, não tem em conta a diversidade, as potencialidades e as fragilidades das instituições, mas tão só a sua finalidade: atenuar as carências de uma população em situação de pobreza. Segundo, esta tutela é legislativa, normativa e não de proximidade territorial, onde os problemas têm lugar. Terceiros, só agora estão a ser desenvolvidos referenciais de boas práticas de intervenção nesta área, integrados nos manuais da qualidade da resposta. Quarto, a tutela ainda não valoriza em termos económicos a concretização de suportes complementares nem especializados e, por isso, os cuidados centram-se na satisfação de necessidades básicas instrumentais. As respostas e os serviços têm sido<sup>172</sup> financiados mediante o número de pessoas que usufruem do serviço e não pelo tipo de cuidados (mais ou menos diferenciados) prestados, excepto numa instituição, cujo financiamento engloba os custos da prestação do serviço adstrito ao acordo

---

<sup>172</sup> Em 2009 foi celebrado novo acordo do estado com as IPSS no que diz respeito ao financiamento desta resposta. Nele foi instituído que estas têm que prestar pelo menos quatro tipos de cuidados para terem acesso a financiamento. Espera-se que esta medida possa melhorar a vida dos clientes e conseqüentemente a qualidade da resposta.

atípico. Esta modalidade de financiamento coloca as instituições numa zona de conforto pois, independentemente dos cuidados que prestem, o financiamento será sempre o mesmo, e essa estratégia não é favorável a que as mesmas desenvolvam recursos alternativos ou mesmo inovadores. Este tipo de relação com o Estado no que respeita ao financiamento também não promove a diferenciação dos serviços. Consequentemente e, por último, os cuidados orientam-se para a intervenção na dependência quando esta já está instalada, mas também para situações identificadas como de fragilidade social dos idosos associada à pobreza.

Estes SAD promovem a autonomia associada à independência nas AVD e AIVD, e não a autonomia enquanto participação e escolha dos cuidados a ter. Por um lado, porque não existe a prática de integrar a vontade e expectativa dos clientes no plano de cuidados, por outro, alguns indivíduos encontram-se com alguma restrição de capacidade que os impede de escolher os cuidados, necessitando de outras pessoas ou entidades que decidam por eles. A este nível a decisão é remetida para as famílias e/ou os técnicos. As pessoas ou entidades que decidem sobre quais os serviços e cuidados de que o indivíduo em situação de dependência deve beneficiar não têm em conta a expectativa do mesmo, mas sim a racionalização do serviço, os serviços existentes e a vontade ou interesse dos elementos da família. Porém, esta escolha é realizada dentro do leque dos recursos disponíveis e possíveis.

Os cuidados prestados respondem a necessidades básicas instrumentais, alimentação e cuidados de higiene, e não às questões multidimensionais reveladas no diagnóstico das situações-problema, nomeadamente a baixa escolaridade, o rendimento insuficiente, a sobrecarga das famílias em cuidados instrumentais, o baixo nível de integração comunitária e o facto de estas pessoas passarem a maior parte do tempo reféns na sua própria casa.

#### *Intervenção do Serviço Social*

A acção do Serviço Social é influenciada pelas orientações da política consubstanciada na acção estratégica das organizações. Nos SAD estudados há uma simetria de intervenção no que respeita ao processo de trabalho (diagnóstico, plano, execução, acompanhamento, e avaliação) e uma assimetria no que diz respeito à capacidade de acção da coordenação face à concretização dos cuidados diversificados.

O coordenador tem uma relativa autonomia na organização da resposta e na intervenção directa com os sujeitos e familiares. Quem se dirige ao SAD é predominantemente o familiar e a pessoa idosa, sendo em menor número as situações

provenientes dos hospitais e centros de saúde. O diagnóstico é realizado através da análise de factos sociais e de saúde recolhidos no atendimento na instituição e/ou em visita domiciliária, mas também com informações provenientes do centro de saúde ou hospital, sendo identificados problemas e necessidades, que são tipificados de acordo com os recursos disponíveis no SAD.

