

**ORIENTAÇÕES DA POLÍTICA
DE CUIDADOS DOMICILIÁRIOS:
DESAFIOS E CONSTRANGIMENTOS
PARA O SERVIÇO SOCIAL**

Maria Irene Lopes B. de Carvalho

*Assistente Social, Docente do Curso de Serviço Social da ULHT,
Doutoranda em Serviço Social pelo ISCTE*

Email: mariacarvalho21@hotmail.com

Introdução

Esta comunicação pretende dar conta das novas orientações da política de cuidados domiciliários na Europa e em Portugal relativamente à necessidade da mesma ser integrada entre a área da saúde e a área social, articulada entre os vários actores com responsabilidade nesta área: estado, sociedade civil solidária e famílias; orientada para as expectativas das pessoas idosas dependentes e familiares cuidadores no sentido de promover a autonomia e a qualidade de vida destes. Estes princípios exigem coordenação local, de base comunitária, planificação, gestão e avaliação do processo de prestação de serviços, profissionalização e direcção por objectivos, técnicas de gestão, indicadores para o controle da gestão, trabalho de equipa, multidisciplinaridade, formação e investigação. Neste enquadramento questionamo-nos quais as implicações destas orientações para a intervenção do Serviço Social nesta área? Para explorar esta ideia efectuamos uma entrevista semi-dirigida a quatro coordenadores de serviços de apoio domiciliário em instituições particulares de solidariedade social na zona metropolitana de Lisboa. Verificamos que estas novas orientações colocam questões ao Serviço Social que tanto podem constituir-se como desafios e ou constrangimentos face à exigência da melhoria da intervenção através do trabalho em equipa e da utilização de instrumentos que permitam aferir, em igual circunstância, as necessidades das pessoas idosas dependentes e dos familiares cuidadores e simultaneamente integrá-las no plano de cuidados, na sua execução e monitorização, construindo mecanismos de protecção efectiva. Mas também na mobilização de recursos de modo a que os mesmos possam responder à multiplicidade de necessidades aferidas nos diagnósticos com a população visada neste âmbito da política.

1. Noção de cuidados e de política de cuidados domiciliários

Cuidar remete para um processo multidimensional que “faz parte da vida das pessoas e envolve tarefas de prestar e de receber cuidados implicando relações e sentimentos, reciprocidade, interdependência e custos” (Moss e Cameron, 2002:6). Este processo implica assistência e apoio a grupos mais vulneráveis, como crianças, pessoas adultas idosas e/ou deficientes nas actividades

da vida diária necessárias ao seu bem-estar, tanto por trabalho pago ou não pago, como profissional ou não profissional, podendo ser desenvolvido na esfera privada ou pública (cf. Daly e Lewis, 2000; cf. Kröger, 2001). É uma actividade que envolve relações que implicam prestar cuidados físicos, emocionais e relacionais, efectuados através de normas e quadros sociais dos que recebem e prestam cuidados no contexto comunitário¹ dando esta, visibilidade aos mesmos (Rodríguez, 2005: 112).

A noção de cuidados no âmbito da política social é utilizada para identificar uma diversidade de serviços que englobam várias áreas, organizados em equipamentos sociais por valências, associados ao sector público e privado, prestados por entidades lucrativas ou não lucrativas, e incluem tarefas de carácter social, saúde e pedagógicas, prestadas por profissionais, família, amigos e voluntários. Esta noção integra múltiplas interacções de nível micro, meso e macro, com ligações entre a esfera pública, designadamente entre as orientações de política na área social, saúde e educação e os regimes de estado, onde estão inseridos os actores sociais, determinando modos de actuação distintos e abrangendo múltiplos grupos, como deficientes, pessoas idosas, doentes dependentes e crianças e jovens e o cuidador familiar.

