



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Mariana Freitas Vasconcelos

**A INTERDISCIPLINARIDADE NA INSTITUIÇÃO
DOS CUIDADOS AOS IDOSOS: O CASO DO LAR
DE CÂMARA DE LOBOS, IPSS – ASSOCIAÇÃO
ATALAIA LIVING CARE**

**Monografia de Estágio no âmbito do Mestrado em Serviço Social
orientada pela Professora Doutora Maria Helena Gomes dos Reis
Amaro da Luz e apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências
da Educação da Universidade de Coimbra**

Julho de 2020

1 2 9 0



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Mariana Freitas Vasconcelos

**A INTERDISCIPLINARIDADE NA
INSTITUIÇÃO DOS CUIDADOS AOS IDOSOS: O
CASO DO LAR DE CÂMARA DE LOBOS, IPSS
– ASSOCIAÇÃO ATALAIA LIVING CARE**

Monografia de Estágio no âmbito do Mestrado em Serviço Social
orientada pela Professora Doutora Maria Helena Gomes dos Reis Amaro
da Luz e apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da
Educação da Universidade de Coimbra

Julho de 2020

Agradecimentos

Após findar a viagem por esta etapa torna-se clara e necessária a importância de agradecer a todas as pessoas que me ajudaram neste percurso. Presto especial atenção e agradecimento:

À Direção da Associação Atalaia Living Care, nomeadamente ao Dr. Tony Saramago e à Dr.^a Cristina Pontes, pela oportunidade de realizar o estágio curricular e investigação no Lar de Câmara de Lobos.

Aos idosos e a todos os profissionais técnicos e não técnicos da instituição, em particular à Diretora Técnica e orientadora de estágio, Dr.^a Fátima Gouveia, pela forma como me acolheu e pela sua disponibilidade e incentivo em todo o decorrer desta jornada. Agradeço de igual modo aos profissionais que participaram no estudo e partilharam um pouco de si nas entrevistas.

À professora Doutora Maria Helena Reis Amaro da Luz pela orientação prestada e paciência tida em todo este processo.

À família, que é a razão do amor e que me torna melhor em todas as fases, obstáculos, fraquezas, vitórias e momentos da minha vida.

E aos amigos, pelos pedacinhos de tempo ganhos com qualidade.

“A interdisciplinaridade só ocorrerá, quando houver uma fusão dos conteúdos das disciplinas, trabalhando em conjunto para a compreensão de uma determinada importância social”

Franco Araujo

Resumo

No âmbito do estágio de mestrado, realizado no Lar de Câmara de Lobos (LCL), integrado na Associação Atalaia Living Care (AALC), a investigação desenvolvida e que esta monografia dá a conhecer, pretendeu compreender, como se concretiza a interdisciplinaridade decorrente do trabalho em equipa na prestação de cuidados aos idosos, assim como, o papel do Serviço Social na equipa prestadora de cuidados. Atendendo a que as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) são cada vez mais um polo de apoio, que beneficia do desempenho em termos de cuidados, de todo um conjunto de profissionais qualificados em distintas áreas, intentando proporcionar qualidade de vida às pessoas idosas, deu-se real enfoque à interdisciplinaridade como modalidade do trabalho em equipa, constituindo assim, este, o objeto da investigação.

Relativamente à abordagem metodológica, o estudo foi conduzido a partir de uma metodologia qualitativa, assente num estudo de caso, tendo sido auscultados sete profissionais (Diretora Técnica, Assistente Social, Educadora Social, Animadora Sociocultural, Psicóloga, Médico e Enfermeiro Chefe). O estudo combinou em termos de métodos de recolha de dados, a pesquisa bibliográfica, documental e a entrevista semi-estruturada, tendo-se recorrido à análise de conteúdo como metodologia de interpretação dos relatos das entrevistas e à análise estatística simples, para caracterizar os participantes.

Os resultados do estudo informam que os profissionais entrevistados entendem a interdisciplinaridade, como um conjunto diversificado de disciplinas, que cooperam e interagem entre si como forma de alcançar um objetivo comum. A interdisciplinaridade desenvolve-se na ótica dos interlocutores através da troca de ideias, de saberes e conhecimentos. No seio da equipa, a interdisciplinaridade coloca vários desafios, principalmente relacionados com a falta de comunicação e sobreposição de papéis. Neste âmbito, destaca-se o papel da Assistente Social que é vista como um elo de ligação entre os residentes, os familiares e a equipa.

Elenca-se de igual forma, o trabalho das profissionais do LCL nos esforços de uma aprendizagem conjunta com vista à interdisciplinaridade na equipa de trabalho, permitindo criar condições para que os idosos possam ter uma maior qualidade na prestação de serviços.

Palavras-chave: Envelhecimento, Estrutura Residencial para Pessoas Idosas, Interdisciplinaridade, Serviço Social.

Abstract

Within the scope of the master's internship, held at Lar de Câmara de Lobos (LCL), integrated in the Atalaia Living Care Association (AALC), the research developed and that this monograph provides, intended to understand, how the interdisciplinarity resulting from the work materializes as a team in providing care to the elderly, as well as the role of Social Work in the team providing care. Considering that the Residential Structures for the Elderly (ERPI) are increasingly a support pole, which benefits from the performance in terms of care of a whole set of qualified professionals in different areas, trying to provide quality of life to the elderly, it led to an approach known interdisciplinarity as a modality of team work, thus constituting the scientific research.

Regarding the methodological approach, the study was conducted from a qualitative methodology, based on a study case, having been listened to seven professionals (Technical Director, Social Worker, Social Educator, Sociocultural Animator, Psychologist, Doctor and Chief Nurse). The study combined in terms of data collection methods, bibliographic and documentary research and semi-structured interviews, using content analysis as a methodology for interpreting the interview reports and simple statistical analysis to characterize the participants.

The results of the study inform that the professionals interviewed understand interdisciplinarity, as a diverse set of subjects, that cooperate and interact with each other as a way to achieve a common goal. Interdisciplinarity develops from the point of view of the interlocutors through the exchange of ideas and knowledge. Within the team, interdisciplinarity presents several challenges, mainly related to the lack of communication and overlapping of roles. In this context, the role of the Social Worker stands out, which is seen as a link between residents, family members and the team.

The work of LCL professionals is equally listed in the efforts of joint learning with a view to interdisciplinarity in the work team, allowing the creation of conditions so that the elderly can have a higher quality in the provision of services.

Keywords: Aging, Residential Structure for Elderly People, Interdisciplinarity, Social Work.

Índice

Índice de Figuras	9
Índice de Tabelas	10
Lista de Siglas e Abreviaturas:	11
Introdução.....	12
PARTE I – ENVELHECIMENTO, ESTRUTURA RESIDENCIAL PARA PESSOAS IDOSAS E INTERDISCIPLINARIDADE	14
Capítulo 1- Envelhecimento: Âmbito, Políticas Sociais para Pessoas Idosas, e a Estrutura Residencial para Idosos (ERPI).....	14
1.1. Envelhecimento demográfico, envelhecimento individual e velhice.....	14
1.2. Evolução das políticas sociais dirigidas à população idosa em Portugal.....	21
1.3. As políticas sociais promotoras do cuidado aos idosos	28
1.3.1. ERPI: aspetos de enquadramento	31
1.3.1.1. A institucionalização.....	35
Capítulo 2 – Estratégias de Integração de Áreas Disciplinares	42
2.1. Trabalho em equipa.....	42
2.1.1. O papel de cada profissional na equipa de trabalho	48
2.1.2. Vantagens e desvantagens do trabalho em equipa	53
2.1.3 A interdisciplinaridade como modalidade do trabalho em equipa.....	55
PARTE II - SERVIÇO SOCIAL NUMA ESTRUTURA RESIDENCIAL PARA PESSOAS IDOSAS: ÂMBITO E CONTEXTO DE ESTÁGIO	58
Capítulo 3 - O Serviço Social e as ERPI	58
3.1. Serviço Social gerontológico: enquadramento e dimensões interventivas	58
3.1.1. Serviço Social e a equipa interdisciplinar	63
3.2. Serviço Social e a função diretiva numa ERPI	67
Capítulo 4 - A Entidade e o Estabelecimento de Acolhimento de Estágio	70
4.1. A Associação Atalaia Living Care e o Lar de Câmara de Lobos (LCL)	70
4.2. A equipa de trabalho no LCL.....	73
4.3. Atividades efetuadas em contexto de estágio no LCL	75
PARTE III – A INTERDISCIPLINARIDADE NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS AOS IDOSOS: ESTUDO EMPÍRICO.....	82
Capítulo 6 – Delineamento Metodológico	82
6.1. Formulação do problema.....	82
6.2. Definição dos objetivos.....	83

6.3. Modelo de análise	83
6.5. Delimitação da pesquisa: contexto espacial e temporal	88
6.6. População e amostra.....	88
6.7. Método de recolha de dados.....	89
6.8. Metodologia de análise de dados	90
Capítulo 7 – Apresentação e Análise dos Resultados	93
7.1. Caracterização dos participantes	93
7.1.1 Sexo.....	93
7.1.2. Idade	94
7.1.3. Formação académica e profissão/cargo no LCL.....	94
7.1.4. Antiguidade no LCL.....	95
7.1.5. Tipologia do contrato	95
7.2. Perceção da interdisciplinaridade.....	96
7.2.1. O âmbito da interdisciplinaridade associada ao trabalho em equipa.....	96
7.2.2. Complementaridades e dinâmicas associadas ao trabalho em equipa....	98
7.3. Papel dos profissionais da equipa	100
7.3.1. Papel do (a) entrevistado (a).....	101
7.3.2. Papel dos diferentes profissionais na equipa na ótica da Diretora Técnica e Assistente Social.....	106
7.3.3. Papel da Assistente Social e da Diretora Técnica na equipa na ótica dos diferentes profissionais.....	107
7.3.3.3. A Assistente Social	107
7.3.3.4. A Diretora Técnica.....	110
7.4. Limitações e potencialidades do trabalho interdisciplinar	115
7.4.1. Limitações do trabalho interdisciplinar	116
7.4.2. Potencialidades do trabalho interdisciplinar.....	117
7.4.3. Desafios do trabalho interdisciplinar.....	118
Capítulo 8 – Discussão dos Resultados	121
Conclusão	130
Referências Bibliográficas.....	134

Índice de Figuras

Figura 1: Os princípios da equipa de trabalho.....	44
Figura 2: Vantagens e desvantagens do trabalho em equipa.....	54
Figura 3: Graus crescentes de sucessão de cooperação e colaboração.	57
Figura 4: Áreas físicas funcionais do LCL.....	72
Figura 5: Composição da equipa de trabalho interdisciplinar no LCL.	73
Figura 6: Distribuição dos profissionais do LCL por sexo.	93
Figura 7: Distribuição dos profissionais do LCL por tipologia do contrato.	96
Figura 8: Distribuição dos residentes do LCL por sexo.....	147
Figura 9: Distribuição dos residentes do LCL por intervalo de idades.....	147
Figura 10: Distribuição dos residentes do LCL por estado civil.....	147
Figura 11: Distribuição dos residentes do LCL por agregado familiar.....	148
Figura 12: Distribuição dos residentes do LCL por habilitações literárias.....	148
Figura 13: Distribuição dos residentes do LCL por local de residência anterior à entrada no Lar.....	149
Figura 14: Distribuição dos residentes do LCL por grau de dependência.	149
Figura 15: Distribuição dos residentes do LCL por tipo de dependência.	149
Figura 16: Distribuição dos residentes do LCL por tempo de permanência no lar.....	150
Figura 17: Distribuição dos residentes do LCL por número de visitas por mês.	150

Índice de Tabelas

Tabela 1: Categorias, subcategorias e unidades de registo.	92
Tabela 2: Codificação.	93
Tabela 3: Média, mediana, idade mínima e máxima dos profissionais do LCL.	94
Tabela 4: Formação académica e profissão / cargo no LCL.	94
Tabela 5: Antiguidade dos profissionais no LCL.	95
Tabela 6: Esquematização das tarefas desenvolvimento no decorrer do estágio curricular no LCL.....	144
Tabela 7: Grelha de análise de conteúdo das entrevistas – Perceção da interdisciplinaridade	157
Tabela 8: Interdisciplinaridade: Âmbito – Atributos do trabalho em equipa / trabalho interdisciplinar.	165
Tabela 9: Grelha de análise de conteúdo das entrevistas – Papel dos profissionais da equipa.	166
Tabela 10: Grelha de análise de conteúdo das entrevistas – Limitações e potencialidades do trabalho interdisciplinar.....	174

Lista de Siglas e Abreviaturas:

AALC - Associação Atalaia Living Care

AIVD - Atividades Instrumentais de Vida Diária

Art.º - Artigo

AVD - Atividades de Vida Diária

CEE - Comunidade Económica Europeia

CID - Crianças, Idosos e Deficientes – Cidadania, Instituições e Direitos

EASSW - European Association of Schools of Social Work

ERPI - Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

F - Feminino

IFSW - Federação Internacional de Assistentes Sociais

INE - Instituto Nacional de Estatística

IPSS - Instituição Particular de Solidariedade Social

IQF - Instituto para a Qualidade na Formação

ISS, I.P. - Instituto da Segurança Social, Instituto Público

ISSM, IP-RAM - Instituto de Segurança Social da Madeira, Instituto Público da Região Autónoma da Madeira

LCL - Lar de Câmara de Lobos

M - Masculino

OECD - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS - Organização Mundial de Saúde

PAII - Programa de Apoio Integrado a Idosos

PCHI - Programa Conforto Habitacional para pessoas Idosas

PICI - Plano Integrado de Cuidados Individualizados

PILAR - Programa Idosos em Lar

PROGRIDE – Programa para Inclusão e Desenvolvimento

RAM - Região Autónoma da Madeira

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SAD - Serviço de Apoio Domiciliário para Idosos

SESARAM, E.P.E. - Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, Entidade Pública Empresarial

UCCI - Unidade de Cuidados Continuados Integrados

Introdução

A presente monografia resulta do estágio curricular desenvolvido no âmbito do Mestrado em Serviço Social da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, o qual ocorreu no LCL, resposta integrada na Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), AALC, tendo tido a supervisão da Diretora Técnica da instituição, Dr.^a Fátima Gouveia e a orientação da Professora Doutora Maria Helena Gomes dos Reis Amaro da Luz.

A escolha pela realização do estágio, como modalidade do trabalho final de mestrado foi motivada pelo interesse em aprofundar o conhecimento acerca da prática relacionada com a área da população idosa, proximidade esta (com a prática) que se equacionou, constituir adicionalmente, uma via para desenvolver um trabalho de investigação que se mostrasse oportuno para a instituição, facultando deste modo uma conciliação da teoria – prática e vice versa.

Neste âmbito, o estágio serviu de contexto para o desenvolvimento do estudo, que ergue como objeto analítico, a interdisciplinaridade na prestação de cuidados aos idosos e a perceção do papel do Serviço Social na equipa. Constituíram participantes da investigação, os profissionais integrados na equipa técnica do estabelecimento – LCL, os quais desempenham um papel fulcral para o seu funcionamento e sobretudo para a dignificação da vida dos utentes.

No que concerne ao tema do estudo, importa referir que a expressão do envelhecimento demográfico e a diversidade dos processos de envelhecimento individual têm vindo a lançar sérios desafios e tal como referem Osório e Pinto (2012, p. 7), às “diferentes formas de organização social, cultural, económica e política”. Com efeito, reconhece-se hoje que viver mais tempo não significa viver com mais qualidade de vida, e que as disponibilidades familiares, por força de diversos fatores, constituem frequentemente uma barreira ao apoio informal, pelo que respostas e equipamento sociais adquirem uma forte relevância para prestar cuidados aos mais velhos, e para acompanhar o evoluir do seu envelhecimento. Para este desiderato, o trabalho de cariz interdisciplinar que beneficia de várias áreas profissionais revela ser uma necessidade, tendo o mesmo vindo a ser crescentemente valorizado em contextos de trabalho com idosos (e.g., Pombo, 2004).

Nestas arenas, o Serviço Social por via da sua atuação metodológica e do entendimento que faz das questões críticas, desempenha um papel importante com os

profissionais, potenciando dinâmicas direcionadas para o incremento da qualidade de vida dos idosos (e.g., García, 2003b).

No que concerne à estrutura desta monografia, a primeira parte centraliza a análise em torno do fenómeno do envelhecimento, o qual está na base do surgimento de políticas e respostas sociais específicas, de que são um exemplo as estruturas residenciais, contextualização esta que constitui a referência para enquadrar o trabalho em equipa. A este respeito, canaliza-se a discussão para a análise da equipa como modo de organização, com características específicas e agregando um conjunto de profissionais que possuem papéis distintos, surgindo nesta sequência a abordagem da interdisciplinaridade como modalidade do trabalho em equipa.

Na segunda parte é abordado o Serviço Social em ERPI. Duas partes estruturam o conteúdo desta secção. Por um lado, uma análise do Serviço Social Gerontológico, com particular incidência tanto no enquadramento, como nas dimensões interventivas, a par com uma análise do Serviço Social relacionado com funções diretivas numa ERPI. Por outro lado, procede-se nesta parte ao enquadramento e caracterização da instituição de estágio, relatando-se as atividades efetuadas neste contexto e as quais permitiram ampliar o conhecimento profissional da estagiária, contribuindo de igual modo para o seu enriquecimento pessoal. Por entre estas tarefas, merecem destaque as atividades de integração na instituição, as relacionadas com a intervenção do Serviço Social no LCL, as atividades complementares aí desenvolvidas, bem como as de proximidade com os idosos residentes e que permitiram o seu maior conhecimento e caracterização numa ótica sócio-demográfica.

A terceira parte, da monografia contempla a componente da investigação/estudo empírico, nomeadamente o delineamento metodológico, a apresentação e análise dos resultados, assim como a discussão dos resultados. A monografia finaliza com aspetos conclusivos concernentes à experiência de estágio e à investigação desenvolvida.

PARTE I – ENVELHECIMENTO, ESTRUTURA RESIDENCIAL PARA PESSOAS IDOSAS E INTERDISCIPLINARIDADE

Capítulo 1- Envelhecimento: Âmbito, Políticas Sociais para Pessoas Idosas, e a Estrutura Residencial para Idosos (ERPI)

1.1. Envelhecimento demográfico, envelhecimento individual e velhice

As sociedades contemporâneas têm vindo a assistir a um aumento da longevidade resultante do aumento da esperança média de vida, fenómenos estes que informam que o envelhecimento não é apenas uma característica das sociedades do presente, mas que colocado num plano individual assume grande probabilidade de evoluir acompanhado por dependência, contribuindo para a configuração de novos contornos na velhice (e.g., Luz, 2019).

No plano demográfico, ou coletivo, falar de envelhecimento remete para o envelhecimento demográfico. Segundo António (2013) o envelhecimento demográfico corresponde às alterações da estrutura etária da sociedade, manifesta-se no aumento dos cidadãos com 65 ou mais anos no total da população e na “(...) redução da importância relativa de pessoas nas idades mais jovens” (Fernandes, 1997, p.31). Esta perspetiva de envelhecimento apresenta duas tipologias, tendo em conta a representação numa pirâmide de idades: o envelhecimento na base da pirâmide e o envelhecimento no topo da pirâmide. O envelhecimento da base da pirâmide diz respeito à diminuição da percentagem de jovens e, por seu turno, o envelhecimento do topo da pirâmide diz respeito ao aumento da percentagem de idosos (Nazareth, 1988; Fernandes, 1997). Nazareth (1988) afirma que existe uma relação intrínseca entre estas duas tipologias, pois a diminuição da percentagem de jovens, inevitavelmente, origina o aumento da proporção da população de outras de faixas etárias, nomeadamente da população idosa.

O envelhecimento demográfico traduz uma realidade que vem assumindo visibilidade há várias décadas na Europa e a nível mundial, constituindo sobretudo um fenómeno que caracteriza o presente século. Assim, os idosos estão a tornar-se numa população com grande expressão a nível europeu e inevitavelmente também em Portugal, sendo previsível o seu contínuo aumento numa ótica evolutiva.

Entre 2012 e 2017, foi possível aferir que, no conjunto dos 28 países da União Europeia, houve uma diminuição da população jovem de 15,7% para 15,6%, uma

diminuição da população em idade ativa de 66,1% para 64,7%, e um aumento da percentagem de idosos de 18,2% para 19,7% (INE, 2019), apresentando-se a Itália como o país da União Europeia com maior percentagem de população idosa (22,6%). Em contrapartida, a Irlanda apresenta a menor percentagem com 13,8%. Por seu turno, Portugal apresenta também uma elevada proporção de idosos, sendo o 3º país com maior percentagem, e apenas ultrapassado pela Grécia e Itália (idem, ibidem).

O envelhecimento demográfico em Portugal começou a salientar-se a partir do século XX, e foi a partir de 2001 que ocorreu pela primeira vez a expressão maioritária da população idosa comparativamente com a população com menos de 15 anos de idade (António, 2013).