A coordenação do SAD não consegue promover a participação dos clientes no plano de cuidados. O familiar (cuidador ou não) é o decisor e o supervisor dos cuidados. Em casos em que o familiar não existe, o coordenador tem a responsabilidade de decisão sobre os cuidados a prestar. O acompanhamento da prestação dos cuidados é realizado à distância, sobretudo em reuniões com as ajudantes familiares.

O diagnóstico realizado tem em conta as normas e regras socialmente definidas pela política nesta área em Portugal, com claro destaque para a função das instituições de solidariedade – diminuir as carências – e para a finalidade do SAD – promover a independência quando a dependência já está instalada e diminuir a pobreza associada ao isolamento e à solidão. O diagnóstico centra-se nas necessidades sociais e na capacidade de realizar as actividades da vida diária e instrumentais da vida diária, e não tanto na capacidade de as pessoas idosas poderem participar e escolher o modo de vida e os serviços necessários ao desenvolvimento das suas potencialidades.

No âmbito da intervenção na política de cuidados domiciliários, a abordagem do Serviço Social privilegia a adequação às normas instituídas no acesso e gestão de recursos humanos e logísticos, em detrimento das abordagens terapêuticas e das de carácter emancipatório e crítico. Centrando-se nas pessoas idosas destaca as suas necessidades e define objectivos e acções de acordo com os recursos disponíveis no SAD. Isto é, em vez de as necessidades do cliente determinarem o tipo de intervenção, são os recursos que orientam a intervenção. A intervenção do Serviço Social implica uma gestão de recursos por vezes escassos.

Em instituições de solidariedade, o Serviço Social prossegue um modelo de intervenção baseado na regulação social de acesso a recursos escassos e na manutenção dos mesmos para uma população com múltiplas carências. Os profissionais estão mais preocupados com a gestão dos recursos e da equipa de ajudantes de apoio domiciliário do que com a proximidade dos clientes. A intervenção centra-se na dependência quando esta já está instalada e, em situações sociais de fragilidade social, associada à pobreza e exclusão.

Os sujeitos apresentam desvantagens múltiplas e diferenciadas consoante o contexto territorial.

Ao analisarmos esta prática do Serviço Social, constatámos que a mesma ainda não está suficientemente configurada aos princípios de um envelhecimento bem sucedido. Os cuidados domiciliários tendem para a manutenção da pessoa no domicílio com recursos e cuidados básicos. Consequentemente, a intervenção do Serviço Social nesta perspectiva procura adequar a procura à oferta de uma forma residual face às especificidades da população-alvo.

Relativamente às assimetrias, estas são mais visíveis nas instituições com maior complexidade e com SAD orientada para a diversidade/inação. Identificamos um conhecimento alargado de algumas variáveis importantes para a realização dos diagnósticos, tais como a escolaridade, a profissão exercida, a rede familiar e os cuidados prestados pela família. A realização do plano de cuidados pode identificar necessidades para as quais, apesar de não existirem respostas normativas, são postos em prática projectos complementares como, por exemplo, o projecto de diminuir a solidão e isolamento dos idosos, desenvolvido por uma das instituições com maior complexidade que investe na diversidade de cuidados.

Desta forma, podemos identificar algumas modalidades de intervenção do Serviço Social: a primeira, orientada para a gestão de necessidades básicas tendo em conta os recursos existentes, identificada numa instituição com menor complexidade e com orientação do SAD para a manutenção; a segunda gere necessidades mais abrangentes e o SAD orienta-se para o alargamento de respostas. Ambas as modalidades estão próximas da abordagem individualista reformista ou de manutenção que concebe a acção profissional como fornecedora de serviços, existentes no âmbito da política pública e para a resolução de alguns problemas pessoais dos clientes com a finalidade de adaptação ao meio envolvente (cf. Aristú, 2004; Davies, 1994; Payne, 2002).