A análise da política de cuidados nesta perspectiva permite compreendê-la não só como “um suporte para grupos de pessoas sem o qual não poderiam efectuar a sua vida quotidiana, mas como um processo de integração na comunidade, implicando a promoção de mecanismos de bem-estar social e de qualidade de vida” (Kröger, 2001:7), associado à ideia de autonomia³. É neste contexto conceptual que surge a noção de política de cuidados domiciliários como um dos meios privilegiados para aumentar a qualidade de vida e a autonomia dos indivíduos. Esta refere-se aos cuidados necessários à manutenção da vida

¹ A noção de *community care* está associada à organização dos cuidados no Reino Unido. Actualmente, os cuidados integram complementarmente os cuidados organizados e prestados no âmbito formal e informal. Os *community care*, são da responsabilidade das municipalidades e têm como objectivo prestar uma diversidade de cuidados às crianças, mães com filhos pequenos, apoio na maternidade, pessoas com deficiência e pessoas idosas, a nível preventivo, de reabilitação e tratamento, incluem os cuidados no domicílio mas também os cuidados residenciais. Os *community care* integram cuidados sociais e de saúde e estão relacionados com o “*social care*” que remete para o trabalho de cuidar de pessoas dependentes e doentes, sejam crianças, idosas ou deficientes. Noutros países, a terminologia associa-se mais aos cuidados sociais do que aos cuidados de saúde, dependendo da forma como estão organizadas as políticas de cuidados às pessoas dependentes, crianças, deficientes, pessoas idosas ou doentes.

² Por qualidade de vida entende-se “a percepção que cada pessoa tem da sua posição no contexto cultural, sistema de valores, relacionados com os seus objectivos de vida e expectativas face à sua concretização. A qualidade de vida das pessoas idosas é largamente determinada pela habilidade de manter a autonomia e a independência” (ALBER ET AL., 2004:1; OMS, 2002).

das pessoas idosas e em situação de dependência no contexto familiar e comunitário⁴. Estes cuidados têm como objectivo a manutenção do quotidiano familiar (Guerreiro, 2001), tendo em vista a protecção, promoção e autonomia das pessoas idosas em situação de dependência e do seu cuidador familiar.

2. Orientações para a concepção e concretização da política de cuidados domiciliários

A noção de política de cuidados domiciliários remete para uma charneira entre áreas, responsabilidades, modos de actuação e beneficiários numa perspectiva de welfare mix. Neste sentido deve integrar duas áreas fundamentais: a área da saúde e área social. A saúde integra os cuidados de enfermagem, de reabilitação e de medicina e remete para os cuidados de saúde preventivos, de tratamento, reabilitação e paliativos com diferentes níveis de intervenção enquanto acções conjuntas pró-activas que potenciem, no sentido de um modelo integrado e compreensivo, produtor de qualidade de vida. A área social integra o apoio psicossociale emocional do Serviço Social e remete para a satisfação das necessidades fundamentais, como a alimentação, a higiene pessoal, mas também para as necessidades humanas, implicando um processo de autodeterminação, liberdade e direito à integração social do indivíduo e do grupo familiar na comunidade. A área social e de saúde deve ser articulada com outras respostas sociais complementares, entre os cuidados formais e os informais.

Os cuidados formais devem ser organizados e prestados por organizações, que podem ser lucrativas, não lucrativas e/ou públicas. Estas organizam cuidados em lares, residências temporárias, assim como centros de dia e/ou de noite, centros de convívio e também serviços prestados no domicílio da pessoa idosa e suportes para a família cuidadora. Estes equipamentos ou serviços têm a finalidade de desenvolver actividades preventivas da dependência quando esta ainda não está instalada, mas também de reabilitação de longo termo ou de curto prazo, assim como cuidados curativos e de longo prazo e cuidados palia-

⁴ A etiologia da palavra autonomia está associada à ideia de liberdade, emancipação, e independência. A autonomia significa a “capacidade de controlar, enfrentar e apreender por iniciativa própria, decisões pessoais acerca do modo de vida de acordo com as normas e referências próprias assim como desenvolver as actividades básicas da vida diária” (Lei 39/2006: 299, lei de promoción de la autonomia personal Y atención a las personas en situación de dependência em Espanha; e OMS, 2002). Neste sentido analítico, das pessoas idosas e em situação de dependência, a autonomia refere-se à participação e escolha do modo de vida que se quer ter implicando nesse processo o exercício de direitos de cidadania das pessoas que se encontram dependentes física, psíquicas e intelectual.

tivos, podendo ser efectuados no âmbito do sector lucrativo e do mercado de serviços pessoais por empregadas domésticas.