Em comparação com dados expostos em 2017, é possível verificar que este envelhecimento continua a intensificar-se em Portugal. Deste modo, a população com menos de 15 anos apresenta uma diminuição para 1 407 566 jovens (menos 16 330), e a população com idade igual ou superior a 65 anos um aumento para 2 244 225 indivíduos (mais 30 951), refletindo, respetivamente, 13,7% e 21,8% da população total (INE, 2019). De salientar, também, que se verifica que a população mais idosa (idade igual ou superior a 85 anos) aumentou para 310 274 pessoas (mais 12 736) (INE, 2019).

Segundo o INE (2017), já se projetam estimativas de que o índice de envelhecimento em Portugal poderá mais do que duplicar entre 2015 e 2080, podendo passar dos 147 para 317 idosos por cada 100 jovens, sendo já manifesta a existência de um duplo envelhecimento, o topo da pirâmide cada vez mais amplo e com uma assimetria mais acentuada, e a base da pirâmide mais estreita (Fernandes, 1997).

São diversos os determinantes que coadjuvam com estes dados, anteriormente expostos. A taxa de natalidade constitui-se como um dos fatores do envelhecimento demográfico, (e.g., António, 2013; INE, 2019; Fernandes, 2007; Nazareth, 1988), sendo a baixa natalidade considerada a principal determinante pelo envelhecimento demográfico (Nazareth, 1988). Este fenómeno ocorre quando as gerações não são substituídas, conduzindo a um aumento na proporção de adultos e idosos (Dinis, 1977 citado por Martins, 2002).

A natalidade começou a diminuir drasticamente nos países desenvolvidos nas décadas de 60 e 70, devido ao processo de urbanização e industrialização (Serafim, 2007). Este processo inclui diversos factos que passam pela redução da nupcialidade, o casamento tardio, a emancipação da mulher e a sua crescente participação no mercado de trabalho (Dinis, 1977 citado por Martins, 2002).

Em 2018, em Portugal, constatou-se que nascem, em média, 1,41 filhos por mulher em idade fértil, um valor abaixo de 2,1, o limiar da substituição de gerações (INE, 2019).

Outra razão apontada para este incremento de envelhecimento demográfico refere-se ao aumento da longevidade e/ou o aumento da esperança de vida (e.g., INE, 2019; Fernandes, 2007; Fonseca, 2004). Pode, pois, referir-se que o aumento da longevidade resulta do incremento gradual da esperança de vida da população, consequência das melhores condições sociais e tecnológicas, e dos avanços da medicina preventiva, curativa e reabilitadora (Dinis, 1977 citado por Martins, 2002).

A este respeito o índice de longevidade traduz um indicador particularmente relevante, já que o mesmo informa acerca do número de pessoas com 80 anos ou mais por cada 100 pessoas com 65 anos ou mais, sendo que, quanto mais alto é o índice, mais envelhecida é a população idosa¹. Segundo dados da Pordata, em 2001 a União Europeia apresentava um índice de longevidade de 21,7% enquanto que Portugal se situava nos 21,4%, comparativamente. Mais recentemente, em 2017, constatou-se um acréscimo deste índice, na União Europeia e de forma expressiva em Portugal, na ordem dos 28,5% e 29,2%, respetivamente. A par com estes dados, Portugal tem vindo a registar um aumento na esperança de vida, quer à nascença (em 2017 a esperança de vida à nascença situava-se nos 80,8 anos), quer aos 65 anos (em 2017 a esperança de vida aos 65 anos situava-se nos 20,4 anos).²

Por fim, Portugal também tem acompanhado os fluxos migratórios existentes, que resultam num dos fatores que influenciam o aumento da população envelhecida (e.g., António, 2013; Nazareth, 1988; Fernandes, 1997; Mendes, 2016). Tal como Nazareth (1988) afirma, está intrínseco ao ser humano a necessidade de mobilidade e as migrações, fenómenos estes que consequentemente desenvolvem impactos estruturais importantes.

Apesar do envelhecimento demográfico traduzir diversas transformações nas nossas sociedades, no que se refere à esfera micro, ou seja, relativa a cada indivíduo, a compreensão relativa aos processos de envelhecimento individual, ou seja, ao envelhecimento intrínseco e singular a cada indivíduo, torna-se particularmente relevante quando se abordam os contextos de vida das pessoas idosas. Como se salienta, sendo o envelhecimento individual, não consubstancia todos por igual, isto é, envelhecemos de forma diferente de acordo com o nosso historial de vida (António, 2013). De acordo com

¹ Informação retirada de www.pordata.pt.

² Dados relativos a 2017, retirados de www.pordata.pt.

Rosa (2016), o envelhecimento individual pode distinguir-se em duas tipologias: o envelhecimento cronológico e o envelhecimento biopsicológico.

Acerca do envelhecimento cronológico, admite-se que envelhecemos desde o momento que somos concebidos, até à morte, (Filho, 2009) e que a idade, representando os resultados do envelhecimento, é um índice rápido para associar as características prováveis de um indivíduo com determinada idade (Birren & Loucks, 1981). Perdura por vezes a ideia de que é a partir de certa idade que todo o processo de envelhecimento ocorre, o que não traduz uma ideia necessariamente verídica. O envelhecimento cronológico remete-nos para a idade cronológica e embora seja progressivo, apresenta momentos de aceleração variável (Rosa, 2016).

Além da idade cronológica as pessoas apresentam outras idades, nomeadamente a idade biológica, idade psicológica e idade sociocultural (Birrem & Cunningham, 1985 citado por Fontaine, 2000; Fonseca, 2004; Luz, 2014b; Cavanaugh, 2019).

A idade biológica corresponde ao envelhecimento orgânico, ou seja, é a diminuição e modificação do funcionamento dos órgãos e da autorregulação no decorrer da vida, que diminui com o tempo (Birrem & Cunningham, 1985 citado por Fontaine, 2000; Fonseca, 2004; Cavanaugh, 2019). Segundo Birren e Loucks (1981) a idade biológica também é caracterizada como sendo a posição atual do indivíduo em relação à sua vida útil. Se medirmos os níveis de desempenho dos diversos órgãos pode-se atribuir uma idade biológica, levando a determinar se o indivíduo em particular é biologicamente mais velho ou mais novo comparativamente a outras pessoas da mesma idade cronológica (idem, ibidem).

A idade psicológica refere-se às competências psicológicas e comportamentais de cada indivíduo perante as mudanças ambientais, que incluem as capacidades mnésicas (memória), as capacidades intelectuais, as motivações para o empreendimento, o controlo pessoal e a autoestima (Birrem & Cunningham, 1985 citado por Fontaine, 2000; Fonseca, 2004; Cavanaugh, 2019).

Por fim, a idade sociocultural diz respeito ao estatuto, ao papel e aos hábitos de cada indivíduo em relação aos outros na sociedade, marcados pela cultura e história de cada país (Birrem & Cunningham, 1985 citado por Fontaine, 2000). Esta idade é, muitas vezes, influenciada pelas imagens e estereótipos tidos, e acoplados aos idosos. Aliás, muitos dos estereótipos são baseados em falsas perceções sobre a idade sociocultural. Com efeito, os estereótipos e a discriminação contra os idosos são reconhecidos pelos investigadores sociais como uma força destrutiva da sociedade e do indivíduo (Birren &

Loucks, 1981), o que leva à atribuição de rótulos (e.g., “uma pessoa de idade”) (Fonseca, 2004) e de suposições (e.g., que as pessoas idosas não devem fazer sexo) (Cavanaugh, 2019).

Importa, pois, perceber, que o organismo pode envelhecer de maneiras diferentes ao mesmo tempo, sendo que a idade biológica, psicológica e sociocultural, não são variáveis interdependentes. Como referem Birren e Loucks (1981), se tal acontecesse nunca se veria, por exemplo, uma pessoa idosa doente que é sábia.

Deste modo, como o envelhecimento consiste em processos biológicos, psicológicos e sociais que resultam em simultâneo, é necessário ter em atenção outras variáveis como explicação da mudança (Birren & Loucks, 1981). Nos processos de envelhecimento individual, o envelhecimento biopsicológico consubstancia-se como um reflexo do envelhecimento cronológico, no entanto difere deste, pois não está fixo em termos de idade, mas é influenciado por aquilo que cada indivíduo vive (Rosa, 2016).

Compreende-se assim que cada indivíduo envelhece de um modo singular, contribuindo para os processos de envelhecimento variáveis internas e externas de forma particular, processos estes que culminam em estados ou situações/realidades objetivas configuradoras da velhice. Como Luz e Miguel (2015) realçam, a aceção da velhice vista como uma situação e não tanto como um processo contribui para valorizar a perspectiva de que este conceito se desenrola em função de percursos individuais e das vivências da população idosa, sendo aqui importantes os fatores sociais, mais propriamente, as relações sociais como um fator de destaque para uma velhice bem-sucedida (Luz & Miguel, 2015). Nesta vertente, Guillermand e Lenoir (1974 citados por Fernandes, 1997, p. 19) caracterizam a velhice como “a idade de maior vulnerabilidade às relações sociais estabelecidas com a família” e que representa “a etapa da vida na qual o volume e o conteúdo das trocas são directamente função do tipo de laços levados com a família e em particular com os filhos”.

A abordagem da velhice como etapa objetiva remete, a par, para a sua articulação com a idade da reforma, sendo inevitável não associar a velhice à reforma (Fernandes, 1997). De facto, e como se realça “as reformas constituem a primeira forma instituída de definição da velhice [contribuindo para a tornar] visível e identificável” (idem, ibidem, p. 140). Não obstante, dada a progressão da longevidade a que se assiste, uma tal articulação tem vindo a ser desconstruída, visto reconhecer-se que a transição entre o trabalho e a reforma apresenta discrepâncias de indivíduo para indivíduo, não havendo

uma idade linear para tal acontecimento (e.g., Fernandes, 2001; Fonseca, 2004). A este propósito refere-se que:

“as vivências alongadas tendem a esbater as fronteiras entre trabalho e não trabalho, desde logo, porque fruto de um conjunto de progressos, a idade de ser velho surge adiada e por força das circunstâncias inerentes às transformações do presente, o estatuto de reforma abrange indivíduos com idades cada vez mais precoces, os pré-reformados” (Luz, Miguel & Preto, 2014, p.7)

Neste seguimento, Filho (2009) afirma que o processo de envelhecimento deveria ser valorizado como marcas de nossas histórias de vida, pois uma sociedade com todas as faixas etárias reconhece que chegaremos à velhice, não existindo, uma idade única universal que marque o seu início (Luz & Miguel, 2015). Também Phillipson (2003 citado por Fonseca 2004, p. 37), argumenta que a velhice é uma etapa incorporada “(...) num determinado ciclo de vida individual”, reiterando Gaullier (1980 citado por Fernandes, 1997), o pressuposto de que a velhice está relacionada com trajetórias individuais e com o conjunto de atividades a desenvolver durante esta fase da vida, quer se esteja reformado ou não.

Resulta daqui o entendimento, de que nos dias de hoje a velhice apresenta novos contornos, sendo que pessoas com mais idade devem ser entendidas como não uniformes, havendo uma heterogeneidade associada à velhice (Luz et al., 2014).

Tal decorre do facto de que a vida após a reforma equaciona no presente novas oportunidades para os mais velhos, assim como riscos (Phillipson, 2002). Para Miguel e Luz (2014) a velhice deve ser interpretada como estando intimamente relacionada com os fatores que ocorrem no decorrer da vida e com fatores situacionais, tendo em conta que o indivíduo é condicionado pelas restrições ou oportunidades existentes na sociedade.

A acompanhar estas interpretações, várias são as concetualizações que emergem associadas às “idades da velhice”. Neugarten (1975, 1979 citado por Fonseca, 2004) foi um dos primeiros investigadores a estabelecer duas categorias da velhice tomando como referência a idade: os “jovens-idosos”, dos 55 aos 75 anos, e os “idosos-idosos”, dos 75 anos em diante. Para esta investigadora os “jovens-idosos” representam os indivíduos potencialmente ativos, mas, normalmente, desaproveitados ou marginalizados pela sociedade, enquanto os “idosos idosos” representam a população mais frágil (maioritariamente devido a doenças) e com necessidade de cuidados especiais. Por seu lado, Cardão (2009), divide a população idosa em três categorias cronológicas: na primeira enquadra os “idosos jovens”, que possuem idades entre os 65 e os 74 anos; na

segunda que se reporta ao “idoso médio”, integram-se os que possuem idades entre os 75 e os 84 anos; e por fim a terceira categoria, respeitante ao “idoso idoso”, abrange idosos a partir dos 85 anos de idade.

Numa aceção mais holística, Luz e a sua equipa (2014, p.8) introduzem a conceção de “diferentes velhices” para se referirem à “pluralidade de gerações mais idosas, cujos processos de envelhecimento, percursos de vida, necessidades e expectativas não podem ser descurados”. Também as noções de terceira e quarta idade (Baltes & Smith, 2003; Luz et al., 2014), se pautam por uma diferenciação, acoplando-se diretamente a discursos sobre a velhice positiva, (terceira idade mais associada a noções de atividade e vitalidade), e negativa, (quarta idade associada mais a declínio físico e mental) (Mauritti, 2004 citado por Luz et al., 2014; Moen & Wethington, 1999 citado por Fonseca, 2004; Phillipson, 2002). Como Baltes e Smith (2003) advogam, esta tipologia não está ligada a uma faixa etária, mas pretende incorporar as variações e evoluções dinâmicas relacionadas com o estado funcional do indivíduo que normalmente tende a deteriorar-se de uma idade para a outra.

Neste sentido, os autores esclarecem que a terceira idade está frequentemente associada a “boas notícias”, nomeadamente,

“(…) ao aumento da esperança de vida, ao elevado potencial latente de manutenção de boa forma física e mental, aos coortes sucessivos com ganhos ao nível da forma física e mental, à existência de substâncias de reserva cognitivo-emocionais, ao número crescente de pessoas que envelhecem com sucesso, aos níveis elevados de bem-estar pessoal e emocional; à adoção de estratégias eficazes de gestão de ganhos e perdas da velhice” (Baltes & Smith, 2003, pp. 126-127; Fonseca, 2004, p. 78).

Em contrapartida, a quarta idade está associada a “notícias científicas não tão boas ou mesmo más”, sendo salientado “as perdas consideráveis do potencial cognitivo e capacidade de aprendizagem, a prevalência da demência, aumento de sintomas de stresse crónico, elevados níveis de fragilidade, disfuncionalidade, e multimorbilidade” (Baltes & Smith, 2003, pp. 127-129; Fonseca, 2004, p. 78).

A velhice, na quarta idade, demonstra a necessidade de um agir político e social. De facto e como se explanou, a velhice pode reverter uma situação problemática, quando se associa a dependência a doença, mas também a solidão, pobreza, e entre outras problemáticas (Fernandes, 1997; Luz & Miguel, 2015). Tal como Fernandes (1997) recorda, com o passar dos anos, as transformações que ocorrem na sociedade e o aumento do envelhecimento das populações colocam a velhice como situação problemática a necessitar de apoio social.

Fundamentalmente e porque cada vez mais se vive mais tempo, tendendo a aumentar a taxa de sobrevivência, torna-se necessário promover na velhice uma maior qualidade de vida. Perante os desafios que o envelhecimento e a velhice colocam à sociedade, aos próprios idosos, mas também aos seus familiares, tornam-se importantes os dispositivos de política social, e a intervenção dos diferentes agentes da sociedade civil que lidam com esta população. Como Serafim (2007) elucida, fruto de várias alterações, o cuidado efetuado às pessoas idosas, que anteriormente era um “dever” dos familiares mais diretos passou progressivamente para as instituições de solidariedade social e para instituições privadas. Assim, para mediar as problemáticas da velhice torna-se pois necessária uma resolução coletiva com políticas sociais, as quais, aliás, vêm sendo estruturadas ao longo de décadas e cujas principais etapas referenciamos de seguida.

1.2. Evolução das políticas sociais dirigidas à população idosa em Portugal

O desenvolvimento das políticas públicas e, conseqüentemente, as políticas sociais, são fundamentais para identificar e solucionar problemáticas assentes na sociedade, e surge quase como proteção contra diversas questões e ameaças sociais.

Segundo Mead (1995 citado por Souza, 2006, p.24), as políticas públicas são “um campo dentro do estudo da política que analisa o governo à luz das grandes questões públicas”, sendo que o objetivo se centra no reconhecimento “do tipo de problema que a política pública visa corrigir, na chegada desse problema ao sistema político e à sociedade política, e nas instituições regras que irão modelar a decisão e a implementação da política pública” (Souza, 2006, p.40).

O aumento da população idosa obriga a repensar questões de natureza social. Sendo o envelhecimento um processo contínuo e intrínseco ao indivíduo, este apresenta-se como individual no modo de vivenciar a velhice. Importa, porém, analisar as vias que permitem assegurar os direitos, por via de políticas públicas e sociais aos idosos, por forma, a que estes possam usufruir da velhice com maior qualidade de vida.

Por políticas de velhice, entende-se, “o conjunto das intervenções públicas, ou ações coletivas, que estruturam, de forma explícita ou implícita, as relações entre a velhice e a sociedade” (Fernandes, 1997, pp. 47-48).

Assim sendo, as políticas sociais destinadas à população idosa, ou as denominadas políticas de velhice, reúnem uma amplitude de iniciativas podendo ser melhor compreendidas se as analisarmos numa ótica evolutiva.

A humanidade desde sempre se preocupou com a garantia de proteção social às populações mais desfavorecidas, neste caso os idosos. Fazendo-se uma retrospectiva, já no Séc. V, no Império Bizantino da era Cristã, foi fundado pelo Papa Pelágio II (520-590) a primeira instituição filantrópica direcionada a abrigar a população idosa carente (Alcântara, 2004). O Papa Pelágio II “(...) transformou a sua casa em um hospital para velhos” (Alcântara, 2004, p. 22).

Afere-se, portanto, que a instituição para os mais velhos teve a sua origem numa época cristã, sendo que a maioria dos asilos eram da responsabilidade da igreja. Os “estabelecimentos assistenciais eram apoiados pelas ordens militares e religiosas, municípios, confrarias que davam abrigo aos peregrinos, doentes e mendigos” (Neto, 2016, p. 25).

No final do Séc. XV, segundo Jacob (citado por Neto, 2016), existiam quatro tipos de estabelecimentos assistenciais, de cariz religioso, albergarias, hospitais, gafarias e mercearias. Destes quatro estabelecimentos, apenas os hospitais persistem na nossa sociedade.

No decorrer do século XVI, por ordem do Rei D. Manuel, começam a ser criadas Irmandades em todo o país (Sobreiro, 2009).

A partir do Século XVII, a solidariedade distancia-se do sentido religioso de cariz caritativo para se evidenciar como um dever social do Estado e a sociedade civil (Neto, 2016). Nesta conceção, Araújo (1995, p.19) refere que no “(...) transcurso da evolução observada, o que ressalta é o trunfo gradual do modelo filantrópico sobre o velho paradigma da caridade piedosa, entendida, desde a longínqua Idade Média, como tesouro de salvação pessoal”.

Em Portugal, nos finais do séc. XVIII, mais concretamente a 03 de julho de 1780, foi criada a Casa Pia de Lisboa, fundada no reinado de D. Maria I, por iniciativa de Diogo Inácio de Pina Manique (Sobreiro, 2009; Almeida, 2008). Esta iniciativa constitui um marco histórico de assistência social pública (ibid).

Neste sentido e como Mendes (2016) assinala, as seguranças sociais foram institucionalizadas em Portugal devido a contextos de demografia. No período entre 1950-60, após as crises e guerras mundiais do século XX, ocorreu o fenómeno do *baby boom*, (caracterizado pelo nascimento de muitas crianças) e na sequência das elevadas perspetivas populacionais, as prestações aumentaram em grandes números, “financiadas por impostos e contribuições sociais arrecadados em cada ano, baseadas numa solidariedade intergeracional instantânea” (Mendes, 2016, p. 16).

Até aproximadamente meados da década de setenta, em Portugal, a família permanecia no centro das preocupações sociais do Estado Novo (Fernandes, 1997). Não haviam grandes preocupações em relação à velhice, no entanto a mesma era integrada nas preocupações da previdência, que “(...) se constituía a partir das contribuições de origem privada dos trabalhadores e das respetivas entidades patronais (...)”, e da assistência, “(...) financiada pontualmente por subsídios estatais, entre outros” (idem, ibidem, p. 142). A probabilidade de obter a reforma era muito baixa e a velhice continuava a ser caracterizada e associada socialmente à pobreza e à vagabundagem (idem, ibidem).

A 13 de Fevereiro de 1969, foi atribuída importância, pela primeira vez em Portugal, às políticas de velhice, que mereceram a atenção do Estado português na sessão nº 169 da Assembleia Nacional (Faria, Oliveira & Simões, 2012). Foi realizado um seminário intitulado “Política para a Terceira Idade”, com o objetivo de “(...) contribuir para a definição das bases de uma política social dirigida às pessoas de idade”, orientado por Paul Paillat (Faria et al, 2012, p. 72). Decorrente deste objetivo, foi reconhecida a “necessidade de intervenção pública de modo a suprir as deficiências provenientes de uma política de reformas ineficaz e insuficiente” (Vaz, Silva & Sousa, 2003, p. 193).