A terceira modalidade de intervenção do Serviço Social que procura responder a necessidades diversificadas foi identificada numa instituição com maior complexidade e com SAD orientado para a diversidade e ininação. Inclui também a organização e concretização de recursos próprios tendo em conta necessidades sociais identificadas. Esta última modalidade está mais próxima da perspectiva emancipatória e/ou de capacitação dos clientes. A acção profissional tem como referência a trajectória de vida dos sujeitos e, tendo

em conta os níveis micro, meso e macro, define estratégias de acção de acordo com as mesmas (Dominelli, 2002<sup>a</sup>; Faleiros, 1997; Payne, 2002).

Podemos inferir que a coordenação do SAD por profissionais de Serviço Social é influenciada pela capacidade de acção estratégica das instituições no que diz respeito à democratização da gestão, aos recursos financeiros e às respostas sociais desenvolvidas e ao tipo de relação com o Estado. Quanto maior for esta capacidade, maior também se torna a aptidão do profissional de Serviço Social para promover os princípios do envelhecimento activo e a qualidade da resposta.

Quando a capacidade estratégica das instituições de solidariedade for menor o profissional de Serviço Social poderá através das suas competências e saberes profissionais promover e desenvolver boas práticas. Para isso, é necessário uma prática reflexiva potenciadora das capacidades e competências dos profissionais, dos sujeitos e das instituições. Mas, como já demonstrámos, a política de cuidados domiciliários afasta-se desta concepção e isso tem influência na intervenção. O estudo revela que, em termos processuais, as etapas de intervenção têm pouca interacção entre si pois o fim último é gerir as respostas mediante a adequação das necessidades identificadas nos sujeitos.

A intervenção baseia-se fundamentalmente na gestão de recursos e no seu acesso. Esta abordagem coloca desafios ao Serviço Social (Lorenz, 2005: 93), não só no exercício de certos princípios e valores que orientam a profissão – a partilha, a solidariedade e o cuidado do outro, a liberdade, a igualdade, a autodeterminação e a justiça social –, mas também nas teorias e processo de intervenção (Payne, 2005). Numa perspectiva reflexiva, a intervenção do Serviço Social reclama por novos padrões teóricos e deontológicos que lhe permitam abordar o ser humano com justiça social (cf. Adams et al., 2005; Baldwin, 2005; Bell, 2005; Holloway, 2005; Ng e Chan, 2005; Payne, 2005). Para que este princípio se efective, é necessário que os assistentes sociais questionem as suas práticas para a melhorar e avaliem continuamente os impactos das políticas na vida dos seus clientes.

As orientações da política de cuidados domiciliário a nível internacional e nacional, centrada na capacitação dos sujeitos, reivindicam uma nova atitude do Serviço Social que permita explicar, prognosticar, solucionar, prevenir, descobrir problemas, ordenar, inter-relacionar e conceptualizar, numa orientação teoria/prática simultaneamente explicativa e implicativa (Aritús, 2004: 35-36). Este posicionamento contribui para a construção de uma teoria e de uma prática reflexiva (Adams, 2002; Adams et al., 2002; Adams et al. (Coord.),

2005; Dominelli, 2004; Payne, 2002) que dê prioridade à aprendizagem pela acção e significado à experiência.

Nesta linha de análise, o processo de intervenção, mais do que uma série de etapas, implica reflexão antes, durante e depois, pelo que requer um profissional teórica e eticamente reflexivo (cf. Payne, 2002). Significa, segundo o autor, um profissional que tem a noção que a sua prática tem subjacente uma certa complexidade. Por isso, esta pode ser planeada mas não prevista na sua plenitude, sobretudo no que diz respeito às consequências.