Os cuidados informais são prestados quer por cuidadores familiares quer por vizinhos, amigos e voluntários e podem ser pagos e/ou não pagos. A nova geração de política introduz a possibilidade do trabalho de “cuidar” efectuado dentro da família ser integrado nas orientações da política, constituindo-se, o cuidador familiar, um dos beneficiários da mesma enquanto recurso complementar. A política de cuidados domiciliária é igualmente configurada para abranger vários grupos, como doentes dependentes e pessoas com deficiência, e não apenas as pessoas idosas.

Esta estruturação da política de cuidados domiciliários que aqui se propõe orienta-se para a comunidade no sentido de ser articulada e integrada assim como para a promoção da autonomia e qualidade, significa que deve ser centrada nas pessoas, nas suas expectativas, associada a uma abordagem compreensiva. A política deve ser coordenada e desenvolvida no âmbito comunitário e responder às necessidades das pessoas melhorando a sua qualidade de vida. Requer igualmente uma responsabilidade partilhada entre os agentes implicados na concretização da mesma com claro domínio para os desejos e expectativas dos beneficiários dos suportes. Exige a passagem da noção de política de apoio no domicílio para a noção de política de “serviços e apoios no domicílio” (Rodríguez, 2005). Significa que deve incluir um conjunto diversificado de respostas comunitárias que possam responder às múltiplas situações das pessoas quer em instituições quer no domicílio. Os cuidados no domicílio devem ser complementados com uma ampla perspectiva de apoio e serviços comunitários e de proximidade e prestados por equipas multidisciplinares.

A qualidade dos serviços pressupõe que as pessoas participem activamente na escolha dos cuidados que querem receber e onde os querem receber. O que é que isto significa? Na prática quer dizer que os utilizadores destes suportes devem ser entendidos como clientes dos mesmos e que as organizações devem funcionar segundo padrões do mundo empresarial tendo em vista a satisfação do cliente. Esta forma de organizar os cuidados para as pessoas idosas exige coordenação mas também uma certa hierarquização dos níveis de cuidados a prestar com clara prevalência para a dimensão da prevenção primária (Rodríguez, 2005). Segundo a autora a dimensão preventiva deve ser a base de uma pirâmide hierárquica, onde estão presentes por ordem de importância, os cuidados de curto termo centrados sobretudo na convalescença e reabilitação, os cuidados de longo termo associados à manutenção de determinadas situações agudas e dos cuidados paliativos para situações específicas de fim de vida.

3. A intervenção do Serviço Social na política de cuidados domiciliários em Instituições de solidariedade

A intervenção na área da prestação de cuidados exige “planificação, gestão e avaliação do processo de prestação de serviços, assim como profissionalização e direcção por objectivos, técnicas de gestão, indicadores para o controle da gestão, trabalho de equipa, multidisciplinidade, formação e investigação” (Rodríguez, 2005: 118). Este procedimento é fundamental para a produção de padrões de qualidade de vida socialmente aceitáveis para este grupo populacional. Este padrão deve responder às expectativas de vida das pessoas e inclui dimensões afectivas, emocionais, relacionais, físicas, materiais, desenvolvimento pessoal, autodeterminação e direito à integração social (Rodríguez, 2005: 119).

Foi a partir desta perspectiva que a partir da década de noventa, com mais efectividade a partir de 2001, o governo do reino unido adoptou o plano denominado *The National Service Framework for Older People*⁵ – *NSFOP 2001* (Lliffe e Drennan⁶, 2004: 257-261). Este plano dirige-se a todas as pessoas com 65 e mais anos, tem a duração de 10 anos e rege-se pelos seguintes princípios: o primeiro refere-se ao respeito pela individualidade de cada pessoa centrada na não discriminação e na satisfação das necessidades e expectativas do mesmo. O segundo refere-se à concretização de cuidados intermédios como novo conceito a que as pessoas idosas devem ter acesso. Estes incluem uma multiplicidade de cuidados inclusive cuidados em casa com equipamentos especializados cujo objectivo é prevenir as hospitalizações desnecessárias. O terceiro orienta-se para a prestação de cuidados baseados na evidência implicando uma análise efectuada por especialistas e o quarto e último a promoção de uma vida activa e saudável.