A década de setenta, do século XX constituiu um ponto de viragem positivo, já que as questões da população idosa começam a ser abordadas e começam a emergir orientações no quadro de políticas de velhice. Deste modo, em 1971, com o Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de setembro, foi criado o Serviço de Reabilitação e Proteção aos Diminuídos e Idosos, do Instituto da Família e Ação Social, em substituição do Instituto de Assistência aos Inválidos, o qual introduz já alguma preocupação em termos de soluções para as problemáticas relacionadas com a população idosa (Faria et al, 2012; Fernandes, 1997; Vaz et al, 2003). No entanto, esta modificação, (de Inválidos pelos Diminuídos e Idosos), revela que “a lógica assistencial não foi abandonada, mas virada agora concretamente para uma categoria social, os idosos, com carências manifestas, como a própria designação da instituição o prova ao associar idosos e diminuídos” (Fernandes, 1997, p.144).

Em 1974, com o programa de ação do II Governo Provisório, não foi priorizada a “adoção de novas providências na invalidez e velhice” (Vaz et al, 2003, p. 194), tendo essencialmente este programa considerado medidas de caráter corretivo, como por exemplo a criação de unidades residenciais para o acolhimento das “pessoas de idade” sem família e a remodelação dos “asilos” existentes (Quaresma, 1988 citado por Faria et al, 2012; Vaz et al, 2003). Terá sido com a Constituição de 1976 que se enfatiza uma nova

forma de encarar os idosos e que se preconizam mudanças mais proeminentes relativamente à consagração das condições para a “universalização do direito a uma reforma de velhice”, avançando-se assim o reconhecimento social da Terceira Idade, e para a identificação da “velhice como categoria social autónoma” (Cardoso, Santos, Batista & Clemente, 2012, p. 613).

Segundo o artigo 72º da Constituição da República Portuguesa de 1976, é reconhecido socialmente as condições do direito a uma reforma de velhice, pelo que o:

“Estado promoverá uma política da terceira idade que garanta a segurança económica das pessoas idosas. A Política da terceira idade deverá ainda proporcionar condições de habitação e convívio familiar e comunitário que evitem e superem o isolamento ou marginalização social das pessoas idosas e lhes ofereçam as oportunidades de criarem e desenvolverem formas de realização pessoal através de uma participação activa na vida da comunidade.”³

A partir de 1978, o Estado além de preocupar-se com o apoio económico em prestações pecuniárias aos idosos, preocupa-se, também, em desenvolver infraestruturas de apoio aos idosos que potenciam a sua integração e participação na sociedade (Cardoso et al., 2012).

Este período (que medeia entre 1976 e 1985), como esclarece Veloso (2008, pp. 3-8), ficou marcado pela política de manutenção dos idosos no seu domicílio, tendo sido criados os meios para a execução destes objetivos, os quais assentaram na criação de centros de dia, serviços de apoio domiciliário (SAD), centros de convívio, assistindo-se de igual modo à transição de asilos para lares. Como se informa a relevância destes acontecimentos veio reforçar a continuação dos idosos no seu domicílio, potenciando a integração social e o retardamento do envelhecimento. De salientar, que estas políticas foram preconizadas pelo Estado, no entanto não houve grande auxílio a nível financeiro, priorizando, assim, a envolvimento de outros parceiros, nomeadamente IPSS (Veloso, 2008). De facto, após o 25 de abril de 1975 “(...) houve uma reestruturação das políticas de proteção social (...)”, sendo que o Estado reconhece o contributo das IPSS no prosseguimento dos objetivos da Segurança Social (Sobreiro, 2009, p. 28).

Entre os anos 1980 e 1990 e face à alteração do contexto demográfico e ao acréscimo do número de pessoas idosas, o Estado passou a assumir um papel mais preponderante nas políticas de velhice (Mendes, 2016). Deste modo em 1988 foi criado

³ Artigo 72º da Constituição da República Portuguesa de 2 de abril de 1976 retirado de <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/502635/details/normal?q=constitui%C3%A7%C3%A3o+da+rep%C3%ABlica+portuguesa>.

pelo Governo Português a Comissão Nacional para a Política da Terceira Idade, através da Resolução do Conselho de Ministros n.º 15/88, com o objetivo de

“incentivar e promover o estudo global da problemática do envelhecimento da população portuguesa; (...) elaborar um relatório de análise prospetiva das questões relativas ao envelhecimento da população (...); definir e propor medidas de política social (...); concitar o apoio e a colaboração dos serviços do Estado, das autarquias locais, das instituições de solidariedade social, das organizações não governamentais e de outras entidades (...); definir e propor ações de informação da população em geral sobre a problemática do envelhecimento (...)”⁴.

A ação social, o apoio técnico às instituições particulares de solidariedade social sem fins lucrativos e a fiscalização do funcionamento dos lares lucrativos para pessoas idosas estava sob responsabilidade do Ministério do Emprego (Bárrios, 2017). A este respeito e como observa Veloso (2008), o Estado destaca as IPSS, sendo estas apoiadas e valorizadas nas iniciativas em equipamentos sociais, ocorrendo assim uma transferência dos serviços públicos para o sector privado.

Segundo o artigo 1.º do Decreto-Lei n.º 172-A/2014, de 14 de novembro, as IPSS “são instituições particulares de solidariedade social, adiante designadas apenas por instituições, as pessoas coletivas, sem finalidade lucrativa, constituídas exclusivamente por iniciativa de particulares, com o propósito de dar expressão organizada ao dever moral de justiça e de solidariedade, contribuindo para a efetivação dos direitos sociais dos cidadãos, desde que não sejam administradas pelo Estado ou por outro organismo público. De salientar que atualmente e tendo por base o mesmo decreto, as IPSS podem reverter as seguintes formas: associações de solidariedade social, associações ou de socorros mútuos, fundações de solidariedade social e irmandades da misericórdia.

No que concerne a outras vertentes de proteção social e apesar da expansão da taxa de cobertura de pensões, a população idosa permanecia em risco social pela tendência do isolamento e pelos baixos rendimentos (Bárrios, 2017), pelo que em 1991, o Decreto-Lei n.º 391/91, de 10 de outubro, define os idosos como grupos de risco e institui parâmetros de “famílias de acolhimento” de idosos e adultos com deficiência, de acordo com a contribuição do sistema de segurança social (Vaz et al., 2003; Bárrios, 2017).

A adesão de Portugal à Comunidade Económica Europeia (CEE), surtiu também influência junto da população idosa, sobretudo no período entre 1991 e 1993, quando

⁴ Resolução do Conselho de Ministros n.º 15/88

surgiu o Programa de Apoio Comunitário às Pessoas Idosas, o qual contribuiu para melhor visibilizar esta população e as suas necessidades de apoio (Veloso, 2008).

Neste seguimento é criado em 1994, o Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII) que apresentava como objetivos a criação de condições para manter os idosos no domicílio, o apoio às famílias com familiares dependentes como os idosos, a promoção e o apoio nas ações de formação e a prevenção do isolamento, exclusão e dependência. Decorrente do PAII foram promovidos diversos projetos tais como: os passes para 3ª idade; serviços de teleassistência, serviços de apoio domiciliário, centro de apoio à dependência, formação de recursos humanos e saúde e termalismo (Veloso, 2008).

Num período posterior, entre 1995 e 2002, foi dado seguimento ao PAII, objetivando a permanência da política de manutenção do idoso no seu domicílio. Com efeito, verifica-se por esta altura uma clara tendência para continuar a promover programas, entre os quais o Programa “Turismo para a terceira idade” e o “Programa de saúde e termalismo”. Estas medidas surgiram da ideia de que os reformados poderiam ser potenciais consumidores, de forma a alargar o mercado (idem, ibidem).

Algo que também transparece neste período é o “Programa Idosos em Lar” (PILAR), criado a 20 de fevereiro de 1997, por Despacho de Secretário de Estado da Inserção, que se cinge à melhoria dos cuidados para a população idosa através do aumento do número de lugares em lares e à criação de alojamento temporário (Veloso, 2008; Soeiro, 2010).

Em 1998, o Despacho Normativo n.º 12/98 de 25 de fevereiro determina as normas reguladoras das condições e de instalação e funcionamento dos lares de idosos⁵ e em 2012 com a Portaria n.º 67/2012 de 21 de março, assiste-se à uniformização da legislação existente, integrando as respostas residenciais para pessoas idosas sob uma designação comum (Bárrios, 2017).

No quadro das várias medidas e programas que objetivaram a maior autonomia para idosos, nomeadamente a prevenção de situações de dependência e institucionalização, a minimização de situações de pobreza e exclusão social, e a permanência no domicílio

⁵ Anteriormente, o Decreto-Lei n.º 133-A/97 de 30 de maio, no seu artº 1: “define o regime de licenciamento e de fiscalização da prestação de serviços e dos estabelecimentos, adiante designados por estabelecimentos, em que sejam, exercidas atividades de apoio social do âmbito da segurança social relativas a crianças, jovens, pessoas idosas ou pessoas com deficiência, bem como os destinados à prevenção e reparação de situações de carência, de disfunção e de marginalização social.” Este Decreto-Lei é revogado em 2006 pelo Despacho Normativo n.º 30/2006 e em 2011 pelo Despacho Normativo n.º 3/2011, de 16 de fevereiro com o objetivo de “facilitar a apreciação de projetos de construção e de pedidos de licenciamento de estruturas residenciais que, embora com os mesmos objetivos dos lares de idosos, diferem destes no modelo de estrutura física, gestão, funcionamento e capacidade” (Vd. Portaria n.º 67/2012 de 21 de março).

pode destacar-se, e a título de exemplo, o “Programa para Inclusão e Desenvolvimento” (PROGRIDE), direcionado para o enfrentamento da pobreza e exclusão social (António, 2013). Por seu lado e para recuperar ou manter a autonomia e/ou maximizar a qualidade de vida dos idosos foi implementada, em 2006, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) (Veloso, 2008; Bárrios, 2017). Com o intuito de prevenir e evitar a institucionalização, foi também desenvolvido o “Programa Conforto Habitacional para Pessoas Idosas” (PCHI) que pretendia melhorar as condições de habitabilidade e mobilidade dos idosos a usufruir de SAD ou frequentar Centros de Dia (Veloso, 2008).

Fernandes (1997), afirma, ainda, que existem dois tipos de apoio aos idosos no que concerne ao encargo social: por um lado, instituições que têm como objetivo a manutenção das pessoas no seu domicílio, nomeadamente, os centros de dia, os centros de convívio, o SAD e entre outras modalidades; por outro lado, instituições com o objetivo de alojamento a pessoas idosas, identificadas como lares ou estruturas residenciais para pessoas idosas (ERPI).

Globalmente a evolução da política social para a população idosa apresenta um traço estável no que se refere à perceção do idoso de forma mais positiva e ao incentivo para a promoção da sua autonomia, à ênfase no incentivo a respostas no domicílio, com interação de diversos serviços e equipamentos e, ao estímulo à produção de programas no campo da saúde e turismo.

Tal decorre do facto de que deve ser tida particular atenção a esta fase da vida (velhice), em que é necessário providenciar respostas sociais que vão ao encontro das problemáticas sociais da população idosa, decorrentes das múltiplas doenças associadas à velhice, das dependências inevitáveis do envelhecimento, e de fatores específicos a cada idoso, garantindo o bem-estar dos mais velhos e colmatando as vulnerabilidades existentes nas redes de apoio social informais e dos próprios idosos.⁶ Neste domínio, as respostas ou ações orientadas para a promoção do cuidado, resultantes da união de esforços por parte de diversas entidades, revelam-se decisivas, traduzindo muitas vezes a alternativa mais ajustada para canalizar o cuidado aos idosos.

⁶ Existem sete tipos de respostas sociais que se direcionam à população idosa e cuja definição e contornos decorrem de legislação específica e/ou de informação disponibilizada pela segurança social. Incluem-se neste âmbito o SAD (Portaria n.º 38/2013), o centro de convívio, o centro de dia, o centro de noite, o acolhimento familiar, o centro de férias e lazer e as estruturas residenciais (Vd. <http://www.seg-social.pt>).

1.3. As políticas sociais promotoras do cuidado aos idosos

As políticas sociais promotoras do cuidado relacionam-se com a “questão social” da população idosa (Carvalho, 2009a), e apresentam no contexto europeu e inevitavelmente em Portugal, uma evidente centralidade, derivado ao impacto do envelhecimento demográfico e às “(...) tendências que acompanham a evolução do modelo societário destinado a prover o bem-estar aos mais velhos” (Luz, 2019, p. 299).

A palavra “cuidado” tem um significado singular nas línguas latinas, direcionado para a ideia de “atenção e olhar ao outro”, objetivando a realização de um processo de “prestar e de receber cuidados” (Guilligan, 1997 citado por Carvalho, 2009a, p. 121), e “onde sentimentos como atenção, preocupação com e responsabilidade para satisfazer necessidades de outro(s), supõem uma grande implicação pessoal” (Luz, 2014b, p. 23).

Numa lógica de prestação de serviços o “(...) cuidar deve ser visto como relacional e afetivo, assenta num interesse e consideração pelo outro enquanto pessoa e não apenas na efetiva prestação de serviços” (Grupo de Coordenação do Plano de Auditoria Social & CID, 2005, p.13).

Complementarmente, Queirós e os seus colaboradores (2016, p. 86) referem que cuidar é uma ação muito própria da humanidade e pode ser abordada numa perspetiva pessoal, psicológica ou cultural. Segundo os mesmos autores, os cuidados são distinguidos em cuidados genéricos e cuidados profissionais, o cuidado genérico “(...) é o cuidado inerente à condição humana, todos cuidamos e necessitamos de ser cuidado (...)”, por outro lado o cuidado profissional “(...) é a atenção dirigida e intencional sobre coisas e/ou pessoas, organizado e praticado de forma profissional (...)”.

Imbricados nas políticas sociais, os cuidados mostram-se relacionados, entre outros, com o cuidado formal, prestado por profissionais afetos a respostas e equipamentos sociais destinados às pessoas idosas, envolvendo cuidados na dimensão social, psicológica e de saúde (Carvalho, 2009a).

A política de cuidados às pessoas idosas é um “(...) processo de apoio a pessoas dependentes para as atividades de vida diária e atividades instrumentais da vida diária na área social e da saúde, prestado por entidades lucrativas ou não lucrativas que organizam os cuidados, executado por profissionais pago e/ou não pagos, enquanto voluntários, ou pelo cuidador familiar e o próprio beneficiário” (idem, ibidem, pp. 123-124).

Assente nestes pressupostos, existem diversos serviços e programas que visam integrar o cuidado aos idosos, perspetivando o seu bem-estar. Nos termos de Martin,

Gonçalves, Silva, Paul e Cabral (2012), as estratégias de políticas sociais e programas sociais vocacionadas para a população idosa enquadram medidas de promoção de cuidados aos idosos dependentes, as medidas de promoção do envelhecimento ativo e medidas de promoção do envelhecimento produtivo. Para Wacker et al (1998 citado por Martin et al, 2012), as primeiras são estruturas existentes determinadas a efetuar serviços a indivíduos com grandes índices de dependência. Martin e os seus colegas (2012, pp. 134-161) distinguem neste domínio, todo um conjunto de medidas, nomeadamente, os serviços de informação, a assessoria jurídica e defesa de direitos, os programas de cuidados a idosos inovadores ou alternativos, os centros de atenção diurna e noturna, os programas de adaptação ambiental, os programas de cuidado domiciliário, os programas de alívio para cuidadores, a intervenção em negligência e maus tratos a idosos, e os programas de internamento.

Em relação ao serviço de informação, o mesmo traduz um “(...) serviço para os adultos idosos, que (a) providencia aos sujeitos informação atualizada sobre os serviços disponíveis na sua comunidade; (b) avalia os problemas e as competências dos sujeitos; (c) relaciona o sujeito com os serviços disponíveis; (d) dentro das suas possibilidades, assegura que o idoso recebe o serviço que necessita e que está satisfeito com ele” (idem, ibidem, p. 135). No que concerne à assessoria legal e defesa de direitos, estes dizem respeito aos serviços que se debruçam sobre a proteção dos direitos e garantias da população idosa. Em Portugal estas respostas centram-se na Linha do Cidadão Idoso⁷ e na Linha de Emergência Social - 144⁸ (idem, ibidem).

Os programas de cuidados a idosos inovadores ou alternativos visam a prevenção do internamento de pessoas idosas em situação de dependência, que, não se adequem nos outros programas e serviços standardizados. Em Portugal, o acolhimento familiar a pessoas idosas, o programa de apoio integrado a idosos, o SAD e o centro de apoio a dependentes/centro pluridisciplinar de recursos, fazem parte integrante deste programa (idem, ibidem).

⁷ Segundo o Provedor de Justiça “a Linha do Cidadão Idoso é uma linha telefónica gratuita especialmente vocacionada para os problemas da população com uma idade mais avançada, prestando informações sobre os direitos e apoios que assistem aos mais velhos, nomeadamente em áreas como a saúde, segurança social, habitação, equipamentos e serviços”. (Vd. www.provedor-jus.pt)

⁸ Segundo a Segurança Social, a Linha Nacional de Emergência Social “(...) é um serviço telefónico público, gratuito, de funcionamento ininterrupto, 24h por dia, todos os dias do ano” cujo o objetivo visa “garantir resposta imediata a situações que necessitem de atuação emergente e urgente no âmbito da proteção social, bem como assegurar a acessibilidade a um posterior encaminhamento/acompanhamento social, numa perspetiva de inserção e autonomia”. (Vd. www.seg-social.pt)

Relativamente aos centros de atenção diurna e noturna, estes são serviços comunitários, como o centro de dia, o centro de convívio e centro de noite (idem, ibidem).

Os programas de adaptação ambiental, em Portugal, consistem no Programa Nacional para a Saúde das pessoas Idosas⁹ e no Programa de Apoio à Adaptação e Remodelação de Habitação e Espaços Circundantes¹⁰, que visionam uma adaptação do meio para facilitar as rotinas diárias dos idosos e potenciar o bem-estar dos mesmos (idem, ibidem).

Em Portugal, o programa de cuidado domiciliário cinge-se ao SAD. Segundo Rodríguez & Sánchez (2003), o apoio domiciliário é uma prestação ou conjunto de prestações que visam prestar serviços a pessoas idosas (e.g., higiene diária pessoal do idoso; alimentação, tratamento de roupa e limpeza no domicílio), de forma individualizada, cuja independência funcional é limitada ou por estarem a passar por uma situação de crise pessoal ou familiar.

O programa de alívio para cuidadores consiste na prestação temporária de serviços personalizados a idosos com dependência. No entanto, apesar de o foco ser a pessoa idosa, o objetivo também consiste na disponibilização de algum tempo para os cuidadores informais (Martin et al, 2012).

A intervenção em negligência e maus tratos a idosos diz respeito a programas de prevenção e intervenção em situações de abuso e maus tratos a idosos em contexto familiar, comunitário ou institucional (idem, ibidem).

Por último, os programas residenciais e ou de internamento podem ser identificados em quatro tipologias: programas de funcionamento independente, programas de funcionamento assistido, congregações de casas para seniores e comunidades de cuidados contínuos. Os programas de funcionamento independente dizem respeito a “(...) complexos habitacionais direcionados para idosos autónomos que mantenham as suas competências funcionais e não necessitam de serviços específicos”. Os programas de funcionamento assistido disponibilizam, “(...) juntamente com os complexos habitacionais, um conjunto de serviços de apoio às atividades de vida diária

⁹ Segundo a DGS “Este Programa pretende, através da operacionalização das suas estratégias, contribuir para a promoção de um envelhecimento activo e saudável ao longo de toda a vida e para a criação de respostas adequadas às novas necessidades da população idosa. Pretende, ainda, que sejam estimuladas as capacidades das pessoas idosas, assim como a sua participação activa na promoção da sua própria saúde, autonomia e independência.” (Vd. www.dgs.pt).

¹⁰ Esse programa “(...) defende que a autonomia dos cidadãos só poderá ser alcançada através da promoção da qualidade urbanística e arquitetónica, demolindo barreiras, aumentando a acessibilidade e combatendo o isolamento, real e percebido” (Martin et al, 2012, p. 153).

básicas, como a deslocação e a alimentação”. As congregações de casas para seniores “(...) são edifícios partilhados por idosos, onde grande parte das atividades, tal como as refeições, são feitas em espaços comuns”. E as comunidades de cuidados contínuos disponibilizam “(...) uma vasta e completa gama de cuidados a idosos, desde os serviços de alojamento e alimentação, para idosos autónomos, até serviços especializados de saúde, destinados a problemáticas específicas” (idem, ibidem, p. 140-141).

Tendo em conta estes desígnios, o cuidado a nível formal é operacionalizado por via de diversos serviços e equipamentos sociais, e sem prejuízo dos demais, os que prestam cuidados de longa duração como as ERPI, constituem uma vertente central de orientação da política de cuidados em Portugal.