Um profissional reflexivo tem a responsabilidade de reconhecer os limites dos pressupostos teóricos com os quais trabalha, perceber quando a sua utilidade foi ultrapassada e utilizar técnicas que lhe permitam pensar em simultâneo a teoria e a prática de forma que a primeira aumente o alcance da segunda. Tem um compromisso para com o exercício dos valores humanistas (servir, cuidar e proteger o outro) e da autodeterminação, tendo em vista uma justiça social equitativa e emancipatória das pessoas idosas.

A reflexão na intervenção do Serviço Social não diz respeito exclusivamente a uma acção estratégica que incorpore novas formas de pensar e agir. Ultrapassa as perspectivas individualistas reformistas para se centrar numa visão que enfatiza o papel da profissão como facilitadora do crescimento, auto-realização e emancipação dos indivíduos e cujas preocupações centrais são a identificação e a satisfação das necessidades e aspirações dos clientes, a valorização e humanização dos serviços.

#### *Autonomia e qualidade da resposta*

A hipótese colocada à partida procurava uma de duas explicações sobre a capacidade das instituições de solidariedade social com SAD promoverem a autonomia e a qualidade dos serviços de apoio domiciliário: a) se esta decorre da acção estratégica consubstanciada na competência técnica e em métodos de trabalho inovadores prosseguidos quer pela direcção, quer pela coordenação dos SAD e que incluem planificação, gestão e avaliação por objectivos e integração dos clientes nos processos de decisão (democratização da gestão), assim como desenvolvimento de projectos com serviços complementares e parcerias com outras instituições (capacidade de gerar recursos e respostas sociais); b) ou se é determinada pela política, ou tutela, central do Estado (relação das instituições com o Estado). Foi assumido que são as instituições de solidariedade social que desenvolvem processos de gestão e de intervenção social mais participativos e que prestam cuidados

domiciliários mais diversificados, complementares e especializados, que promovem a autonomia e qualidade da resposta.

De acordo com a hipótese formulada, verifica-se que são as instituições de solidariedade social com maior complexidade que estabelecem relações mais profícuas com o estado e estão mais bem posicionadas para promover a autonomia e qualidade de vida dos clientes. Este posicionamento decorre da capacidade de acção estratégica no que diz respeito à organização e gestão. Mas, no que se refere à prestação de cuidados, a autonomia diz respeito exclusivamente à capacidade de realizar as AVD e AIVD sendo que há uma instituição que está mais bem posicionada para promover a qualidade dos mesmos, a que orienta os cuidados para a diversidade e inovação.

Mas os dados revelaram também uma não hipótese, pois há instituições de menor complexidade com capacidade de relação com o estado em termos de gestão e desenvolvimento de recursos e que demonstram maior abertura e atenção às necessidades do meio. O território onde está implantada inclui pessoas mais escolarizadas e com maior rendimento e por isso a tendência é para o alargamento de cuidados ainda que de forma relativa. Tal como na hipótese anterior esta tipologia de SAD tem condições para promover a autonomia a nível das AVD e AIVD mas em termos da qualidade da resposta isso ainda não se verifica tanto como no outro SAD de diversidade/inovação.

Deste modo colocamos algumas interrogações sobre a efectividade dos cuidados prestados às pessoas idosas e familiares cuidadores e remetemos para a necessidade de uma reorganização dos cuidados sociais prestados por estas instituições de solidariedade. Em primeiro lugar, sobre o estabelecimento de uma nova relação entre o Estado e estas instituições no que diz respeito à tutela e ao financiamento – uma tutela mais descentralizada, atenta ao contexto onde os cuidados são prestados e à qualidade dos recursos existentes, e um financiamento em função não do número de pessoas apoiadas, mas do tipo, diferenciação e extensão dos cuidados a prestar, tendo em conta as reais necessidades das pessoas idosas e do cuidador. Assim valoriza-se a capacidade das instituições sociais de criarem recursos alternativos e especializados.