Para a concretização destes princípios foi adoptado um processo de intervenção denominado de *case management*⁷ consubstanciado no *assessment in needs*⁸ isto é avaliação das necessidades. Este processo efectuada por uma equipa multidisciplinar pressupõe a identificação e análise do indivíduo e familiar que vão beneficiar do *case management*. Segue-se o *assessment in needs* dos beneficiários e das necessidades dos serviços e um plano de cuidados que inclua as actividades e serviços para fazer face às necessidades diagnosticadas assim como a coordenação e referenciação às equipas respectivas para a implementação do plano e por último a monitorização da situação de modo a ir configurando e adaptando o plano às situações. Este processo pode sofrer algumas

⁵ Este plano visa transformar o sistema de saúde e social para as pessoas idosas e dependentes

⁶ Os autores discutem as virtualidades do plano tendo presente o eixo a que se refere a obrigatoriedade da intervenção com as pessoas que tenham 75 e mais anos.

⁷ Gestão do Caso.

⁸ Avaliação de necessidades.

variações das dimensões a aferir consoante o profissional que participe no mesmo. No caso dos médicos as variáveis centram-se na área da saúde e se for um assistente social centram-se nas dimensões sociais tais como a fragilidade social da pessoa idosa o nível de cuidados necessários a serem prestados, a responsabilidade pelos cuidados e o nível de satisfação dos utilizadores face aos mesmos. Os gestores dos casos no Reino Unido como em Portugal são predominantemente assistentes sociais.

O Serviço Social está associado à intervenção com pessoas mais idosas desde a sua institucionalização, porque desde sempre as pessoas idosas constituíram um grupo social associado à fragilidade social. A intervenção do Serviço Social implica a análise do risco subjacente a cada grupo, a cada contexto, a cada realidade na qual intervêm. Nesta linha de análise quisemos saber de que modo os coordenadores dos serviços de apoio domiciliário organizados pelas instituições de solidariedade se preocupavam com estes princípios na sua intervenção e de que modo coordenavam o processo e procediam à intervenção social com as famílias de idosos e ou com idosos a cargo. Foram efectuadas entrevistas semi-dirigidas a quatro coordenadores com formação em Serviço Social a trabalhar em instituições de solidariedade social (EC1; EC2; EC3; EC4). Vejamos então a percepção da intervenção nos serviços de apoio domiciliário tendo em conta a perspectiva do coordenador do serviço com formação em Serviço Social.

3.1. A intervenção junto das famílias de idosos e com idosos a cargo: intervenção directa

Teoricamente os coordenadores dos serviços prestam apoio psicossocial e atenção individualizada, centrada na pessoa idosa em situação de dependência, no grupo família e na comunidade mais alargada. Neste processo consideram as dimensões psicológicas, sociais, culturais e espirituais e o modo como se podem constituir em factores de risco e factores protectores impeditivos ou favorecedores de um envelhecimento activo (participação, saúde e protecção) ou de um envelhecimento bem sucedido. A intervenção profissional deve promover a autonomia (cf. Rodríguez, 2005: 112), não de uma forma estrita relacionada com os aspectos funcionais, mas de uma forma mais ampla enquanto direito à participação e livre escolha relativamente às decisões que lhe dizem respeito.

Segundo as coordenadoras o primeiro contacto com o utilizador é efectuado ou na instituição ou no domicílio. Este processo denominado de acolhimento para o diagnóstico incide em primeiro lugar no estabelecimento de uma relação de confiança; na recolha de dados pessoais, famílias e de integração comunitária e na transmissão de informação face aos serviços disponíveis e face aos direitos dos utilizadores.