A população idosa cada vez mais necessita de cuidados de longa duração. Estes cuidados são de âmbito formal e constituídos por uma assistência ao nível da saúde, nomeadamente no apoio nas atividades de vida diária (AVD), e a nível social no apoio das atividades instrumentais de vida diária (AIVD) (OECD, 2018).

1.3.1. ERPI: aspetos de enquadramento

As respostas sociais que implicam alojamento têm vindo a assumir variadas configurações ao longo dos tempos. Como sublinha Fernandes (1997), o alojamento de idosos teve diversas denominações, entre as quais, os antigos asilos ou hospícios, lares e atualmente ERPI, sendo que inicialmente estas instituições se destinavam a albergar indigentes, mendigos e os velhos (idem, ibidem; Alcântara, 2004). No que se refere ao asilo, Bartholo (2003, p.119), informa, que o mesmo era “tradicionalmente empregado com o sentido de abrigo e recolhimento, usualmente mantidos pelo poder público ou por grupos religiosos”. Por seu lado, Goffman (1974, p.11) classifica os asilos como instituições totais, salientando o âmbito destas instituições, como um “local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada”. Com efeito, a velhice institucionalizada surge muito como forma de encobrir diversas imagens estereotipadas dos mais velhos – “moribundos, indigentes, pobres, inválidos abandonados, solitários, doentes, alcoólatras e outros” (Alcântara, 2004, p 22). De salientar, que a criação de instituições sociais com a denominação de asilo, e com intuito de assistir apenas a velhice, surgiu a partir da década de 50 do séc. XX (Almeida, 2008; Medeiros, 2012), tendo desaparecido esta designação (de asilos) entre nós, após o 25 de Abril, ainda que continuem presentes, em algumas

situações, as características negativas associadas à população alvo deste equipamento social (Fernandes, 1997; Neto, 2016). Posteriormente, na sequência de todo um conjunto de mutações e, por força do Despacho Normativo n.º 12/98 de 25 de fevereiro passou a adotar-se a designação de lar de idosos, traduzindo:

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

A aceção atual, de ERPI, introduzida pelo Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social através da Portaria n.º 67/2012 de 21 de março, define-a como, um “estabelecimento para alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem” (artº 1, nº2), para pessoas com 65 anos ou mais, que não podem permanecer no seu domicílio devido a diversas problemáticas como dependência, solidão ou insegurança, sendo que excepcionalmente e em casos justificados, estas estruturas também podem abranger pessoas adultas com idade inferior a 65 anos (Cf. artº5).

Acerca dos equipamentos sociais onde se desenvolvem as respostas sociais, estes são de várias índole, públicos, privados, com ou sem fins lucrativos. A este respeito, Neto (2016, p. 28) informa que os estabelecimentos de acolhimento de idosos podem reverter as seguintes formas: estruturas oficiais geridas por organismos de Administração Pública¹¹, central, regional e local, que se referem aos “Centros Regionais de Segurança Social, onde a gestão pode ser exercida pelo próprio Centro ou mediante Acordo de Gestão, por Instituições Particulares de Solidariedade Social”; estruturas criadas por iniciativa de particulares sem fins lucrativos, designadas de IPSS, vocacionada para o dever moral da solidariedade e justiça na proteção dos mais velhos; e “estruturas pertencentes a pessoas singulares ou coletivas, designadas de Lares Particulares”, que necessitam de aprovação, licenciamento e fiscalização por parte da Segurança Social para se efetivar no exercício das suas funções, por não se enquadrarem nos equipamentos mencionados (Neto, 2016, p.28).

¹¹ Segundo a Direção-geral da administração e do emprego público, “no sentido orgânico, a administração pública é o sistema de órgãos, serviços e agentes do Estado e de outras entidades públicas que visam a satisfação regular e contínua das necessidades coletivas; no sentido material, a administração pública é a própria atividade desenvolvida por aqueles órgãos, serviços e agentes.” (Vd. http://www.congreso.es/docu/docum/ddocum/dosieres/sleg/legislatura_10/spl_100/pdfs/68.pdf)

Em 2016, em Portugal, aproximadamente 70% do total destes equipamentos era garantido pelas entidades não lucrativas e mais de 80% dos utentes encontrava-se institucionalizado nestes equipamentos (Velooso & Alves, 2017).

É sabido que o número de respostas sociais para a população idosa tem vindo a crescer nos últimos anos (Bárrios, 2017; GEP/MTSSS, 2019), na sequência do aumento do número de idosos. Em 2016 existiam 2445 ERPI em Portugal, sendo que a capacidade instalada era de 94 976 lugares e com taxa dos níveis de ocupação acima de 90% (GET/MTSSS, 2016). Já no Relatório de 2018 referente à Carta Social da Rede de Equipamentos e Serviços, se informa que as respostas destinadas à população idosa representam 41% do universo de respostas, sendo apenas ultrapassadas pelas respostas destinadas às crianças e jovens com 49% (GEP/MTSSS, 2019).

Assim, de 1998 para 2018 verificou-se um crescimento de 89% do número de respostas sociais para pessoas idosas (GEP/MTSSS, 2019), tendo as ERPI aumentado cerca de 105% neste período e apresentado taxas de utilização¹² de 93% por referência a 2018 (GEP/MTSSS, 2019).

Às ERPI compete fornecer serviços permanentes e apropriados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas; cooperar para a estimulação de um processo de envelhecimento ativo; e conceber condições que potenciem preservar e fomentar a relação intrafamiliar (Portaria nº 67/2012, 21 de março, artigo 3º). Procurando fornecer um apoio mais constante e permanente e crescentes situações de dependência e afirmando-se como respostas que aspiram a incutir uma maior qualidade de vida e bem-estar aos idosos, estas estruturas desenvolvem práticas fundadas em princípios que têm na sua génese os direitos que devem ser garantidos a todos os idosos institucionalizados. Neste âmbito, destacam-se os seguintes princípios: “qualidade, eficiência, humanização e respeito pela individualidade; interdisciplinaridade; avaliação integral das necessidades do residente; promoção e manutenção da funcionalidade e da autonomia; e participação e corresponsabilização do residente ou representante legal ou familiares, na elaboração do plano individual de cuidados” (art.º 4 da Portaria nº 67/2012).

Para um bom funcionamento das ERPI as áreas funcionais devem ser tidas em conta, assim sendo uma ERPI contempla as seguintes áreas: a receção; a direção, serviços técnicos e administrativos; as instalações para o pessoal; o convívio e atividades; as

¹² Segundo o GET/MTSSS (2019, p. 48), “para o cálculo da taxa de utilização são considerados o número total de utentes e o número total de lugares existentes da(s) resposta(s) em análise”.

refeições; o alojamento; a cozinha e lavandaria; os serviços de enfermagem; e os serviços de apoio (art.º 18 e Anexo I, da Portaria nº 67/2012)¹³.

De igual modo, o desempenho destas estruturas beneficia largamente dos seus recursos humanos. Como García (2003a) sublinha, desde há muito tempo que os recursos humanos são reconhecidos como o principal ativo das entidades. Tal significa que para a concretização de uma eficaz e eficiente prestação de serviços numa ERPI é necessário assegurar uma equipa de trabalho interdisciplinar que provisione as atividades de cuidado, visando aumentar as capacidades dos indivíduos, proporcionar o seu bem-estar físico, mental e social, assim como, satisfazer as necessidades e modificar-se ou adaptar-se ao meio, como apontado na carta de OTTAWA (1986). Principalmente, uma ERPI deve possuir um conjunto de profissionais diversificados detentores de formações distintas, variando o número de profissionais integrantes das equipas de trabalho consoante diversas determinantes (e.g., número de utentes e das normas estipuladas para estes equipamentos sociais).

Segundo a Portaria nº 67/2012, no seu artigo 12º, a equipa de trabalho de uma ERPI deve ser constituída, para além de um Diretor Técnico, por:

- “a) Um(a) animador(a) sociocultural ou educador(a) social ou técnico de geriatria, a tempo parcial por cada 40 residentes;
- b) Um(a) enfermeiro(a), por cada 40 residentes;
- c) Um(a) ajudante de ação direta, por cada 8 residentes;
- d) Um(a) ajudante de ação direta por cada 20 residentes, com vista ao reforço no período noturno;
- e) Um(a) encarregado(a) de serviços domésticos em estabelecimentos com capacidade igual ou superior a 40 residentes;
- f) Um(a) cozinheiro(a) por estabelecimento;
- g) Um(a) ajudante de cozinheiro(a) por cada 20 residentes;
- h) Um(a) empregado(a) auxiliar por cada 20 residentes.

¹³ Segundo a Portaria nº 67/2012, 21 de março, anexo I, as áreas funcionais abrangem: a área de receção – destina-se ao atendimento e espera; a área de direção, serviços técnicos e administrativos - refere-se ao local de trabalho da direção do estabelecimento e do pessoal técnico e administrativo, arquivo administrativo e expedientes vários; as instalações para o pessoal – destina-se ao pessoal e deve incluir a sala do pessoal de trabalho; vestiário, zona de descanso e instalações sanitárias; a área de convívio e atividades - local físico concebido para o convívio, lazer e atividades a desenvolver pelos residentes; a área de refeições - espaço físico destinado à tomada de refeições; a área de alojamento - que se destina ao local de descanso dos residentes; a área de cozinha e lavandaria – destina-se à preparação de refeições e ao tratamento da roupa; a área de serviços de enfermagem – espaço físico onde é realizada a prestação de cuidados de enfermagem aos residentes, sendo que sempre que é necessário é utilizada por um médico assistente para atendimento dos residentes; a área de serviços de apoio - que se destina à arrumação e armazenamento de equipamento mobiliário, materiais e outros produtos necessários para a ação desempenhada numa ERPI.

3 - Sempre que a estrutura residencial acolha idosos em situação de grande dependência, os rácios de pessoal de enfermagem, ajudante de a o direta e auxiliar são os seguintes:

- a) Um(a) enfermeiro(a), para cada 20 residentes;
- b) Um(a) ajudante de a o direta, por cada 5 residentes;
- c) Um(a) empregado(a) auxiliar por cada 15 residentes.”

Todos estes profissionais enfrentam diariamente um conjunto de constrangimentos no campo teórico e prático da a o. A este propósito Amat (2003), realça que os serviços e estruturas físicas destinados às pessoas idosas enfrentam atualmente desafios que, muitas vezes, impõem reorienta o nos modelos assistenciais, de funcionamento e de gestão devido, ao aumento da expectativa social por um atendimento personalizado e com mais qualidade; às políticas sociais tendentes a favorecer a permanência da pessoa idosa na comunidade (e o relacionamento com a comunidade no caso de necessidade de institucionaliza o);   adapta o;   deteriora o progressiva do estado funcional das pessoas idosas institucionalizadas (e ao aumento do número de pessoas idosas a necessitar de cuidados);   necessidade de diversifica o de recursos assistenciais com uma implementa o real e ao incremento da iniciativa privada na presta o de serviços, desenvolvendo e reclamando a fun o social que pode desempenhar.

Em síntese, uma ERPI deve ter em aten o diversos fatores centrados nas pessoas idosas, desde a estrutura física do lar, aos recursos humanos, aos cuidados prestados, e   individualiza o de cada pessoa idosa, sendo certo que a finalidade da presta o de cuidados   a qualidade de vida prestada   pessoa idosa, carecendo, contudo, os vários interlocutores de equacionar e compreender a complexidade associada   institucionaliza o.

1.3.1.1. A institucionaliza o

A institucionaliza o traduz-se no “ato ou efeito de institucionalizar ou de se institucionalizar”¹⁴. Por sua vez, institucionalizar   dar ou “adquirir carácter institucional ou de institui o”,   “colocar alguém ou colocar-se de forma permanente ou por longo período de tempo numa institui o de corre o, de assistência ou de cuidados de saúde”¹⁵.

A institucionaliza o de um idoso ocorre quando, “(...) por qualquer motivo, este permanece durante o dia ou parte dele, numa determinada institui o” (Jacob, 2002b citado por Almeida, 2008, p. 79). Quando os idosos permanecem as 24 horas diárias numa

¹⁴ Vd. <https://dicionario.priberam.org/institucionaliza o>

¹⁵ *ibid*

instituição, passam a denominar-se, idosos institucionalizados residentes (Almeida, 2008).

Esta situação por vezes é inevitável e são vários os motivos que levam a tal realidade, designadamente por razões familiares. Antigamente, o papel de cuidador estava muito centrado na família, principalmente na mulher. Atualmente, a nossa sociedade assiste a profundas transformações nas circunstâncias das estruturas familiares, resultantes do papel mais ativo da mulher a nível laboral (Medeiros, 2012). Também a diminuição da rede de apoio social informal, as disponibilidades de muitos dos seus elementos, bem como os estilos de vida atuais, condicionam os vários membros da família na sua capacidade para conciliar a vida profissional com a existência de um elemento familiar que requer mais cuidados. A incapacidade familiar para o cuidado (Neves, 2012) juntamente com, por vezes, limitações físicas e motoras da pessoa idosa, origina frequentemente a transferência de cuidados para a rede formal a nível de institucionalização.

Como se reconhece, a institucionalização é muito marcada por fatores que a antecedem, entre eles, o *stress* dos cuidadores informais/familiares, os problemas de saúde e a conseqüente perda de autonomia dos idosos, o seu declínio cognitivo, o isolamento (inexistência de uma rede de interações) em que por vezes vivem e a sua falta de recursos económicos e habitacionais (Martins, 2016; Medeiros, 2012; Almeida, 2008).

Num estudo de Perlini et al. (citados por Lini, Portella & Doring, 2016, p. 1005) os fatores mais mencionados pelos familiares associados à institucionalização da pessoa idosa são, o número reduzido de integrantes da família, a ausência de condições físicas, financeiras e psicológicas para prestar os cuidados necessários em casa e o desejo do próprio idoso em se institucionalizar por forma a não interferir na vida dos seus familiares.

Born e Boechat (2002, citados por Martins, 2012) analisaram 12 estudos efetuados nos Estados Unidos da América, e concluíram que as principais razões da institucionalização se devem: à idade dos idosos, ao seu diagnóstico, ao nível de dependência nas AVD, ao facto de morarem só, ao seu estado civil, à sua situação mental, etnia, ausência de suportes sociais e à pobreza que vivenciam.

Roose e Buzeki (1999, citado por Mazza & Lefèvre, 2004, p. 71) adiantam que os fatores de risco sobre a institucionalização de pessoas idosas são as/os, "...necessidades de cuidados especiais para os idosos com mais de 75 anos (...) maior incidência de demências e deterioração física e cognitiva; mudanças na dinâmica familiar com a introdução da mulher no mercado de trabalho; problemas de habitação: redução e

inadequação das mesmas; inexistência de apoio domiciliar exercida por voluntários ou cuidadores profissionais, informação e formação da família, grupos de apoio aos familiares, e ausência de centros dia”.

Outro estudo, de Lini et al. (2016), demonstra que os principais fatores que predispõem a institucionalização de idosos são, a ausência de cônjuge, não ter filhos, e as pessoas idosas apresentarem declínios cognitivos e dependência nas AVD.

São diversos os estudos que mencionam os fatores da institucionalização e como é possível aferir, maioritariamente, estes fatores apresentam uma relação umbilical com problemas de saúde, perdas de autonomia, relações sociais, estruturas familiares e situação económica.

A par com os motivos que conduzem à institucionalização do idoso, a tomada de decisão em relação à mesma também revela ser um aspeto complexo.

Assim, a institucionalização torna-se, por vezes, uma decisão difícil porque surge associada a tensões familiares, sentimentos de culpa por parte da família e, por vezes, abandono, isolamento e dificuldades de adaptação nessa tipologia de equipamento (Carvalho & Dias, 2011). Por outro lado, a nossa sociedade ainda atribui uma conotação negativa a estas instituições (Fernandes, 1997; Neto, 2016; Almeida, 2008), ou seja, existe um *tabu* que envolve valores, responsabilidades, crenças e necessidades (Carvalho & Dias, 2011; Neto, 2012).

De um modo geral, a decisão de institucionalizar uma pessoa idosa, não é a mais consentânea, já que com esta decisão acresce a separação dos elementos familiares e uma nova adaptação para o idoso a um novo meio, o institucional. A este respeito vários aspetos devem ser considerados, ou seja, se por um lado representa um conjunto de possibilidades nos cuidados e na colmatação de todas as adversidades, adicionalmente, outras questões se levantam e que passam por atender primordialmente à vontade da pessoa idosa, ao seu consentimento livre, expresso e informado acerca da institucionalização, caso a mesma esteja consciente e orientada no uso das suas faculdades, já que os familiares não podem substituir o consentimento do idoso, a menos que estes possuem poderes de representação legal (GCPAS & CID, 2005).

No estudo de Allen et al (1992 citado por Ferrão, 2007) é possível aferir que metade dos idosos que estavam institucionalizados falaram com alguém antes do sucedido. Destes idosos, mais de um terço comunicou a sua decisão ao cuidador informal principal, cerca de um quinto comunicou a um familiar e poucos falaram com amigos ou

vizinhos, sendo que a decisão se prendeu, sobretudo, com o facto de estarem doentes ou com dependências graves.

Segundo Faria e Carmo (2015), a tomada de decisão pode apresentar quatro tipologias: preferencial, estratégica, relutante e passiva. A tomada de decisão preferencial ocorre quando o próprio idoso exerce o direito de decisão. A tomada de decisão estratégica é aquela que decorre durante o percurso de vida do idoso, como forma preparativa da institucionalização. No que concerne à tomada de decisão relutante, esta acontece quando o idoso resiste ou discorda da sua institucionalização numa ERPI. Por fim, a tomada de decisão passiva ocorre por decisão de outros, sendo que o idoso consente sem questionar. Esta última tomada de decisão acontece a idosos com demência ou idosos resignados/passivos.

Quanto ao processo de adaptação e integração, este é condicionado por diversos fatores, e influenciado pela tomada de decisão, sendo que as decisões favoráveis à institucionalização facilitam todo o processo de transição e as decisões do tipo relutante ou passiva, por sua vez dificultam todo o processo. (Ferrão, 2007; Faria & Carmo, 2015). A institucionalização pode apresentar-se “(...) como uma transição, na medida em que a saída de casa e o ingresso em lar confronta o idoso com potenciais perdas e ganhos em termos intra e interpessoais, com fortes implicações para o seu funcionamento individual” (Faria & Carmo, 2015, p. 437).

Segundo Carvalho e Dias (2011, pp. 166-167) “a institucionalização do idoso implica um processo de adaptação e, visto que essa capacidade vai diminuindo com a idade (...)” as “(...) probabilidades de desajustamentos são cada vez maiores”. Bruchon-Schweizer, Quintard, Nouissier e Paulhan (1994, citado por Carvalho & Dias, 2011 p. 167), afirmam que “a síndrome da não adaptação agrupa cognições, emoções e comportamentos que se traduzem em pessimismo, impotência, desespero, perda de controlo, falta de suporte social e dependência”.

Os mecanismos de adaptação podem ser de natureza morfológica, fisiológica ou comportamental. As adaptações morfológicas dizem respeito às alterações ecológicas e as adaptações fisiológicas às alterações de determinadas funções ou da atividade metabólica geral dos organismos. Ambas as adaptações, morfológicas e fisiológicas, apresentam estratégias de tolerância aos fatores ambientais, apresentando-se como processos reguladores. Por fim, as adaptações comportamentais baseiam-se no evitamento das limitações do meio, por adaptação do ciclo de vida ou comportamento (Oliveira, 2007, citado por Carvalho & Dias, 2011).

Ainda que as respostas de institucionalização tentem proporcionar uma boa integração, a pessoa idosa é confrontada com novas rotinas e relações sociais, sendo implícito um reajustamento na sua vida, que pode ser realmente angustiante, não esquecendo que a mesma se encontrará perante uma nova realidade. Como afirma Zimerman (2000, p. 96) o idoso, “(...) ao mudar-se para a instituição, terá que se habituar a um novo esquema, a uma rotina diferente, com pessoas diferentes e horários pré-estabelecidos para comer, dormir, tomar banho, etc., geralmente de acordo com as conveniências de cada e não com as dele.”

A integração da pessoa idosa numa ERPI é um período crítico, no que se refere à área afetiva, ao medo e à incerteza perante o desconhecido, que provoca tensão, *stress* e ansiedade (Martins, 2016, Neto, 2012; Cardão, 2009) e pode produzir danos como a depressão, confusão, perda do contacto com a realidade, perda de personalidade, isolamento e separação da sociedade (Medeiros, 2012; Ferrão, 2007).

Para que ocorra uma integração positiva é necessário ter em conta as relações pessoais que os idosos estabelecem com os outros utentes, assim como com os profissionais da instituição (Carvalho & Dias, 2011). É de igual forma fulcral, na integração do idoso na entidade, manter e fomentar as relações com a família e amigos que possuía anteriormente à institucionalização (idem, ibidem).