Em segundo lugar, questionamos também uma nova modalidade de intervenção do Serviço Social nesta área, que não seja um mero somatório de procedimentos, enquanto receita, mas implique a sua reflexão e sistematização por parte dos intervenientes numa interacção, instituição, profissionais, utentes e familiares. A intervenção do Serviço Social tem a responsabilidade de defesa dos direitos fundamentais (participação e escolha). As

pessoas idosas manifestam índices de fragilidade superiores a outros indivíduos, o que restringe a sua capacidade de decisão. Por isso, é necessário outra postura ao profissional de Serviço Social nestas instituições.

A intervenção junto desta população-alvo exige uma reflexão sobre questões e dilemas éticos que se colocam constantemente na prática profissional, assim como a identificação dos padrões deontológicos a seguir em cada situação, bem como competências específicas que vão desde a organização do processo de cuidar até à prestação dos cuidados, integrando as necessidades e a defesa (*advocacy*) dos clientes numa perspectiva pró-activa de criação de recursos.

Os cuidados domiciliários que os clientes usufruem decorrem da capacidade de acção estratégica das instituições. Esta capacidade está implícita no tipo de relação com o Estado, na capacidade de gerar e desenvolverem recursos alargados para fazer face às necessidades cada vez mais exigentes da velhice com dependência e da promoção da qualidade dos serviços e autonomia dos clientes; e também do tipo de intervenção efectuada pelo Serviço Social. Apesar de identificarmos padrões de concretização dos cuidados, estes ainda se dirigem a uma população não só em situação de dependência física, cognitiva e intelectual mas a uma população (cerca de 30%) caracterizada pela pobreza e exclusão, com baixos rendimentos, baixa escolaridade e a viver só. Os cuidados que recebem não abrangem, contudo, todas estas necessidades e são, na sua grande maioria, cuidados básicos de alimentação e higiene pessoal.

Isto significa que a política de cuidados domiciliários prosseguida pelo Estado-providência português fica aquém da ideia de envelhecimento activo, pois as respostas centram-se nas incapacidades (dependência, solidão e isolamento) e nas situações em que as mesmas já estão instaladas, nas dificuldades e não nas capacidades dos sujeitos e das instituições neles envolvidos (Esping-Andersen e Palier, 2009). Apesar da ideia de políticas activas que os autores defendem, no nosso país esta área da política ainda releva uma perspectiva pouco dinâmica, pois o centro da política é ainda o alívio das dificuldades e não a trajectória de vida dos sujeitos. É uma política focada nos cuidados sociais e pouco articulada com os cuidados de saúde e de prevenção e de reabilitação. As responsabilidades públicas e privadas baseiam-se na relação custo/benefício e não numa visão mais alargada, contratual de direitos sociais. O modo de actuação é sobretudo formal, excluindo do processo de cuidar os cuidados informais prestados pelos familiares. Em suma, a política de

cuidados destas instituições de solidariedade é ainda, na sua maioria, reparadora da dependência e da fragilidade social em vez de ser preventiva.

Como vimos, o tipo de acção política determina a existência ou inexistência de autonomia dos sujeitos, quer seja a nível da participação, quer a nível da independência. A autonomia está associada à capacidade física, cognitiva e intelectual e não à autonomia enquanto participação e escolha do modo de vida que se quer ter. O reconhecimento destas questões, no âmbito desta tese, deve ser fonte de uma preocupação profunda dos *policy makers*, mas sobretudo dos profissionais de Serviço Social e das pessoas que irão necessitar deste tipo de cuidados. Em estudos futuros, é importante continuar a questionar a efectividade das políticas, a reformular as modalidades de articulação e coordenação dos suportes para potenciar as sinergias positivas destas instituições, mas também a reflectir sobre a intervenção numa óptica do cliente e dos cuidadores familiares. As projecções relativas ao envelhecimento, num futuro próximo, indicam uma mudança no perfil dos clientes. Estão a surgir clientes com mais escolaridade, mais rendimento, mais informação, mais expectativas e mais exigências. Esta nova realidade desafia a política de cuidados e a intervenção neste tipo de resposta social a construir novas abordagens de acordo com o envelhecimento bem sucedido.