Quadro I – Dimensões sociais do acolhimento para o diagnóstico

Processo de acolhimento			Nº de respostas
1 – Estabelecer uma relação de confiança com a pessoa idosa e a família	Escutar a pessoa e o familiar	Ouvir, dialogar, saber o percurso pessoal Ouvir, dialogar com o familiar Pereceber os problemas e as causas	EC1 EC3
	Criar Empatia	Entender os problemas apresentados Mostrar compreensão face ao problema apresentado	EC1; EC2; EC4
	Mostrar disponibilidade em ajudar	Fazer com que a pessoa esteja à vontade para falar de problemas familiares	EC1; EC2
	Expectativa das pessoas	Identificar os interesses das pessoas e o modo como quer ser tratado	EC1
2 – Recolha de dados pessoais e familiares	Identificação pessoal	Bilhete de identidade contribuinte, segurança social e contactos (documentação pessoal)	EC1; EC2 EC3
	Situação de saúde	Cartão de saúde, informações médicas, a nota de alta e o tipo de medicação Saber o historial clínico O relatório médico Tipo de alimentação e as restrições alimentares	EC1; EC2 EC3; EC4 EC1
	Situação económica	Os rendimentos e despesas Comparticipação familiar Deduções fixas	EC1; EC2 EC3; EC4
3 – Recolha dados face ao nível de integração social	Instituições públicas	O Centro de Saúde (Assistente Social ou Médico de Família)	EC2; EC3
	Comunidade	Instituições de solidariedade (Vicentinos) Vizinhos	EC1; EC2 EC3
		Outros serviços da instituição	EC4
4 – Informação transmitida face aos serviços disponíveis na instituição e no SAD	Apresentação da instituição	História da instituição Função da instituição Serviços disponíveis Modo de acesso	EC2
		Apresentação do SAD	Serviços disponíveis no SAD
		Entrega de regulamento e elaboração do contrato	EC2
		O tipo de comida; o acondicionamento de alimentos, horas de entrega; funcionamento das marmitas; modo de entrega; tipo de contacto para entrar dentro de casa (chave ou campainha)	EC1
		Quem é a ajudante familiar; os horários; os dias; como é o pagamento; informa o contacto da instituição e pessoa a contactar	EC1; EC3
5 – Informação transmitida face aos direitos do utilizador em reclamar	Direito a manifestar o desacordo face ao modo como o serviço é prestado – reclamar	Oralmente, por escrito em carta ou bilhete	EC1; EC3
		Não informam a existência do livro de reclamações	EC1; EC3
		Informa sobre os contactos institucionais e o modo contactar	EC1; EC3
		Mostra disponibilidade para a resolução de problemas que surjam durante a prestação dos serviços	EC1
		Informa a existência do livro de reclamações e mostra disponibilidade para ir buscar a pessoa quando ela quer reclamar	EC4

Fonte: entrevistas semi-dirigidas à coordenação do SAD

As dimensões mais valorizada por todas as coordenadoras referem-se ao pedido de informação de dados pessoais e familiares, relativamente à situação de saúde e económica assim como à ideia de estabelecimento de uma relação de confiança com o utilizador. A dimensão menos valorizada prende-se com aspectos relacionados com o nível de integração social assim como à informação transmitida face aos serviços disponíveis. Associado ao acolhimento está o registo dos factos observados em ficha própria. Esta ficha inclui vários itens que vão desde a identificação pessoal e familiar; a escalas de medição da dependência; ao histórico da prestação dos cuidados e ao contrato de prestação de cuidados.

Quadro II – Conteúdos da ficha do processo social

Conteúdos da ficha do processo		Nº de respostas
Dados pessoais e familiares	Foto	EC1
	Contactos pessoais	EC1
	Moradas de familiares	EC1
	Contacto de pessoa de referência	EC1
	Situação económica (receitas e despesas)	EC1
	Situação de saúde e medicação	EC1
	Tipo de alimentação	EC1
Escalas de medição da dependência	Dependência física, cognitiva e intelectual	EC3
	Solidão e isolamento	EC3; EC4
Histórico da prestação do serviço	Registo dos contactos	EC1
	Ponto da situação	EC1
Contrato	Serviços prestados	EC4
	Comparticipação	EC4

Fonte: entrevistas semi-dirigidas à coordenação do SAD

O registo em ficha própria ainda não é valorizado pela coordenação, porque nem todos evidenciam esse processo nas respostas. Decorrente da análise das situações a coordenação elabora um plano de cuidados sob a forma de contrato de prestação de serviços. O plano inclui vários componentes: o serviço prestado; a organização dos cuidados; a identificação da pessoa que o presta; o custo dos cuidados; as expectativas dos utilizadores e a avaliação do processo.