A boa adaptação do idoso depende de todos os indivíduos que o rodeiam e interagem com o mesmo (Agostinho, 2004), quer seja com os profissionais ou com os outros utentes da ERPI (Freitas, 2015). Segundo Bromley (1966 citado por Agostinho, 2004, p. 35) “uma boa adaptação exprime-se pela presença no sujeito de sentimentos como a confiança, o contentamento, a sociabilidade, a emancipação das emoções, a auto-estima e a actividade”. Caso o indivíduo apresente sentimentos de medo das pessoas, descontentamento, ansiedade, dependência, sentimento de culpa, depressão, sentimentos de inferioridade, apatia e isolamento, o mesmo significa que houve uma má adaptação (Bromley, 1966 citado por Agostinho, 2004).

A transição do idoso para uma instituição é resultado de uma mudança descontínua na sua vida que envolve a tomada de consciência pessoal das novas exigências e por conseguinte o desenvolvimento de novas competências (Brammer & Arego, 1981 citado por Faria & Carmo, 2015).

Uma vez que a institucionalização de um idoso é um processo estruturante da própria identidade do indivíduo e que o trabalho realizado numa ERPI é um fator com

grande influência na vida dos mesmos, parece razoável inferir que a institucionalização tem aspectos negativos e positivos.

Sendo a promoção da autonomia e o respeito pela individualidade tão importantes, como é elucidado no artigo n.º 4 da Portaria n.º 67/2012, supostamente tais princípios são tidos em conta pelos profissionais da ERPI. No entanto, as instituições têm tendências de “fechamento” (Goffman, 1974, p. 16), ou seja, os idosos são tratados de igual forma no que concerne à obrigatoriedade de realizarem as mesmas rotinas diárias (Freitas, 2015; Goffman, 1974, Cardão, 2009). Num estudo de Freitas (2015) é alertado que tal sucedimento pode provocar a diminuição da liberdade pessoal e invasão do espaço íntimo da pessoa idosa.

Um domínio específico onde se julga que os aspectos negativos possam ser evidenciados é a possível “(...) barreira à relação social com o mundo externo (...)” (Goffman, 1974 p.16), onde normalmente “(...) representa um corte com a sua rede” (Faria & Carmo, 2015, p. 437). Julga-se que isso acarreta inevitáveis conflitos que implicam a perda de identidade, fundamentalmente quando não é garantida a promoção da autonomia e a satisfação do livre-arbítrio (Freitas, 2015, Goffman, 1974).

A perda de objetos com significado emocional constitui-se como outra desvantagem na institucionalização (Goffman, 1974; Freitas, 2015). Uma vez que a pessoa idosa é institucionalizada, a mesma precisa de se desapegar de alguns objetos ou substituir pelos da instituição, mas muitas vezes tal acontecimento não é bem aceite porque os bens individuais apresentam uma relação muito grande com o indivíduo (Goffman, 1974) e o mesmo impregna uma carga efetiva com grandes significados a estes objetos.

A retirada da pessoa idosa de um espaço conhecido, para outro inexplorado e partilhado, é igualmente apontado por diversos autores (Goffman, 1974; Freitas, 2015; Faria & Carmo, 2015; Cardão, 2009), sendo um momento “(...) associado a uma despedida e um começo (...)” (Goffman, 1974, p.27), e onde se perde, também, o direito à privacidade na partilha dos espaços com pessoas desconhecidas (Cardão, 2009).

A importância do nosso domicílio ultrapassa a frequente percepção de apenas uma estrutura física. O nosso domicílio representa um porto seguro, um local onde estabelecemos e fortalecemos os nossos laços familiares, onde formamos a nossa identidade e onde nos sentimos bem e queremos sempre voltar. Deste modo, uma ERPI deve ser um local que providencie o bem-estar físico, social e psicológico da pessoa idosa.

A habitação é sinónimo de um compilar de memórias, recordações e suportes de transmissão da experiência às gerações mais novas (Fernandes, 2007). É um local “(...) importante porque as pessoas atribuem sentimentos do eu aquilo que possuem” (Goffman, 1974, p. 27).

O facto da pessoa idosa sair do seu domicílio exige uma perda de propriedade (Goffman, 1974). Normalmente, quando as pessoas idosas são confrontadas com a hipótese de serem institucionalizadas num espaço físico diferente ao que estão habituados, a transição nem sempre é fácil e pode constituir-se numa situação desvantajosa. Nesta perspetiva, assume-me como real importância a necessidade de valorizar o espaço físico dos idosos, como fator de inclusão, de manutenção do quadro de vida, dos laços sociais e do acesso aos bens materiais, sociais e culturais das nossas sociedades (Fernandes, 2007).

Mas nem tudo são desvantagens, a institucionalização surge muitas vezes como um espaço onde as pessoas idosas vivem rodeadas por pares homogeneizados, ou seja, um espaço que facilita a interação social para os residentes, um espaço que potencia um maior número de amigos, e amizades ativas, assim como, um espaço otimizador de uma satisfação de vida mais elevada (Martins, 2016).

As ERPI surgem como a resposta social mais benéfica para idosos que vivem sós, não têm família e apresentam perdas de independência funcional constituindo-se um local seguro, protegido e que lhes confere os cuidados necessários (Martins, 2016; Mazza & Lefèvre, 2004; Freitas, 2015).

Não existem soluções perfeitas e universais para a população idosa, existem soluções que parecem menos favoráveis, mas que se tornam vantajosas para salvaguardar o bem-estar da pessoa idosa (Martins, 2016). Ainda que não seja a solução perfeita, com certeza, será a forma mais adequada, para muitos idosos, diante de todas as possibilidades.

A complexidade e os aspetos polifacetados que implicam a institucionalização de pessoas idosas, assim como as alterações e requisitos a nível de procedimentos/ normas, e as mudanças decorrentes dos panoramas económicos e sociais, impõem a estas organizações desafios diversificados, relacionados com a sustentabilidade e com os princípios de qualidade (Neto, 2016; Luz, 2014a).

A respeito da qualidade, a orientação subjacente é a de conduzir as organizações para alcançarem patamares de excelência, no que concerne ao funcionamento dos serviços prestados (Luz, 2014a; Neto, 2016; ISS, 2011), reconhecendo-se, que este desafio centra-se em muito no esforço realizado pelos profissionais, para a realização de

serviços de qualidade e garantia do bem-estar da pessoa idosa, sendo necessário um constante investimento em e de todos os elementos da instituição, para que se atinjam parâmetros de trabalho em equipa e para que este seja bem sucedido.

Capítulo 2 – Estratégias de Integração de Áreas Disciplinares

2.1. Trabalho em equipa

No contexto dos estabelecimentos para idosos, designadamente das ERPI, tem-se vindo crescentemente a dar relevo ao trabalho em equipa, realçando-se não apenas a prática e as estratégias utilizadas por cada área específica, mas também, a importância das pessoas e os resultados que se alcançam na sequência de um trabalho regido pela interdisciplinaridade.

Segundo a OMS (1988), o trabalho em equipa é uma ação coordenada que engloba no mínimo duas pessoas que trabalham de forma simultânea ou alternadamente, na base de um claro entendimento e respeito, envolvendo um acordo prévio sobre, os objetivos em comum, os papéis e funções a desempenhar por cada um dos membros da equipa, a averiguação dos recursos necessários, (prezando sempre a cooperação ativa, a confiança mútua, a liderança eficaz), um sistema de comunicação aberto, franco e sensível e mecanismos de avaliação. Alcover (2014, p. 267) afirma que o trabalho em equipa “é uma forma de atividade coletiva que compreende a interação, a interdependência, a coordenação e a cooperação dos membros, orientada para a realização de metas ou objetivos e cujo resultado tem um caráter grupal”. De acordo com o autor, pressupõe-se que tal realidade se torna patente quando ocorre sinergia, ou seja, quando o resultado grupal é superior ou diferente, a nível da quantidade, ao resultado da soma das contribuições dos profissionais da equipa.

No contexto de trabalho, os grupos e as equipas possuem diferentes significados.

Tendo por base Jesuíno (2005), uma equipa de trabalho distingue-se de um grupo de trabalho. Tal significa que, enquanto no grupo de trabalho os membros trabalham independentemente, não o fazendo muitas vezes para o objetivo comum, na equipa de trabalho os membros trabalham, também, independentemente, mas para alcançarem objetivos individuais e comuns, compreendendo que estes são atingidos melhor com o apoio mútuo. Mais do que interagirem, as equipas exigem a capacidade de coordenar e relacionar-se cooperativamente entre si para facilitar os objetivos da tarefa (Salas, Sims & Burke, 2005). Para Gomes (2009), uma equipa é um grupo que se relaciona e interliga

no tempo e no espaço, que se compromete de maneira explícita a uma tarefa, que constitui a sua finalidade, institucionalmente definida. Uma equipa de trabalho possui um conjunto de características, desde logo integra-se em sistemas sociais mais amplos, como organizações; realiza tarefas para atingir objetivos comuns da entidade ou organização; é constituída por profissionais que desempenham funções que implicam interdependência num grau elevado, entre outras (Alcover, 2014). Indo ao encontro desta aceção, Hoegl e Gemuenden (2001) salientam três conceitos para a definição de equipa, a saber: contexto, identidade e trabalho em equipa. Assim sendo, os mesmos afirmam que uma equipa pode ser definida como um sistema social com três ou mais indivíduos, incorporados numa organização, cujos membros se percebem como tal e são percebidos como membros por outros e que colaboram em comum na realização das tarefas.

Sem pôr em questão estas definições, parece ser útil expor a analogia efetuada por Devillard, o qual baseou a sua opinião acerca da equipa de trabalho tendo como referência o funcionamento das células, nos termos de Edmond Marc (citado por Devillard, 2001, p. 44), entendendo-se desta forma que:

“A célula constitui uma totalidade que obedece a regras precisas; mantém a sua organização interna apesar do fluxo de energia e de materiais que a percorrem. Para assegurar a permanência da sua estrutura e das suas funções, recorre a agentes de transformação, as enzimas, que são catalisadores que controlam a actividade celular, e a ácidos nucleicos, que encerram as informações necessárias à reunião das proteínas e das enzimas e à reprodução da célula. Comporta também moléculas de sinais que permitem as comunicações. Uma membrana assegura a filtragem da comunicação com o exterior e controla as entradas e saídas de energia e de informação.”

Para Devillard (2001, p.44) “a equipa é um sistema vivo, complexo como uma célula” que comporta missões, estruturas, transformações de energia, auto-regulações, tratamentos de informações e dos fluxos, anéis de retroação e interações com o contexto, semelhantes ao funcionamento das células. Segundo o autor, o sistema “equipa” carece de reunir de quatro elementos e/ou componentes, nomeadamente, o chefe (condutor, gestor, responsável), o grupo dos membros, os objetivos e o sistema de ações e práticas comuns. O chefe representa a “cabeça” da equipa de trabalho, incumbindo-se da gestão, direção e da representação da equipa. O grupo dos membros apresenta uma natureza relacional e funcional e abrange a dimensão individual, os laços relacionais e o nível grupal. Os membros processam informações relevantes e disponíveis para excetuar as tarefas. Os objetivos são o fim ou propósito que se pretende atingir, e o sistema de ações e práticas comuns traduz a soma de todas as tarefas ou profissões e práticas de equipa.

Resulta daqui o entendimento de que uma equipa reúne um conjunto de pessoas, que se organizam em função de um objetivo e seguem um membro de entre eles que se propõe orientá-los, construindo práticas de atuação concretas em função do contexto e do fim proposto, sendo que a falta de um elemento condiciona todo o funcionamento e eficácia da equipa.

A um outro nível, Devillard (2001) realça que as equipas pressupõem um conjunto de princípios assentes na unicidade, individualidade e finalidade. Neste sentido, a unicidade remete para uma lógica de adaptação dos diversos elementos da equipa, de forma coordenada, onde cada membro da equipa compreende o seu lugar e missão; a diversidade contempla a conciliação das individualidades que é preciso salvaguardar; e a finalidade orienta a equipa para a concretização de um objetivo (Vd. Figura 1).

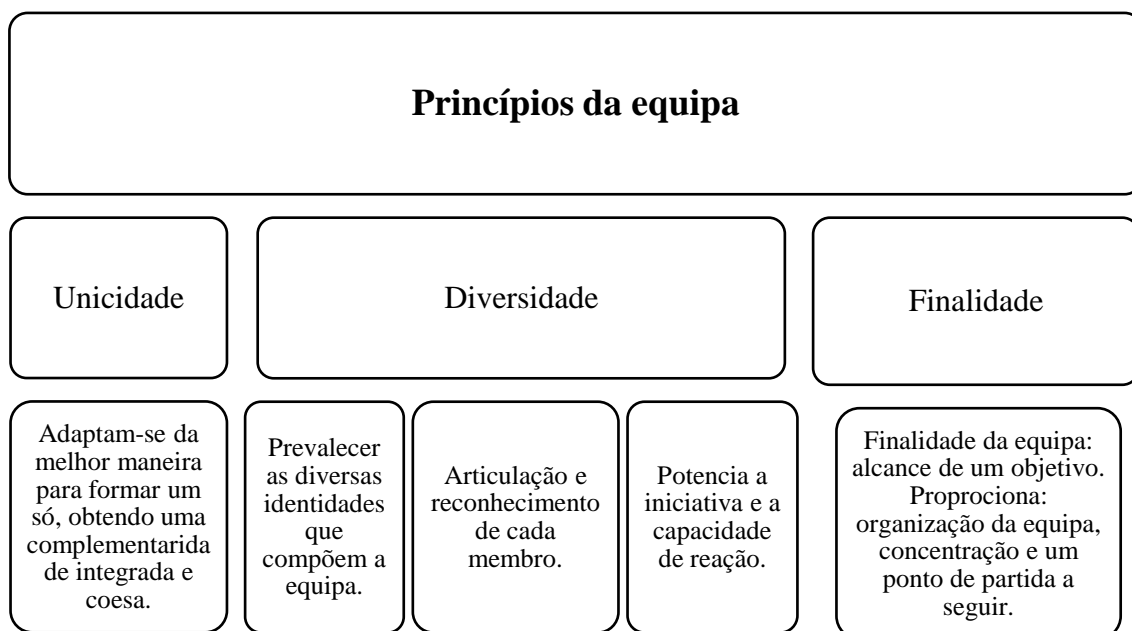


Figura 1: Os princípios da equipa de trabalho.

Fonte: Adaptado de Devillard, O. (2001). *A Dinâmica das Equipas* (47-49). Lisboa: Bertrand Editora.

Uma equipa de trabalho tem grande parte da responsabilidade na obtenção do sucesso da organização, permitindo um bom desempenho da mesma, o alcance dos melhores resultados. Para que tal ocorra são enumerados, por diversos autores, uma série de fatores.

Para Hoegl e Gemuenden (2001, pp. 437-438), o sucesso do trabalho realizado em equipa depende da colaboração ou interação dos membros da equipa, existindo no seu entender, seis componentes que condicionam a qualidade do trabalho em equipa:

comunicação, coordenação, balanço das contribuições dos membros da equipa de trabalho, apoio mútuo, esforço e coesão.

A componente comunicação é um preditivo na troca de informação entre os membros da equipa. Esta pode ser descrita em termos de frequência (tempo gasto na comunicação), formalização (capacidade dos membros da equipa de conversarem entre si), estrutura (possibilidade de comunicação direta com todos os membros da equipa) e abertura na comunicação (abertura na partilha de informação). A coordenação é efetuada através da aprovação da equipa relativamente às estruturas dos objetivos das tarefas, sendo delegadas funções a cada membro. O apoio mútuo depende de uma mentalidade cooperativa e não competitiva, assim sendo, os membros devem demonstrar respeito mútuo, assistência e desenvolvimento das ideias e contribuições dos outros membros da equipa. O esforço diz respeito à repartição da carga de trabalho e a priorização da tarefa efetuada em equipa em relação a outras obrigações. Por fim, a coesão refere-se ao grau em que os membros da equipa desejam pertencer à mesma.

Segundo Salas, Sims e Burke (2005, pp. 570-573) existem cinco grandes fatores essenciais ao funcionamento de uma equipa, nomeadamente, liderança da equipa, monitorização mútua do desempenho, condutas de ajuda ao comportamento, adaptabilidade e orientação da equipa. De acordo com os autores, a liderança apresenta-se como um dos grandes cinco fatores porque o fracasso do líder da equipa em a orientar e estruturar, com o intuito de facilitar a ação coordenativa e adaptativa, pode ser um elemento chave no desempenho ineficaz da equipa. Os líderes de equipa permitem um trabalho eficaz e interdependente através da criação, manutenção e precisão do modelo mental partilhado em equipa (objetivos da equipa, restrições, funções, estruturação da informação e recursos disponíveis), da promoção da eficácia da equipa usando as informações sobre o ambiente externo para coordenar comportamentos e interações da equipa, do estabelecimento de comportamentos e expectativas de desempenho e também devido ao acompanhamento das dificuldades de cada profissional.

No que concerne à monitorização mútua do desempenho, incide-se na capacidade de acompanhar os outros membros da equipa, para garantir que tudo ocorre da forma como é espetável, e para garantir que todos os procedimentos estão a ser efetuados (Salas et al. 2005; Miranda, 2017)

Recuperando Salas et al., (2005), quanto às condutas de ajuda de comportamento, estas podem ser fornecidas através do feedback e ajuda para melhorar o desempenho, pelo auxílio a um membro de equipa para a realização de uma tarefa e/ou para a sua conclusão

quando for detetada sobrecarga, ou seja, este fator está relacionado com a forma equilibrada de trabalho que deve existir. Acerca da adaptabilidade, a mesma é considerada como a capacidade de reconhecer os desvios da ação esperada e reajustar estas mesmas ações, e em relação à orientação da equipa, o autor salienta que a mesma diz respeito à tendência em melhorar o desempenho individual através da coordenação, avaliação e utilização de apoios e contribuições de tarefas dos outros profissionais.

Neste âmbito, García (2003b, pp. 108-110) sublinha que uma estrutura organizacional operativa e adequada responde a critérios de eficiência e eficácia, ou seja, permite obter aquilo que é proposto com o mínimo de custo possível e que a melhor organização é aquela que se adapta à natureza humana, pois o indivíduo é o recurso mais valioso numa equipa. Não obstante, destaca que a estabilidade na equipa de trabalho pode ser perturbada por mudanças frequentes, traduzindo um requisito básico para garantir a qualidade da intervenção, nesse caso, de carácter social, o fim da precariedade na contratação de profissionais. O autor realça também em relação ao trabalho em equipa, que a mudança de atitudes, as diferenças de estilos, de abordagens e habilidades não devem ser interpretadas como uma fraqueza da equipa, mas como uma força para enriquecê-la e que a existência de profissionais diferenciados, quer pela sua componente teórica, técnica e atenta a história pessoal de cada profissional, potencia respostas adequadas a cada situação. Importa aqui salientar e tendo por base o autor, que na igualdade de estatutos entre os diferentes profissionais que participam na intervenção social é necessário partir do princípio de que cada um dos profissionais que integram a equipa têm o mesmo valor diante de um problema social, sendo que por este convocar uma intervenção complexa, as contribuições de cada membro são o fator essencial para uma intervenção bem sucedida. Neste domínio, salienta, a par, que uma equipa de trabalho requer uma formação permanente e adequada, o que por vezes não é fácil, já que existem condicionantes e turbulências associadas à vida de cada um, sendo fulcral aprender habilidades específicas que ajudem a unir a equipa. Tal significa, pois, que a eficácia da intervenção de uma equipa de trabalho exige uma maior cooperação entre as distintas administrações e instituições, residindo os fundamentos dessa cooperação na importância de, aproveitar ao máximo os recursos humanos e financeiros, evitar contradições no alcance dos objetivos, evitar a multiplicação de esforços e harmonizar critérios e atuações no mesmo âmbito territorial de referência. O autor sugere ainda que a ação e coordenação intersectorial consubstanciam-se como um processo de

convergência com outros autores da comunidade, o que permite articular uma resposta conjunta.

Como resulta dos vários argumentos, em regra geral, um trabalho em equipa eficaz tem em conta dois polos que se complementam, por um lado um mais operacional relativamente à tarefa e por outro lado, as relações existentes na equipa e a influência do contexto.

Devillard (2001) refere que para uma equipa funcionar bem, é necessário um efeito dinâmico, necessitando, contudo, o mesmo de enquadrar uma dimensão objetiva e subjetiva. Tal significa, que o processo objetivo corresponde aos resultados a alcançar e às tarefas a efetuar, como por exemplo o agendamento de uma reunião ou a tomada de decisão, para que o propósito ou o fim seja alcançado, enquanto o processo subjetivo corresponde às relações pessoais e afetivas entre os membros da equipa, ao ambiente e clima, à influência do contexto e à comunicação não-verbal, ou seja, diz respeito às pessoas e ao grupo (Devillard, 2001; Araújo, 2007). Existe, pois, uma interdependência entre estes processos, a qual pode ser melhor compreendida através do exemplo seguinte:

“Numa reunião sobre a qualidade do fabrico (processo objetivo) vários colaboradores de um serviço de reorganização estão preocupados, sem o dizer, com o futuro (processo subjetivo). A reunião em como tema um assunto claro e preciso, mas os participantes têm a cabeça noutro lado. Se o gestor não considerar esse nível subjetivo, devido ao contexto, terá grandes dificuldades em mobilizar a sua equipa para o que está agendado.” (Devillard, 2001, p. 54)

Percebe-se, neste seguimento, a importância do processo subjetivo, o qual poderá influenciar e reduzir a eficácia do trabalho, caso o gestor o minimize, deste modo, ambos os processos se constituem como fulcrais para o desempenho de uma equipa.

Em suma, várias são as definições que se erguem para definir o âmbito de uma equipa de trabalho, convergindo as várias aceções no entendimento de que a mesma se organiza a partir de dois ou mais elementos, regidos por um coordenador e assumindo um objetivo comum. Perdura também a compreensão de que uma equipa de trabalho é diversificada na sua composição, é influenciada pelo contexto e possui um equilíbrio assente num “efeito dinâmico”, influenciado pelo processo objetivo e subjetivo. A este título, uma vez estabelecidas as tarefas e os objetivos da equipa, o bem-estar pessoal e social dos membros da equipa consubstancia-se num preditor de um trabalho eficiente, assim como a definição dos papéis de cada membro na equipa se afigura, como um dos principais requisitos, para que os membros operem em harmonia e sem ultrapassar os lugares uns dos outros.

2.1.1. O papel de cada profissional na equipa de trabalho

Ácerca das equipas de trabalho, importa referir que os seus membros desempenham papéis distintos associados à atribuição de deveres e responsabilidades, tendo em vista a obtenção dos objetivos da entidade.

A este respeito, Belbin (2010, pp. 7-10) esclarece, que os papéis atribuídos a cada individuo/membro da equipa se foram mostrando distintos ao longo do tempo. Assim, numa era pré-industrial os critérios para atribuição de papéis baseavam-se num padrão de comportamento social marcado por características elementares, nomeadamente, a idade, o sexo, a raça e a classe social. A individualidade não tinha lugar nesta sociedade, ou seja, as pessoas eram destinadas a um grupo de trabalho específico, sendo negligenciadas as diferenças/talentos individuais. Já na era industrial, os critérios passam para uma lógica de qualificações, interessando, nomeadamente as habilidades e talentos individuais, a experiência de trabalho e a educação. Neste período procurou-se dar destaque às habilitações individuais, como forma de obtenção de ganhos na produção de bens.

Com a universalização do ensino, na era pós-industrial os critérios passam pelas funções a desempenhar na equipa e pela orientação pessoal. As qualificações a ter em conta baseiam-se não só na qualificação escolar, mas também noutros aspetos variáveis de entidade para entidade.

Os critérios de seleção para um papel numa equipa mudaram ao longo dos tempos, mas importa enfatizar a ideia de que a definição do papel de cada elemento da equipa é uma peça fundamental para os fins que a mesma pretende atingir.

A evolução da atribuição de papéis potenciou grandes mudanças positivas na medida em que antigamente os indivíduos estavam destinados a papéis estereotipados e nos dias de hoje relaciona-se com as especializações, conhecimentos e habilidades do indivíduo. A esse respeito, Devillard (2001) advoga, que num trabalho realizado em conjunto a satisfação de cada membro advém do papel que é desempenhado e no facto de pertencer a uma entidade. No entanto, a distribuição de papéis por vezes é confusa e cada elemento da equipa necessita de saber qual é o seu papel e o significado de ser bem-sucedido nesse papel, para que não se assumam tarefas que não têm responsabilidade, ou mesmo, para que não se veja nas mesmas uma maneira de ganhar poder, ultrapassando limites, importando desta forma, o estabelecimento de responsabilidades de cada membro da equipa por forma a evitar-se incorretas interpretações de motivos, duplicação de esforços e disputas territoriais (Shapiro, 2015). Esta maneira de percecionar os papéis

conduz, de acordo com Shapiro (2015), à lógica de especialização, ou seja, constituir uma equipa com base naquilo que se é capazes de fazer, podendo também e de acordo com a autora, definir-se os papéis numa equipa, tendo por base a estrutura e a atividade. A definição de papéis pela estrutura implica normalmente, uma estrutura básica, constituída por um chefe e por diversos membros, em que cada elemento desempenha o seu papel. A definição assente na atividade traduz outra realidade, ou seja, para alcançar um objetivo, a equipa tem de realizar diversas tarefas e cada uma destas tarefas constitui um papel. Neste contexto, é conveniente ter presente que a distribuição de papéis, normalmente, baseia-se nos pontos fortes e nas tendências naturais dos membros da equipa. Os traços dominantes de cada indivíduo indicam, muitas vezes, os papéis que desempenharão melhor e por consequência serão mais bem desfrutados pelos próprios. A permissão aos membros da equipa para se voluntariarem para aquilo que se sentem mais competentes para fazer, proporciona valorização ao mesmo. De salientar que ambas as opções são válidas para enquadrar a definição de papéis, não existindo uma forma mais correta comparativamente à outra (idem, ibidem).

Na perspetiva, de Dechamp e Delaunay (2016, p. 46), existem dois “territórios” referentes ao papel na equipa de trabalho o “território percebido” e o “território disponível/atribuído”. O “território percebido” é aquele que é adquirido pela formação e está vinculado à ideia que se tem da sua missão e da sua profissão, traduz aquele campo em que acreditamos que temos legitimidade para agir. Por outro lado, o “território disponível/atribuído”, é o que a empresa designa para cada departamento e no qual a sua ação é reconhecida e legitimada. No entanto, a discrepância entre o “território percebido” e o “território disponível/atribuído” causa divergências entre os departamentos e pode ser uma fonte de conflito, quando o relacionamento é horizontal, em termos hierárquicos ou quando o relacionamento hierárquico requer internalização.

Neste seguimento, Margerison e McCann (1994, citados por McCann, 2004, pp. 12-16) estabeleceram oito papéis preferenciais para os membros de uma equipa e cuja denominação, contempla duas palavras, uma que indica o comportamento exibido pelo indivíduo e a outra que deriva do tipo de trabalho correspondente, designadamente:

1. Informador-conselheiro: é um indivíduo hábil em reunir informação antes de tomadas de decisão.
2. Criador-inovador: diz respeito ao indivíduo que gosta de pensar em novas ideias e novos procedimentos. Tende a não ser muito estruturado na maneira como lida com as coisas e por vezes pode parecer desorganizado e distraído.

3. Explorador-promotor: relativo ao indivíduo que é excelente em explorar novas ideias, oportunidades e contactos.
4. Avaliador-investigador: descreve o indivíduo que é por norma sociável, extrovertido e que apresenta grandes habilidades em desenvolver ideias dos outros.
5. Propulsor-organizador: é o indivíduo que gosta de fazer as coisas acontecerem, ou seja, toma decisões analíticas que beneficiam a tarefa, mesmo que às vezes as suas ações perturbem os outros.
6. Finalizador-produtor: é um indivíduo fortemente prático, com os quais se pode contar para levar as tarefas até ao fim, em conformidade com as normas pré-estabelecidas.
7. Controlador-inspetor: é uma pessoa calma e reflexiva que gosta de executar trabalhos pormenorizados e de lidar com factos e números, de forma cuidadosa e meticulosa.
8. Apoiante-estabilizador: é um elemento de uma equipa que apresenta fortes valores e princípios, que são tidos em conta nas tomadas de decisões. Geralmente tem uma grande preocupação com as pessoas e fornecem orientação e ajuda em questões que precisam de ser pensadas em termos de princípios e não apenas de “economia”.

Outro instrumento de igual forma importante para o conceito de papéis numa equipa de trabalho é o modelo apresentado por Belbin. O autor identificou nove papéis numa equipa de trabalho baseado em comportamentos ou competências, designadamente (Belbin, 2010, pp. 21-22):

1. Inovador: é criativo e resolve problemas difíceis. Em contrapartida ignora os detalhes e preocupa-se demasiado em comunicar bem.
2. Motivador: é extrovertido, entusiasmado, comunicativo, explora oportunidades e desenvolve contactos. No entanto, perde o interesse quando o entusiasmo inicial passa e é demasiado otimista.
3. Coordenador: é maduro, confiante, esclarece objetivos, promove a tomada de decisão e é um bom gestor. Contudo, pode ser visto como manipulador.
4. Pioneiro: é dinâmico e tem força e coragem para superar os obstáculos. Em contrapartida pode ser manipulador e ferir os sentimentos dos indivíduos.
5. Analista: é estratégico, exigente e ponderado. Porém tem falta de capacidade em motivar as outras pessoas e é extramente crítico.

6. Interrelacionado: é cooperativo, perspicaz e apaziguador. No entanto é indeciso em situações de crise e pode ser facilmente influenciado.
7. Âncora: é disciplinado, confiável, conservador, eficiente e transforma as ideias em ações práticas. Pese embora, é um pouco inflexível.
8. Finalizador: é meticoloso, consciente, ansioso e entrega tudo no prazo estipulado. Por outro lado, é relutante para delegar.
9. Especialista: é dedicado, auto-iniciante, apresenta conhecimentos e habilidades raras. No entanto, contribui apenas numa visão estrita.

Ambos os modelos assumem importantes posições nas definições e distribuição de papéis pelos membros da equipa de trabalho e constituem uma base analítica de relevo, quando se aborda o trabalho em equipa e de cada um dos seus elementos.

Adicionalmente, Devillard (2001) refere, que cada membro estimulado pelos seus pares pode adquirir alguns benefícios, nomeadamente, a oportunidade de crescimento e o efeito propulsor que o seu par pode ter na sua ação. Mas há também, de forma consequente e intrínseca, o reconhecimento pelos seus pares que se consubstancia como sendo uma das razões pelas quais o indivíduo se sente motivado a realizar as suas funções.

O reconhecimento está invocado nas necessidades de estima, considerando a pirâmide de Maslow (1954, pp. 45-46) ¹⁶, onde se estipula que todas as pessoas têm a necessidade ou desejo de uma avaliação estável sobre si. Estas necessidades são acopladas com um desejo de realização, um desejo de reputação ou prestígio, um reconhecimento, um desejo de apreciação pelos seus pares, entre outros. A satisfação desta necessidade leva a sentimentos de autoconfiança, valor, força, capacidade e adequação do seu papel. No entanto, a não satisfação dessa necessidade pode-se traduzir em sentimentos de inferioridade, fraqueza e desamparo.

Ser reconhecido pelos outros profissionais da equipa de trabalho rejubila e encoraja a continuação da otimização do trabalho (Devillard, 2001). Normalmente este reconhecimento fornece um sentimento de pertença à equipa de trabalho que consequentemente faz com que os membros estejam mais integrados na equipa. O sentimento de pertença está relacionado “(...) ao sentimento de se sentir coautor, ou seja,

¹⁶ Segundo a Pirâmide de Maslow, as necessidades humanas são organizadas de forma hierárquica. Na base da pirâmide estão as necessidades básicas nomeadamente, as fisiológicas e de segurança e quando estas necessidades estão maioritariamente satisfeitas, surgem as necessidades secundárias. As necessidades secundárias dizem respeito as necessidades sociais, às necessidades de estima e as necessidades de auto realização (Maslow, 1974).

de ser corresponsável pelos acontecimentos e decisões desde que a missão, a visão, os valores e as metas sejam compartilhadas”, agregando-se respeito, confiança e pertencimento a uma equipa (Avey e al. 2009 citado por Gonçalves, 2015). Se este sentimento de pertença for positivo e forte, os espaços de interdependência serão mais bem aceites (Devillard, 2001).

Ao mesmo tempo, os indivíduos têm a necessidade de expressar a sua individualidade e procurar concretizar as suas ambições pessoais no papel mais apropriado na entidade. A diferenciação surge como um fator predominante para cada profissional da equipa.

Para consegui-lo, o individuo apresenta duas identidades, uma a nível pessoal e outra a nível social. Sendo que “a identidade pessoal está ligada a uma construção individual do conceito de si, enquanto a identidade social trata do conceito de si a partir da vinculação da pessoa a grupos sociais” (Machado, 2003, p. 53). Ainda segundo Ashforth e Mael (1989, p. 1) “a identificação social é uma percepção de unidade com um grupo de pessoas”. Esta identificação possibilita e define o prestígio do indivíduo na equipa de trabalho, o que mantém a sua autoestima, satisfazendo as necessidades de estima de Maslow (Gonçalves, 2015).

O papel de cada profissional de equipa deve ser reconhecido pela mesma, assim como cada elemento deverá ser informado e prestar uma atitude proactiva perante as situações, na obtenção da coordenação e sintonia da equipa. De entre as muitas qualidades de cada profissional de equipa, é necessário que cada um apresente autonomia, que aceite o outro, que apresente um sentido de cooperação, que reconheça os outros poderes e que mantenha um comportamento focalizado no objetivo (Devillard, 2001).

Deste modo, o papel traduz-se como um comportamento expectável, associado à função, à situação ou ao estatuto (Devillard, 2001). No entanto o comportamento é somente a realização de um papel, que resulta de uma atitude interna do profissional que surge em consequência aos seus sentimentos e opiniões. Por exemplo “numa reunião da equipa de direção, espera-se do diretor financeiro (função) que pense as decisões tomadas em termos económicos (papel); ele fá-lo (comportamento) a partir de uma atitude (...) (traduzindo sentimentos e opiniões)”. As atitudes que cada profissional apresenta têm influência nas suas ações. Se um elemento se desvaloriza, adotará uma atitude distante, no entanto se um elemento tem uma boa opinião de si, sentir-se-á integrado na equipa (idem, ibidem, pp. 61-62).

Em suma, cada profissional é profícuo para a sustentabilidade de procedimentos de trabalho e para intervenções, procurando-se sempre as resoluções e respostas mais coordenadas e eficientes através de uma motivação conjunta. A tónica, ao longo da maior parte deste assunto, foi uma aceção do papel dos profissionais numa lógica de atribuições de funções de acordo com as suas especializações, mas também de acordo com os seus comportamentos e identidades. Não é difícil de prever que com a diferenciação de identidades numa equipa de trabalho, as vantagens e desvantagens no trabalho em equipa apresentam substancialmente maior destaque, sendo importante a sua a perceção por forma a erradicar eventuais problemas.

2.1.2. Vantagens e desvantagens do trabalho em equipa

Trabalhar em equipa não se mostra uma tarefa linear existindo diversos aspetos controversos que podem facilitar ou colocar em causa este trabalho, desde logo porque se está em presença de personalidades distintas e de pessoas que são portadoras de valores e atitudes que lhes são próprias.

Neste âmbito, existem alguns condicionalismos ao trabalho em equipa. A própria azáfama inerente à necessidade de respostas rápidas faz com que o profissional seja muitas vezes conduzido a prestar soluções e resoluções isoladas. Além desta situação, o profissional, muitas vezes, considera que um trabalho em equipa baseado na interdisciplinaridade é um trabalho ideológico, que potencia a perda de tempo e a própria perda de identidade (Guerreiro, 2009).

Diversos autores, (e.g., Alcover, 2014; Dellivard, 2001; Hackman, 1987; Guerreiro, 2009) realçam existir vantagens e desvantagens do trabalho em equipa. No campo dos aspetos mais positivos e que refletem mais-valias, são destacados, a estimulação dos profissionais, a interdependência, a rapidez na tarefa relativamente a fazer sozinho, a conciliação dos dois pólos: “eu” e “nós”, o maior volume de informação, conhecimentos e competências, as perspetivas mais amplas, a eficácia de novas ideias e soluções criativas, as decisões com maior qualidade, a maior confiança e segurança nas decisões tomadas e o aumento do compromisso. Em contrapartida, no campo dos aspetos mais negativos e que podem refletir desvantagens para a equipa, são enunciados, a inibição dos profissionais, a perda de tempo e energia, a perda de identidade, a dificuldade de coordenação quando haja falta de comunicação, a manipulação da equipa por um membro, os efeitos negativos do estatuto, hierarquia, a ociosidade social, a complacência grupal e os padrões de conflito destrutivo (Vd. Figura 2).

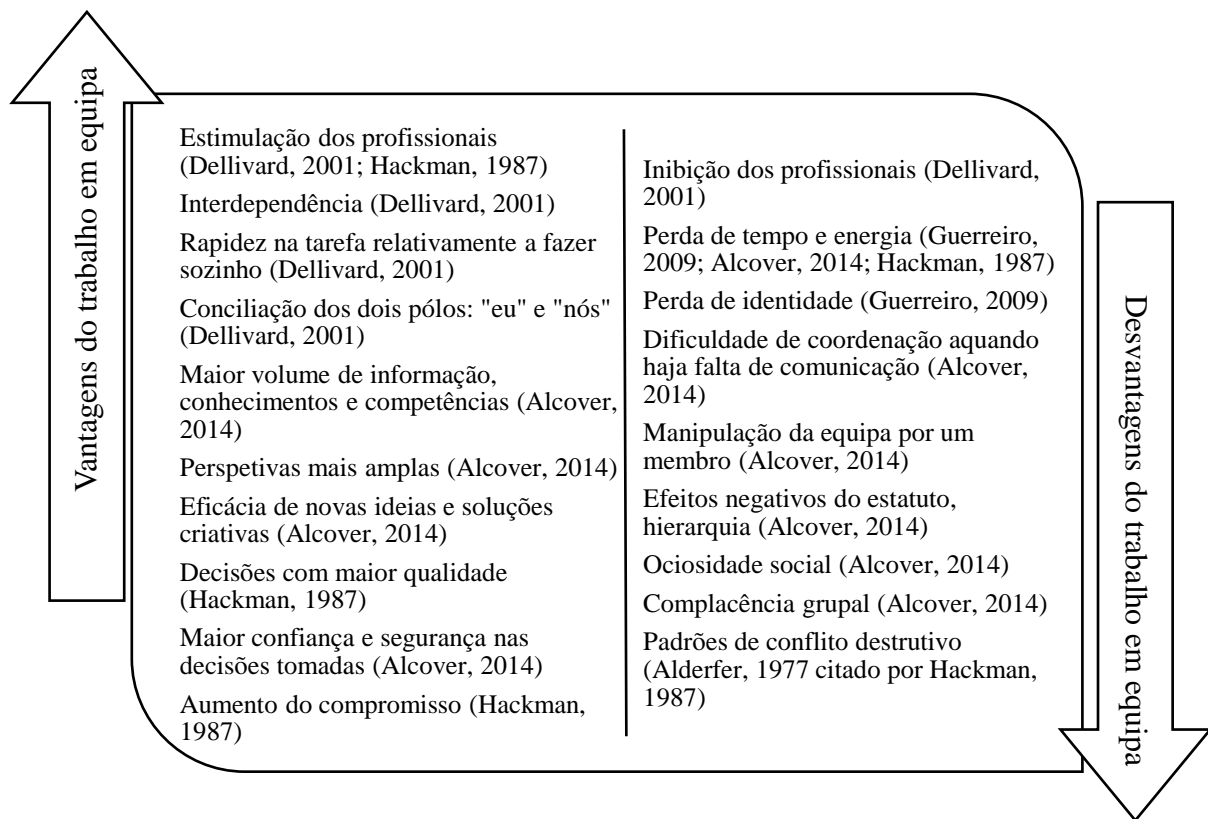


Figura 2: Vantagens e desvantagens do trabalho em equipa.

Fonte: Adaptado de Alcover, C. M. (2014). *Pessoas, Tarefas, Processos e Resultados: Fundamentos das Equipas de Trabalho e do Trabalho em Equipa*. In S. P. Gonçalves (Coord.), *Psicossociologia do Trabalho e das Organizações* (261-298). Lisboa: Factor; Devillard, O. (2001). *A Dinâmica das Equipas*. Lisboa: Bertrand Editora; Hackman, J. R. (1987). The Design of Work Teams. In J. W. Lorsch (Ed.), *Handbook of Organizational Behavior* (315-342). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; Guerreiro, I. (2009). *Desafios de Um Modelo Integrado*. Lisboa: Companhia de Ideias.

As chefias e os elementos de uma equipa de trabalho interdisciplinar enfrentam diversos obstáculos, que são identificados segundo Dechamp e Delaunay (2016, p. 43) através de três tipologias: o psicológico, o organizacional e o de gestão. Quanto à primeira tipologia, o individualismo, o espírito individual de competição, o sentimento de não ser legítimo aos olhos dos outros, ou inversamente, de se sentir desvalorizado pelo coletivo, a falta de comunicação dos membros, assim como o medo de perder a experiência ao partilhá-la podem constituir um constrangimento e dificultar a ação coletiva. Ao nível organizacional é necessário ter presente a ideia de um referencial partilhado, uma linguagem e objetivos comuns, coesão em torno de valores positivos e partilhados, assim como a visão partilhada do uso de metodologias, como fatores de sucesso. No que concerne à gestão, o trabalho em equipa deve ser acompanhado por uma abordagem e ferramentas específicas de coesão, sendo recomendado o estabelecimento de um sistema de regras específicas.

2.1.3 A interdisciplinaridade como modalidade do trabalho em equipa

Por entre diversas modalidades do trabalho em equipa, a interdisciplinaridade constitui aquela onde os profissionais são responsáveis tanto pelas tarefas pessoais como pelo trabalho coletivo e pelas decisões que tomam. Como Amat (2003) refere, o trabalho em equipa providencia claras vantagens quando é organizado interdisciplinarmente, ou seja, quando agrega aprendizagem contínua, rentabilização dos esforços e maior e mais adequada atenção a todos os níveis que integram o problema.