Quadro III – Componentes do plano de cuidados

Componentes do plano de cuidados	Integração do utilizador	Integração da família cuidadora	Nº de respostas
Serviços prestados	Tipo de cuidados (higiene, alimentação, ajudas técnicas, cuidados continuados; limpeza do domicílio e serviços externos)	Não	EC1; EC2; EC3
Organização do processo de prestação dos cuidados	Dias e horas da prestação	Não	EC1; EC2
Pessoa que presta apoio	Identificação da pessoa que presta o apoio ou pessoas	Não	EC2
O custo dos cuidados	Valor a pagar por cada serviço	Não	EC2
Expectativas dos utilizadores	Ouvir	Prevalece a vontade da família	EC1; EC2; EC3
Avaliação do processo de prestar cuidados	Não	Família supervisora	EC1

Fonte: entrevistas semi-dirigidas à coordenação do SAD

Numa análise mais cuidada às respostas verifica-se que o plano é elaborado pela coordenação centrado nas denominadas necessidades do utilizador “*per si*” mas sem interferência deste. Os cuidados a prestar dirigem-se exclusivamente à pessoa idosa e não ao familiar cuidador, quando existe. No plano efectuado a expectativa dos familiares prevalece face à vontade das pessoas idosas. Os familiares tornam-se supervisores dos cuidados prestados pelo SAD. Quando se iniciam os serviços procede-se ao acompanhamento do processo de prestação dos cuidados. Verifica-se que este processo é efectuado em três modalidades: nas reuniões periódicas com as ajudantes de acção directa; na análise dos registos dos cuidados prestados e nas visitas domiciliárias. Contudo a primeira e a última são predominantes no processo de acompanhamento.

Quadro IV – Modalidades de acompanhamento do processo de intervenção

Modalidade de acompanhamento do processo	Nº de respostas
Reuniões periódicas com as ajudantes de acção directa	EC1; EC2; EC3; EC4
Análise dos registos de prestação dos cuidados	EC1
visitas domiciliárias, contactos telefónicos (situações de fragilidade social)	EC1; EC2; EC3; EC4

Fonte: entrevistas semi-dirigidas à coordenação do SAD

Existe também a preocupação em efectuar o acompanhamento em casos específicos que se prendem com situação de depressão ou stress familiar; apoio em situações de luto e na prevenção da violência. No entanto esses apoios são esporádicos e dirigidos exclusivamente para as pessoas que manifestem esses problemas. O coordenador remete as respostas em casos de depressão ou stress ao cuidador para outras instituições da comunidade. Contudo nos casos de luto e de violência existe uma atenção mais substantiva do Serviço Social nomeadamente na denúncia das situações de violências à entidades competentes e na procura de outras respostas que promovam o bem estar do utente.

Quadro V – Apoio social em situações específicas

Situações específicas	Procedimentos	Nº de respostas
Depressão ou Stress familiar	Encaminha para a Psicóloga do Centro de Saúde	EC1
	Apoio Social	EC1
	Apoio da Psicóloga	EC4
	Apoio da Ajudante Familiar /Acção Directa	EC3
	Apoio da Estagiária de Psicologia	EC2
Apoio ao luto	Participa no velório e missa	EC2
	Condolências	EC1; EC2; EC4
	Contacta o familiar sobrevivente para integrar os serviços da instituição	EC1; EC3
	Mobiliza a família para apoiar o idoso	EC2
Violência	Denuncia às entidades competentes	EC1; EC3; EC4
	Encaminha para lar	EC1; EC3; EC4
	Não responde	EC2

Fonte: entrevistas semi-dirigidas à coordenação do SAD

Em suma verifica-se que o processo de intervenção directa centra-se na pessoa *per si*, descurando outras dimensões mais alargadas do indivíduo como a interacção com o grupo família, de vizinhança, de recursos institucionais entre outros. Habitualmente o diagnóstico ou o *assessment in needs* centra-se nas necessidades do indivíduo tendo como referência os serviços que necessita e não as “reais necessidades” do utilizador numa perspectiva alargada. Esta modalidade de acção impulsiona uma certa adequação dos recursos existentes à pessoa que recorre ao mesmo. Significa que há uma adequação da pessoa ao serviço, e esta usufrui dos cuidados que são possíveis prestar pela instituição. O centro da intervenção não é o utente mas os recursos existentes, pois a satisfação das suas necessidades depende da disponibilidade dos mesmos.