Atualmente tem-se vindo a dar relevo não só à prática e às estratégias utilizadas por cada área profissional específica, mas também, e de forma crescente, à importância das pessoas a quem se presta cuidados e aos resultados alcançados, derivados do trabalho regido pela interdisciplinaridade.

Em concreto e de acordo com Gomes (2016), a interdisciplinaridade ocorre quando um problema complexo é evidenciado sobre um olhar de diversas disciplinas, para atingir uma análise ou resposta menos parcial do que a dada por uma única área específica. A este respeito, Louro (2001, p.154), afirma que a interdisciplinaridade é “(...) uma estrutura formal de interação e comunicação entre os membros da equipa e encoraja a partilha de informação (...).” Na perspetiva de Japiassu (1976), a interdisciplinaridade caracteriza-se pela intensidade de trocas entre as áreas especializadas e pelo grau de integração real das disciplinas. Ou seja, existe uma troca intensificada e recíproca de conhecimentos entre diferentes disciplinas, no final do processo interativo cada área sai mais enriquecida, sendo que uma disciplina predomina sobre as demais, coordenando-as e introduzindo uma noção de finalidade. Gusdorf (1985, citado por Pombo, 2004) afirma que o prefixo “inter” indica uma pluralidade, uma justaposição, um espaço comum e um fator de coesão entre saberes distintos. Num trabalho interdisciplinar a troca de conhecimentos, a partilha de informação, o cruzamento de saberes, a comunicação e interação entre os membros de equipa e a tomada de decisão relativamente a objetivos comuns consubstanciam-se em momentos de partilha (Louro, 2001; Gomes, 2012). Esta partilha de informação numa equipa interdisciplinar é do interesse dos profissionais para a prossecução de processos (e.g., plano e objetivo comum, planos individualizados de intervenção, registos escritos e reuniões periódicas) (Louro, 2001). Relativamente aos profissionais, estes, quando envolvidos numa equipa interdisciplinar “(...) devem estar animados de uma vontade comum e de uma boa vontade”, esforçando-se para sair do seu

domínio próprio e da sua linguagem técnica (Gusdorf, 1985 citado por Pombo, 2004, p. 36).

Minayo (2010 citado por Gomes, 2016, p. 5), afirma que o trabalho interdisciplinar se efetua quando “um tema complexo é focado sobre o olhar de várias disciplinas, na busca de uma interpretação ou de uma resposta menos parcial do que a dada por uma área específica”. É importante a este nível distinguir entre a multidisciplinaridade e interdisciplinaridade. De acordo com Gomes (2009), a multidisciplinaridade implica a justaposição das diversas disciplinas, que podem cooperar, contudo não obriga ao compromisso nem à modificação da sua dinâmica. Na interdisciplinaridade, impera a cooperação estreita entre os profissionais de diversas áreas, perante uma tarefa comum ou execução de objetivos num contexto institucional (idem, ibidem). Há uma constante pertinência na cooperação, interação, complementaridade e circularidade, sendo a equipa vista como um sistema munido de uma mente coletiva (Gomes, 2009; Guerreiro, 2009). Falar de interdisciplinaridade remete para a cooperação estreita de profissionais que possuem distintos saberes e que potenciam diferentes contributos, perante uma responsabilidade e objetivo comum numa entidade (Guerreiro, 2009). Para García (2003b), a interdisciplinaridade e a equipa interdisciplinar são conceitos que devem ser destacados como uma conjunção teórica nova, que supera as particularidades das disciplinas que intervêm.

Adicionalmente, Japiassu (1976) refere que a multidisciplinaridade consiste no estudo de um objeto sob diferentes perspetivas, mas não tem de haver, imperiosamente, um acordo prévio dos métodos ou conceitos a serem utilizados, é um conjunto de diversas disciplinas, onde não aparecem as relações que podem existir entre elas. Para Minayo (2010, citado por Gomes, 2016), o trabalho multidisciplinar é efetuado por diversos profissionais que trabalham em parceria solucionando problemas e executando programas. Ou seja, neste conceito não existe uma interação entre as diversas áreas específicas na efetivação do campo teórico e metodológico e a abordagem desenvolvida pelos profissionais é fracionada. Como consequência da inexistência da interação das disciplinas e pelo facto de todas permanecerem no mesmo nível hierárquico, pode surgir a falta de organização ou coordenação da equipa, originando diversos objetivos sob diferentes perspetivas (Gomes, 2012). A multidisciplinaridade pode ser o primórdio para trabalhar em equipa, mas não é suficiente para organizar uma equipa coesa, eficiente e coordenada.

Um conceito próximo dos atrás referidos diz respeito à pluridisciplinaridade, a qual ocorre quando há uma certa margem para algum tipo de interação e cooperação entre as diversas áreas específicas, embora excluindo toda a cooperação (Japiassu, 1976). Deste modo passamos de um trabalho multidisciplinar para um trabalho pluridisciplinar. No entanto esta metodologia de ação elimina a existência de uma coordenação comum às diversas áreas do saber e mantém-se no mesmo nível hierárquico. A pluridisciplinaridade é a justaposição de diversas disciplinas com cooperação, no entanto cada profissional decide isoladamente (idem, ibidem, pp. 72-73).

Louro (2001, p.155) realça também a existência de equipas transdisciplinares, as quais “caracterizam-se pela ênfase posta na partilha ou transferência da informação, dos conhecimentos e das competências que cada membro, com a sua formação especializada, traz para a equipa”. Para Japiassu (1976), na transdisciplinaridade há coordenação de todas as disciplinas e interdisciplinas, propondo a criação de um campo com autonomia teórica, disciplinar e operativa. Em jeito de síntese, pode, pois, referir-se que existem graus de cooperação entre os vários formatos do trabalho em equipa (Vd. Figura 3), sendo que a interdisciplinaridade parece estar intrinsecamente mais associada aos princípios orientadores que regem os profissionais para um eficaz trabalho em equipa, em contextos residenciais, o qual se ergue em prol da colmatação das necessidades holísticas e da participação ativa de todos os elementos da equipa de trabalho.

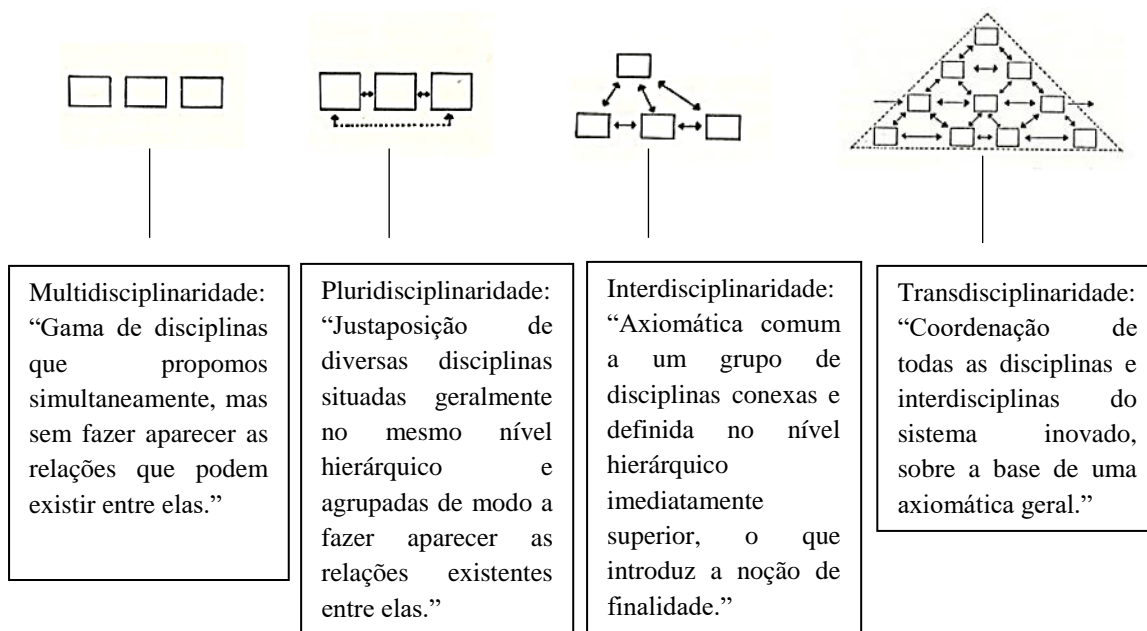


Figura 3: Graus crescentes de sucessão de cooperação e colaboração.

Fonte: Adaptado de Japiassu, H. (1976). *Interdisciplinaridade e Patologia do Saber* (pp. 73-74). Rio de Janeiro: Imago.

PARTE II - SERVIÇO SOCIAL NUMA ESTRUTURA RESIDENCIAL PARA PESSOAS IDOSAS: ÂMBITO E CONTEXTO DE ESTÁGIO

Capítulo 3 - O Serviço Social e as ERPI

3.1. Serviço Social gerontológico: enquadramento e dimensões interventivas

O Serviço Social é uma disciplina que aborda diversas áreas sociais e que intervém em problemáticas e populações distintas, sendo que, como profissão, visa promover a coesão social e a inclusão através da capacitação dos indivíduos, a justiça social, a mudança social, a cidadania, e diminuir as desigualdades sociais. Segundo a European Association of Schools of Social Work (EASSW):

“o Serviço Social é uma profissão de intervenção e uma disciplina académica que promove o desenvolvimento e a mudança social, a coesão social, o empowerment e a promoção da pessoa (...). Sustentado nas teorias do serviço social, nas ciências sociais, nas humanidades e nos conhecimentos indígenas, o Serviço Social relaciona as pessoas com as estruturas sociais para responder aos desafios da vida e à melhoria do bem-estar social.”¹⁷.

A área do envelhecimento constitui um campo de intervenção do Serviço Social, que têm vindo a ganhar crescente relevo, face às problemáticas da dependência, doença, situação de pobreza e de exclusão que afetam estes públicos (Carvalho & Pinto, 2014). De facto, nos últimos anos, tem havido movimentos no Serviço Social no sentido de reconhecer a gerontologia como uma problemática de relevo. Segundo Berta (2009, p. 7-8):

“(...) a problemática dos idosos e do envelhecimento é definida, entre outros, por contornos políticos, económicos, culturais, psicossociais, médicos e humanos. É evidente, por outro lado, que o apoio aos idosos, passa, incontornavelmente, pela sinergia entre a disponibilização de cuidados informais e os cuidados formais. Neste sentido as estratégias de intervenção terão de ser obrigatoriamente de carácter interdisciplinar, onde têm lugar os assistentes sociais e os gerontólogos, assim como os psicólogos, sociólogos e animadores sociais.”

No domínio da gerontologia, o Serviço Social incumbe-se de conhecer as necessidades da população idosa, de forma intencionada, para que os indivíduos disponham de ferramentas para superar estas necessidades. Segundo García (2012), o Serviço Social gerontológico é a disciplina científica responsável por conhecer as causas

¹⁷ Vd. <https://www.eassw.org/global/definicao-global-da-profissao-de-servico-social/>.

e os efeitos dos problemas sociais individuais e coletivos dos idosos e perceberem como podem potenciar ações preventivas e transformadoras, organizadas.

A intervenção social gerontológica e de acordo com Ribeirinho (2013), tem como objetivo analisar, avaliar e compreender para transformar a realidade das pessoas idosas, através do trabalho realizado em equipa por diversos profissionais e por intermédio de um sistema global de ações, com vista ao bem-estar do próprio. A este respeito e como sublinha a autora, a junto de pessoas idosas a intervenção social deve equacionar todo um conjunto de princípios, entre os quais, o princípio da dignidade humana, os princípios referentes ao respeito pelas características étnicas, religiosas, culturais e sociais dos indivíduos, assim como, os princípios da autonomia e da responsabilidade individual (Ribeirinho, 2013). Efetivamente, no campo dos princípios, o Serviço Social gerontológico valoriza o cuidar do outro e tem a sua origem nos direitos fundamentais por forma a proteger qualquer indivíduo. Segundo o Manual de Boas Práticas - Um guia para o acolhimento residencial das pessoas mais velhas (GCPAS & CID, 2005), os princípios de ação e de salvaguarda dos direitos dos idosos incidem, na dignidade, no respeito, na individualidade, na autonomia, na capacidade de escolher, na privacidade e intimidade, na confidencialidade, na igualdade e na participação.

De salientar que estes, são princípios inscritos no âmago da profissão, sendo reconhecidos pela Federação Internacional de Assistentes Sociais (IFSW),¹⁸ a qual evidencia o reconhecimento da dignidade inerente da humanidade como um princípio,

¹⁸ Mais especificamente, e segundo a IFSW, os princípios são:

“1 – Reconhecimento da dignidade inerente da humanidade: Os assistentes sociais reconhecem e respeitam a dignidade e o valor inerentes a todos os seres humanos.

2 – Promoção dos direitos humanos: Os assistentes sociais abraçam e promovem os direitos fundamentais e inalienáveis de todos os seres humanos.

3 – Promoção da justiça social: Os assistentes sociais têm a responsabilidade de envolver as pessoas na obtenção de justiça social (...).

4 - Promovendo o direito à autodeterminação: Os assistentes sociais respeitam e promovem os direitos das pessoas para fazer suas próprias escolhas e decisões (...).

5 – Promoção do direito a participação: Os assistentes sociais trabalham para construir a auto-estima e as capacidades das pessoas (...).

6 – Respeito pela confidencialidade e privacidade: Os assistentes sociais respeitam e trabalham de acordo com os direitos das pessoas à confidencialidade e privacidade (...).

7 - Tratar pessoas como pessoas inteiras - Os assistentes sociais reconhecem as dimensões biológica, psicológica, social e espiritual da vida das pessoas e entendem e tratam todas as pessoas como pessoas inteiras. (...).

8 – Uso ético da tecnologia e mídias sociais: (...). Os assistentes sociais devem reconhecer que o uso da tecnologia digital e da mídia social pode representar ameaças à prática de muitos padrões éticos (...).

9 – Integridade profissional: É responsabilidade das associações e organizações nacionais desenvolver e atualizar regularmente seus próprios códigos de ética ou diretrizes éticas, para ser consistente com esta Declaração, considerando situações locais. (...).” (Vd. <https://www.ifsw.org/global-social-work-statement-of-ethical-principles/>).

sublinhando também como princípios os que se reportam à promoção dos direitos humanos, à promoção da justiça social, à promoção do direito à autodeterminação, à promoção do direito à participação, o respeito pela confidencialidade e privacidade, o tratamento das pessoas como pessoas inteiras, o uso ético da tecnologia e mídias sociais e a integridade profissional.

Em termos da sua configuração o Serviço Social encerra e distingue-se muito pela sua dimensão interventiva, a qual, segundo Torres (2009, p. 217),

“compreende a intervenção propriamente dita, o conhecimento das tendências teórico-metodológicas, a instrumentalidade, os instrumentos técnico-operativos e os do campo das habilidades, os componentes éticos e os componentes políticos, o conhecimento das condições objetivas de vida do usuário e o reconhecimento da realidade social. (...). É também, na dimensão interventiva que ficam explicitados os instrumentos técnico-operativos, éticos e políticos presentes no exercício profissional do Assistente Social.”

Os assistentes sociais regem-se por algumas diretrizes para intervir com pessoas idosas, de forma multidimensional, entre as quais:

- ❖ a valorização do idoso como sujeito ativo no seu projeto de vida e na elaboração do seu quotidiano (Ribeirinho, 2013);
- ❖ o segredo profissional e a confidencialidade em todo o processo (idem, ibidem);
- ❖ a prestação de informação à pessoa idosa sobre os seus direitos e deveres (idem, ibidem);
- ❖ a definição de um plano de cuidados personalizado com envolvimento do idoso e rede de apoio social de forma a melhorar a qualidade de vida e prestar mais autonomia, de caráter preventivo e reabilitador (Ribeirinho, 2013; García, 2012)¹⁹;
- ❖ a organização da equipa profissional de forma a efetuar um apoio mais adequado a cada conjuntura e tendo em consideração a rede informal do idoso, (Ribeirinho, 2013).
- ❖ O desenvolvimento de um trabalho interdisciplinar beneficiando da participação de todas as disciplinas envolvidas no cuidado ao idoso (García, 2012).

¹⁹ Segundo o ISS, I.P. (2011, p. 13) tendo como referência o manual de processos-chave da ERPI, o plano individual “é um instrumento formal que visa organizar, operacionalizar e integrar todas as respostas às necessidades, expectativas e potenciais de desenvolvimento identificadas em conjunto com o cliente”.

Importa ainda referir e como vários autores enfatizam (Ribeirinho, 2013; García, 2003b), que na área da gerontologia muitas poderão ser as funções do Serviço Social, desde a informação, a investigação, a prevenção, a sistematização, a assistência, a promoção, a mediação, a planificação, a direção, a cooperação internacional, a ajuda mútua, a avaliação, a docência e a supervisão, através de componentes teórico-metodológicas e ético-políticas. Assim e como os autores salientam, de forma coordenada, o Assistente Social identifica, diagnostica e explora as necessidades sociais do indivíduo e família para posteriormente apresentar e recomendar as soluções a partir dos recursos existentes.

De uma forma geral, as funções básicas do Serviço Social e também do Serviço Social gerontológico enquadram os níveis da intervenção, direta e indireta. A intervenção direta ocorre quando a pessoa idosa e/ou a sua rede de suporte social estão presentes e exercem influências no processo. Assim, para Robertis (2011, pp. 141-180) as intervenções diretas podem ocorrer em seis momentos: 1 – acolher-apoiar-acompanhar; 2 – informar-orientar-educar; 3 – persuadir – influenciar; 4 – controlar-exercer autoridade; 5 – relacionar-criar novas oportunidades; 6 – estruturar uma relação de trabalho.

No primeiro momento a intervenção é essencialmente relacional, denominada frequentemente de acolhimento. No segundo momento o profissional analisa a situação através dos seus conhecimentos para responder às necessidades. Posteriormente, no terceiro momento, é exercida, de forma consciente, uma influência sobre o indivíduo para modificar a situação. No quarto momento, são fixados alguns limites, exigências e é inculcada a vigilância, normalmente, pelas instituições sociais. Em relação ao quinto momento, o Assistente Social apresenta-se como um facilitador, de forma a estimular e motivar o indivíduo para a realização de novas formas de vida social. Por fim, no sexto momento, ocorre o fornecimento de meios para que ocorra a mudança a alcançar.

Por outro lado, a intervenção indireta e de acordo com a autora, ocorre fora da presença física do indivíduo, quando o Assistente Social organiza e planifica as suas intervenções reunindo este nível interventivo, cinco grandes vertentes: a organização e monitorização social, pressupondo o controlo do tempo, espaço e conhecimento da intervenção; a conclusão de projetos (e.g., em trabalho social com grupos), que conjuga todas as ações de implementação do projeto; a intervenção na envolvente da pessoa, que é constituída pelas pessoas envolventes e entidades; a colaboração entre Assistentes Sociais e as intervenções ao nível dos organismos sociais.

Segundo García (2003b; García, 2012), o Serviço Social gerontológico apresenta três dimensões, a individual e/ou familiar, que visa manter e aumentar as relações sociais da pessoa idosa e providenciar autoestima, confiança, autonomia e identidade individual; a grupal, que pretende fomentar possibilidades de inserção, a criação de vínculos e o restabelecimento dos laços de solidariedade, e a comunitária, que incorpora os recursos naturais das pessoas, grupos e comunidades nos processos de resolução e prevenção dos problemas sociais, através da atenção coletiva para as necessidades sociais dos indivíduos.

No que concerne ao processo de intervenção social, este decorre de forma contínua passando pelo conhecimento da realidade social, pelo diagnóstico social, pela planificação, pela execução e por fim pela avaliação (Ribeirinho, 2013). Esta intervenção traduz um processo metodológico dinâmico, flexível, interrelacionado e global que tem em conta as etapas e as estruturas básicas do processo, o uso de critérios e a utilização de uma terminologia técnica e profissional (García, 2003a). Em todo o processo de intervenção existem elementos comuns que podem agrupar-se em etapas, entre as quais: o conhecimento da realidade social²⁰, sendo que o Assistente Social deve conhecer realmente a situação sobre a qual vai intervir; a interpretação técnico-científica da realidade social; a estratégia da ação profissional; a execução e a avaliação (García, 2003a). Estas etapas não são isoladas, sendo que procedem de forma contínua e integrada.

Em contextos residenciais a intervenção direciona-se para a integração e bem-estar da pessoa idosa, assim como para a esfera das relações sociais da pessoa idosa. Deste modo, o Assistente Social procura proporcionar toda a informação referente à instituição, através do apoio individualizado aos residentes e famílias para a prossecução de possíveis diligências burocráticas, predispondo-se como um referencial para o contacto com os familiares (Ribeirinho, 2013). A disponibilização da informação passa por esclarecer ao idoso e família o quotidiano na ERPI, nomeadamente as normas de funcionamento, os horários e as atividades; informar acerca do regulamento interno; efetuar o contrato a estabelecer e as suas condições; assim como o preçário, que deve incluir a mensalidade, o valor de admissão (caso exista) e informar os serviços incluídos na mensalidade e os que são pagos à parte (GCPAS & CID, 2005).