Podemos também inferir que o acompanhamento social é efectuado em função da maior fragilidade social por isso nem todas as pessoas usufruem desse acompanhamento. Não existe uma avaliação final do processo sobretudo quando os utilizadores não necessitam mais dos cuidados. Ao contrário do modelo de política de cuidados, defendida anteriormente, centrado na comunidade e na autonomia do cidadão, este tipo de intervenção coloca o serviço, enquanto recurso, como o centro da acção e não o utilizador dos serviços. Neste sentido considerar-se que o mesmo não promove a autonomia do utilizador.

3.2 – A coordenação da equipa: intervenção indirecta

Os coordenadores dos serviços de apoio domiciliário têm como função a gestão do caso e a coordenação da equipa prestadora dos cuidados. Estas equipas são maioritariamente compostas por Assistentes Sociais e ajudantes de acção directa/ajudantes familiares.

Quadro VI – Composição da equipa

Profissionais a tempo integral na equipa de prestação de cuidados	EC1	EC2	EC3	EC4	Total
Coordenadoras do SAD	1 Assistente Social	1 Assistente Social	1 Assistente Social	1 Assistente Social	4
Ajudantes familiares ou Ajudantes de Acção Directa	7	5	15	10	37
Auxiliares de Ajudantes familiares	0	0	0	6	6
Técnico de Fisioterapia	0	0	1	1	2
Total	8	6	17	18	49

Fonte: entrevistas semi-dirigidas à coordenação do SAD

Em todos os serviços de apoio domiciliário estudados as ajudantes de acção directa apresentam-se em maioria relativamente a outras formações. Num serviço existem ainda as auxiliares de ajudantes familiares e em dois serviços técnicos de fisioterapia. Com esta estruturação pode questionar-se até que ponto existe multidisciplinaridade? Estas equipas são disciplinares e não multidisciplinares pois falta-lhe outros saberes tais como o do enfermeiro, do médico, do psicólogo e do terapeuta entre outros.

Com recursos humanos escassos vejamos o que fazem os coordenadores do SAD, assistentes sociais entrevistados. Um das funções é supervisão da prestação dos cuidados pela equipa de ajudantes familiares. Este procedimento é predominantemente efectuado em reuniões de equipa complementadas com outros instrumentos tais como as visitas domiciliárias, conversas informais e o registo do serviço prestado.

Quadro VII – Supervisão dos cuidados

Supervisão dos cuidados	Nº de respostas
Nas reuniões de equipa	EC1; EC2; EC3
Visitas domiciliárias	EC2; EC4
Conversas informais com as ajudantes	EC3
Registo do serviço prestado	EC1; EC4

Fonte: entrevistas semi-dirigidas à coordenação do SAD

Das modalidades identificadas pela coordenação as mais frequente são as reuniões de equipa. Como já vimos anteriormente relativamente ao acompanhamento da intervenção, as reuniões constituem o meio privilegiado para avaliar o processo de prestação dos cuidados: Estas reuniões são efectuadas semanalmente. Os assuntos tratados nas reuniões vão desde assuntos pessoais associados a conflitos da equipa, ao ponto da situação face à prestação dos serviços, à planificação dos serviços e à definição de objectivos e tarefas.

Quadro VIII – Assuntos tratados nas reuniões de equipa

Assuntos tratados nas reuniões	Nº de respostas
Gestão de conflitos/coesão da equipa	EC1; EC2; EC3
Análise dos casos /ponto da situação	EC1; EC2; EC4
Definir objectivos de trabalho e as competências requeridas para os mesmos	EC2; EC4
Planificação do serviço e definição de tarefas	EC2; EC4
Apresentação de novas situações	EC1
Questões éticas	EC2
Melhorar os serviços	EC4

Fonte: entrevistas semi-dirigidas à coordenação do SAD

A supervisão da prestação de cuidado, ou a monitorização dos cuidados, é efectuada através do olhar das ajudantes familiares, isto é da percepção que cada uma tem do caso em questão. Existe pouco espaço para efectuar visitas

domiciliárias ou adoptar outros procedimentos para aferir a expectativa e a avaliação do utilizador face ao serviço prestado, que permitam cruzar a informação fornecida pela ajudante familiar ou de acção directa No fundo sem instrumentos precisos nem outros meios para aferir o discurso destes profissionais torna-se difícil a coordenação efectuar a gestão do caso tendo em conta as expectativas dos utilizadores. Na verdade a ajudante familiar torna-se neste processo a pessoa que presta os cuidados e efectua a supervisão e avaliação do processo.

Para concluir

Em suma a política de cuidados e de cuidados domiciliários em Portugal tem tendência a seguir os *guidelines* europeus e mundiais relativamente aos cuidados a prestar às pessoas idosas dependentes nomeadamente: potenciar o método aberto de coordenação no sentido reconfigurar novas formas de acção e de financiamento nesta área; aumentar a participação das mulheres no mercado de trabalho sobretudo na área dos cuidados, promover serviços de apoio à família cuidadora; promover a formação no sentido de qualificar os serviços; aumentar a duração dos cuidados a prestar às pessoas idosas e aos familiares cuidadores; otimizar os recursos existentes e criar novas modalidades incluindo o pagamento dos cuidados familiares prestados; incluir serviços de suporte psicológico e informativo às famílias; investir em centros especializados de apoio para as pessoas com demências assim como adoptar metas de avaliação e monitorização da prestação dos serviços adoptando standards de qualidade (cf. Mestheneso e Triantafillou, 2005). Contudo no nosso país existe ainda muito a fazer nesta área. Pois apesar de existir uma lei de cuidados continuados os serviços de apoio domiciliário existentes no âmbito da solidariedade social tem algumas fragilidades como por exemplo uma coordenação efectiva dos suportes; uma organização do processo de prestação que enuncie indicadores precisos que sejam possíveis efectuar diagnósticos multidisciplinares e que sejam passíveis de medir, isto é operacionalizar num plano de acção; a qualificação dos recursos humanos e recursos logísticos substantivos e a articulação entre as instituições com recursos complementar, assim como promover uma cultura de participação dos utilizadores dos serviços nas decisões que lhes dizem respeito.

Bibliografia

- ALBER, Jens, JAN DELHEY, WOLFGANG KECK, e RICARDA NAUENBURG, (Eds.) (2004), *Quality of Live in Europe, First European Quality of Live Survey 2003*, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities.
- DALY, Mary, e JANE LEWIS (2000), *The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states*, *British Journal of Sociology*, n.º 51 (2), pp. 281-298.

- GUERREIRO, Maria das Dores (2001), *Emprego em serviços familiares, Sociedade e Trabalho*, N.º 12/13.
- KRÖGER, Teppo (2001), *Comparative research on social care the state of the art, Soccare Project report 1*, Brussels, European Commission.
- Lei 39/2006 de 14 de Diciembre, de Promoción de la Autonomia Personal Y atención a las personas en situación de dependencia, Espanha.
- Iliffe, Steve, e VARI DRENNAN (2005), *Assessment of older people in the community: from "75-and-over cheks" to Nacional Service Frameworks*, *Reviews in Clinical Gerontology*, n.º 14, pp. 257-267.
- MESTHENESO, Elisabeth, e JUDY TRIANTAFILLOU (2005), *Overview summary of the Eurofamcare, Trans-European-Survey Report, Services for Supporting Family Careers of Elderly People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage*, Athens, Hamburg, Eurofamcare.
- MOSS, P., e C. CAMERON (2002), *Report on stage one and state of the art review, WP 6, Care Work in Europe, Current Understandings and Future Directions*, Thomas Coram Research Unit, Institute of Education University of London, in www.ioe.ac.uk/tcru/carework.htm.
- ONU (2002), *Internacional Plan of Action On Ageing 2002*, in 2.ª Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, Madrid.
- RODRÍGUEZ, Pilar Rodríguez (2005), *La intervención con las personas en situación de dependencia desde la evidencia científica y los consensos internacionales*, in Demetrio Casado (Dir.), *Avances en Bienestar Basados en el Conocimiento*, Madrid, Editorial CCS, pp. 111-147.