²⁰ Segundo Garcia (2003c, p. 62) a realidade social como fonte de conhecimento apresenta uma produção de conhecimentos nas ciências sociais diferente das ciências naturais, “porque não há participantes nem observadores puros (porque o pesquisador investiga a partir da existência de premissas, esquemas, referenciais, representações, conhecimentos, experiências, generalizações prévias, através das quais classificam os factos); (...) porque comunica conceitos através da linguagem, nomeia os factos (...); e a linguagem científica deve definir conceitos com tanta precisão como eliminar os obstáculos que aparecem em toda a comunidade”.

Paralelamente, o Assistente Social preocupa-se em avaliar de forma multidimensional a pessoa idosa (Ribeirinho, 2013). Esta avaliação direciona-se para uma intervenção em rede, onde se considera o indivíduo como um sistema único, inserido num sistema particular, que por sua vez está inserido noutros sistemas progressivamente mais vastos, traduzindo esta, uma intervenção pautada pela complexidade e multidimensionalidade (Almeida, 2013). Adicionalmente, convoca uma abordagem sistémica, (considerando os vários sistemas e subsistemas) e mostra-se suportada pela teoria de sistemas, designadamente, pela teoria geral dos sistemas - a qual advoga a “interação entre o público e o privado e a forma como vários agentes de mudança podem estar envolvidos e a forma como os trabalhadores sociais nos seus organismos podem ser eles próprios alvos de mudança” (Payne, 2002, p. 199 citado por Carvalho, 2009b, p.19) – e pela teoria ecológica dos sistemas – a qual traduz um referencial importante para o Serviço Social, já que “contempla os indivíduos na sua constante adaptação e permutação em diversas áreas do seu meio ambiente, onde se verifica a mudança em ambos (indivíduo e ambiente), através de uma adaptação recíproca” (Payne, 2002, p. 205 citado por Carvalho, 2009b, p. 20).

Resulta daqui que a intervenção assume um cariz holístico, assumindo a forma íntegra do ser humano e de todo o ambiente que o rodeia. O fenómeno holístico permite a construção de uma perspetiva do desenvolvimento humano, tendo em conta os aspetos biológicos e psicossociais dos indivíduos e as características do meio envolvente (e.g., Dias, 2013), ou seja, o Assistente Social preocupa-se em centrar o indivíduo, neste caso a pessoa idosa, no processo, tendo em conta os diversos fatores a si associados, tais como, a sua saúde, as suas relações sociais e as suas necessidades com vista a potenciar a sua emancipação.

Globalmente, os Assistentes Sociais assumem destacadas responsabilidades na intervenção junto das pessoas idosas, a qual carece sempre de ser norteada por uma visão holística dos indivíduos, dos contextos e da realidade mais vasta, emergindo daqui exigências acrescidas não apenas para o profissional, mas para o trabalho conjunto, ou seja, para o trabalho colaborativo de feição interdisciplinar, no seio organizacional.

3.1.1. Serviço Social e a equipa interdisciplinar

Em espaço residencial de cuidado, a equipa interdisciplinar ocupa um lugar proeminente para efeitos da promoção da qualidade de vida ao idoso. Tendo por base Ribeirinho (2013), o Serviço Social desenvolve a sua intervenção assente num processo

de cariz interdisciplinar e plurifuncional, enfatizando a autora que a intervenção com idosos, ergue os mesmos como o foco ou elemento central das ações, beneficiando aquela, da exigência de equipas de trabalho que agregam vários profissionais, e dos quais distinguimos, o Assistente Social, o Educador Social, o Psicólogo, o Médico, o Enfermeiro, o Animador Sociocultural, o Diretor Técnico entre outros profissionais, cujo trabalho em unísono, intenta proporcionar todos os cuidados necessários aos residentes.

Os recursos humanos são um fator decisivo para a execução da missão de uma entidade, podendo no quadro das IPSS, e segundo Sobreiro (2009, p. 39) destacar-se em termos de recursos humanos, três grupos, um é constituído pelos dirigentes das instituições; outro, englobando os voluntários não dirigentes, ou seja, os “(...) indivíduos exteriores à instituição que executam determinadas tarefas na IPSS”; e um terceiro grupo, constituído por trabalhadores sociais, profissionais remunerados, qualificados técnicos e não técnicos e executores da política dos dirigentes.

É importante salientar que os recursos humanos formam a essência de uma equipa interdisciplinar, potenciando o Serviço Social elementos de valia para a ação da mesma, atentos os aspetos interdisciplinares que caracterizam esta profissão (Gomes, 2016; Ely, 2003).

García (2003a, pp. 82-88) sublinha que a equipa interdisciplinar reúne um conjunto de características fundamentais ao Serviço Social, ou seja, a conduta interdisciplinar acoplada à intervenção social providencia uma resposta unificada, mais perspicaz e global em diversas vertentes, como nas relações sociais, na própria pessoa idosa, a nível da entidade e nas vias de ligação com a sociedade. A este respeito, enfatiza-se que a colocação do Assistente Social na equipa de trabalho deve ser conhecida, definida e delimitada na instituição e no grupo humano que a compõe, pois determinará a especificidade e o apoio que o Serviço Social pode prestar e receber na equipa de trabalho. Como o autor reconhece, o Assistente Social tem uma formação geral, especializada e humanizada, pelo que as suas características e qualidades humanas vão exercer uma certa influência na realização de atividades e tarefas próprias do trabalho social. O Assistente Social é um profissional fundamental numa equipa interdisciplinar devido à sua “(...) vocação, capacidade e habilidade para motivar e vencer obstáculos, crer e confiar no indivíduo como sujeito ativo para superar as situações problemáticas, evitar atitudes e comportamentos paternalistas, assertividade nas relações pessoais, equilíbrio e maturidade emocional (...). (...) capacidade de improviso, criatividade e imaginação (...)” (idem, ibidem, p. 88).

Neste enquadramento admite-se, pois, que, para agregar um saber coletivo, o qual se mostra necessário para apurar o conhecimento das necessidades da pessoa idosa para lidar com as situações problema, assim como, com os novos desafios sociais, o Serviço Social socorre-se de diversas disciplinas consubstanciando uma atuação metodológica assente numa estratégia global e interdisciplinar. Face a este entendimento, García (2003a) esclarece que razões assentes: nos problemas sociais (os quais carecem de ser concetualizados a partir de uma etiologia cultural onde o Assistente Social estabelece relações que compõem uma certa dinâmica); na intervenção (a qual deve ser orientada de modo a garantir o desenvolvimento integral da pessoa, pressupondo a intervenção uma coordenação profissional eficaz); na ajuda aos profissionais (para perceber com mais clareza as situações e gerar novas soluções); e na prevenção (a qual constitui o ponto de partida para qualquer intervenção), constituem vectores decisivos para ancorar o trabalho numa ótica interdisciplinar.

De igual forma, Santos (2015, pp. 3-4), afirma que o Assistente Social proporciona à equipa de trabalho informações referentes à vida social do indivíduo que pode interferir em aspetos psicológicos e até em aspetos na saúde do mesmo. Assim como, os outros profissionais contribuem para a intervenção do Assistente Social ao disponibilizar informações sobre as suas áreas específicas, ajudando-o no seu objetivo, que é visualizar o indivíduo de uma forma holística.

Como se estabelece nos Parâmetros para Atuação do Assistente Social na Política de Assistência Social do Brasil (CFESS, 2011, p. 26), “(...) o trabalho interdisciplinar em equipe deve ser orientado pela perspectiva de totalidade, com vistas a situar o indivíduo nas relações sociais que têm papel determinante nas suas condições de vida”.

Compreender a equipa interdisciplinar como recurso básico do Serviço Social, pressupõe que se perceba que se está perante um grupo cooperativo de pessoas com especialização particular e com responsabilidades em decisões e ações, que partilham um objetivo comum, bem como conhecimentos e ideias para formular planos, realizar ações e influenciar o meio ambiente (García, 2003b). De igual modo, no seio deste grupo existem diferentes perspetivas profissionais no que confere à informação e à intervenção, carecendo também de se compreender que existe sempre no quadro das equipas um certo grau de participação e delegação de autoridade, assim como uma estrutura organizativa de trabalho e estilo de direção. Em suma, uma equipa interdisciplinar é um grupo de profissionais especializados que partilham conhecimentos e estratégias em relação a um

objetivo comum e interagem com responsabilidade e diferentes perspetivas profissionais para intervir e transformar a realidade social (idem, ibidem, pp.89-90).

Na mesma perspetiva, Scherer e Pires (2011, p. 82) argumentam,

“(…) que a interdisciplinaridade é uma maneira complexa de entendimento e enfrentamento de problemas do cotidiano, instrumento e expressão de uma crítica do saber, que integra e renormaliza as disciplinas em articulação ou cooperação e as profissões delas decorrentes. (…). Exige, portanto, diálogo e negociação para definição das competências necessárias para a resolução dos problemas enfrentados.”

O método de trabalho interdisciplinar, que se mostra intrínseco ao Serviço Social, e que surge teoricamente reforçado com as diferentes disciplinas do saber, provêm do facto, de que os problemas sociais nunca apresentarem uma única causa, mas sim causas múltiplas (García, 2003a; Ribeirinho, 2013). Assim, os serviços destinados a pessoas idosas devem considerar todas as situações a partir de uma perspetiva multidimensional e unitária, cujo quadro operacional é o desempenho profissional (García, 2003b). Organizacionalmente, tal significa a existência de equipas de trabalho de composição variada onde o património principal, “(…) e mais importante é a pessoa idosa, enquanto unidade total, biopsicossocial e espiritual” (García, 2003b; Ribeirinho, 2013, p. 182). O Assistente Social faz parte integrante da equipa interdisciplinar e garante um atendimento de qualidade, sendo que os princípios gerais e básicos em que se baseia o trabalho em equipa e onde se enquadra o profissional, são: a necessidade de resolver os problemas humanos desde as suas raízes e causas de forma permanente e preventiva; a conceção do ser humano como unidade total (biológica, psicológica e social); e a convicção de que o tratamento prestado de forma integral é o maior tratamento das necessidades fundamentais da pessoa (García, 2003b). Os Assistentes Sociais são profissionais desafiados a atuar numa realidade de forma totalitária, percecionando, neste caso, os idosos no seu próprio contexto sócio histórico (Santos, 2015).

Nas instituições de âmbito social, que possuem como público-alvo as pessoas idosas, (e as suas particularidades), torna-se necessário saber lidar com todo o processo de institucionalização, ou seja, este não pode ser conduzido de forma fragmentada, sob pena de a intervenção não apresentar efeitos benéficos. Como consequência é necessário um trabalho interdisciplinar e que a equipa tenha múltiplos conhecimentos sobre o envelhecimento e as normas sociais, porque para traçar objetivos e metas é necessário compreender as políticas, leis e normativas que as norteiam (Santos, 2015). Entender todo

este processo é compreender de forma holística os aspetos individuais e coletivos da vida dos indivíduos.

A temática da interdisciplinaridade tem grande relevo para o Serviço Social, pois a sua prática visa desenvolver e contribuir para tornar as organizações do cuidado menos discriminatórias, mais humanistas, e acima de tudo promotoras da capacitação e auto-determinação dos utentes que as acolhem, beneficiando para isso do contributo dos vários profissionais. De forma complementar, a necessidade de suscitar um olhar interdisciplinar na abordagem das situações problema (que se apresentam multicausais), é crucial para o Serviço Social, representando a intervenção de cariz interdisciplinar um fator crucial para a melhoria dos serviços a prestar aos idosos.

Em suma, a interdisciplinaridade situa-se num nível avançado de cooperação e coordenação e permite valorizar o conhecimento decorrente de relações de intersubjetividade e de copropriedade, baseadas em atitudes de diálogo, sendo também um princípio da diversidade e da criatividade (Ely, 2003). Num estudo de Dias (2013), com o intuito de avaliar os Assistentes Sociais a atuar no campo da intervenção precoce, inseridos no modelo transdisciplinar e no modelo interdisciplinar, concluiu-se que o Assistente Social transdisciplinar demonstrava algumas dificuldades em operacionalizar o plano de intervenção, tinha pouca supervisão e dificuldades de articulação com outros serviços, enquanto o Assistente Social interdisciplinar revelava uma tipologia de colaboração de equipa e um plano de intervenção funcional. O autor concluiu que o Assistente Social transdisciplinar se mostra inserido num contexto desorganizado e o Assistente Social interdisciplinar, num contexto organizado.

3.2. Serviço Social e a função diretiva numa ERPI

O Assistente Social pode desenvolver funções de direção, designadamente a nível técnico, constituindo o Diretor Técnico, ao nível da gestão de entidades não lucrativas, um profissional que vem sendo crescentemente reconhecido (IQF, 2005, p.136) como “um gestor intermédio que possui conhecimentos técnicos da área na qual a entidade intervém e que assume um papel fundamental no planeamento do tipo de intervenção que a entidade deve ter”. Em relação às ERPI, a portaria nº 67/2012, refere no seu artigo 11º, nº 1, que “A direção técnica da estrutura residencial é assegurada por um técnico com formação superior em ciências sociais e do comportamento, saúde ou serviços sociais e, preferencialmente, com experiência profissional para o exercício das funções”, estando largamente atribuída esta função aos profissionais licenciados em Serviço Social. Nos

termos do mesmo diploma a função diretiva pressupõe um conjunto de atribuições, designadamente a direção do estabelecimento, possuindo o respetivo profissional responsabilidades ao nível da “programação de atividades e a coordenação e supervisão de todo o pessoal, atendendo à necessidade de estabelecer o modelo de gestão técnica adequada ao bom funcionamento do estabelecimento, e em especial: a) Promover reuniões técnicas com o pessoal; b) Promover reuniões com os residentes, nomeadamente para a preparação das atividades a desenvolver; c) Sensibilizar o pessoal face à problemática da pessoa idosa; d) Planificar e coordenar as atividades sociais, culturais e ocupacionais dos idosos” (artº 11, nº 2). Segundo Sobreiro (2009, p. 52), o Diretor Técnico é o profissional que tem como funções “(...) planear, organizar, dinamizar e controlar as atividades que se traduzem em decisões que vão modificar acções e pessoas por si coordenadas”.

As principais funções do Assistente Social no âmbito da direção, gestão e coordenação de respostas gerontológicas, segundo Ribeirinho (2013) pressupõem:

- ❖ ter em atenção as necessidades de uma qualificação adequada para a função que cada profissional desempenha;
- ❖ orientar os profissionais para as tarefas a realizar;
- ❖ potenciar e executar programas de formação relacionados com as pessoas idosas;
- ❖ monitorizar o número de profissionais em relação ao número de residentes;
- ❖ fomentar um trabalho de qualidade;
- ❖ motivar o residente a denunciar o mau-trato profissional;
- ❖ promover reuniões de equipa.

Para Amat (2003, p. 334), as funções de direção passam por:

- ❖ planificar, ou seja, determinar a estratégia, com base no objetivo e no caminho que se permite alcançar;
- ❖ organizar, isto é, analisar a estrutura que é necessária numa ERPI, o tipo de direção, definir os postos de trabalho, os sistemas de evolução, a remuneração e a informação;
- ❖ dirigir, isto é, fazer cumprir o plano estipulado por intermédio da comunicação, motivação, etc.;
- ❖ controlar, ou seja, supervisionar como é cumprido o plano;
- ❖ avaliar, ou seja, aferir o alcance dos objetivos e analisar a estratégia.

No âmbito das ERPI, as tarefas de supervisão fazem parte da atividade dos Assistentes Sociais. A este propósito, refira-se, que a supervisão em Serviço Social traduz uma dinâmica interventiva, que se mostra associada historicamente à profissão, visto que pressupõe o acompanhamento da relação de ajuda centrada na capacitação do utente, podendo, e segundo Carvalho (2016), decorrer de processos profissionais (processo de intervenção e conhecimento profissional) e pedagógicos (acompanhamento e avaliação da relação de ajuda).

O conceito de supervisão é o “principal meio pelo qual o supervisor, designado por uma instituição habilita os funcionários, individualmente e colectivamente, e assegura a eficácia da prática. O objetivo é habilitar os supervisados a realizarem o seu trabalho de forma tão eficaz quanto possível” (Brown & Bourne, 2002, citado por Sobreiro, 2009, p. 53).

De facto, os supervisores que atuam em ERPI são profissionais que influenciam a realização e sucesso das tarefas desempenhadas pelos membros da equipa, ou seja, o supervisor reveste elevada importância para a continuidade e sucesso do equipamento social, competindo-lhe “prestar atenção, clarificar, encorajar, servir de espelho, dar opinião, ajudar a encontrar soluções para os problemas, negociar, orientar, estabelecer critérios e condicionar” (Sobreiro, 2009, p. 55). Neste sentido, os diretores técnicos devem ser detentores de capacidades de liderança, a qual segundo Jesuíno (2005, p. 325), consiste num “processo complexo das interações, que têm lugar entre líderes e seguidores, entre chefes e subordinados, com vista a determinar os fatores causais explicativos de actuação dos grupos, bem como da sua maior ou menor eficiência”.

Como traços relevantes de um perfil de liderança, podem destacar-se: a “energia e tolerância ao stress”; a “autoconfiança”; o “*Locus* de controlo interno”; a “maturidade e estabilidade emocional”; a “honestidade para com a restante equipa de trabalho”; a “motivação para o sucesso alcançado”, entre outras características acopladas à relação do líder com profissionais (Afonso, 2011 citado por Roque, 2012, pp.12-13).

Cabe ao Diretor Técnico assumir a supervisão e uma atitude de liderança capaz de proporcionar um clima positivo a todos os membros da equipa de trabalho, já que estes, sendo os recursos organizacionais fundamentais, carecem de estar motivados para que se alcance o objetivo comum de salvaguarda da qualidade de vida das pessoas idosas. Assim, favorecer a formação permanente dos profissionais, impulsionar o intercâmbio de experiências e conhecimentos com outros profissionais externos e desenvolver em todos os profissionais o sentido de pertença e de responsabilidade em realizar um bom trabalho

(mediante o trabalho em equipa), traduzem algumas das competências do Diretor Técnico neste âmbito (Amat, 2003).

Paralelamente, estes profissionais também contribuem para equacionar o desenho da organização e os respetivos processos de funcionamento, o que implica em relação aos postos de trabalhos, o número, a qualificação, o perfil, os objetivos de cada um e as tarefas, sendo elementos cruciais na estrutura hierárquica (e.g., para mediar todo um conjunto de relações internas) e no quadro dos sistemas de controlo, perspetivando, por exemplo, a evolução dos profissionais, e das suas tarefas (idem, ibidem).

Cabe, pois, inevitavelmente, ao Diretor Técnico gerir um leque significativo de pessoas que integram a instituição, implicando esta gestão, por entre várias outras funções, a análise e procura de soluções advindas, dos conflitos que se manifestam em cada grupo e da necessidade de realizar mudanças que se considerem importantes (idem, ibidem). No essencial, a intervenção profissional comprometida com a direção e gestão de uma ERPI intenta fomentar a coordenação e a supervisão dos profissionais que vá ao encontro do reforço da qualidade da equipa de trabalho, pretendendo-se potenciar por via da motivação dos profissionais nela integrados, uma melhor prestação de serviços para com as pessoas idosas.

Capítulo 4 - A Entidade e o Estabelecimento de Acolhimento de Estágio

4.1. A Associação Atalaia Living Care e o Lar de Câmara de Lobos (LCL)

A AALC constitui uma IPSS, situada na Região Autónoma da Madeira (RAM), que está vocacionada para a prestação de cuidados aos indivíduos que integram a estrutura da Unidade de Cuidados Continuados Integrados (UCCI) de longa duração e manutenção na freguesia do Caniço, assim como para a prestação de cuidados a idosos integrados no LCL, situado na freguesia de Câmara de Lobos, constituindo este o contexto de acolhimento do estágio.

Segundo a Resolução n.º 37/2018, de 2 de fevereiro, a AALC “tem como objetivo promover o apoio à família e desenvolver respostas sociais dirigidas a pessoas idosas, contribuindo para o seu bem-estar físico, moral e social, a qual se encontra devidamente registada no Instituto de Segurança Social da Madeira, IP-RAM”.

O LCL foi inaugurado a 27 de março de 2017, com o intuito de assegurar a prestação dos cuidados necessários de apoio social a pessoas idosas, os quais abrangem a

disponibilização contínua e ininterrupta das atividades, serviços e bens indicados²¹. Possui como valências: uma ERPI (com capacidade para 60 utentes) e um centro de dia (com capacidade para 30 utentes).

Mais especificamente e referente ao LCL, os seus objetivos visam:

- a) Proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática das pessoas idosas;
- b) Prestar cuidados adequados à satisfação das necessidades dos residentes tendo em vista o sentimento de segurança e bem-estar e respeito pela sua independência, individualidade e privacidade;
- c) Promover as relações familiares e as ligações à comunidade;
- d) Fomentar a satisfação das famílias ou pessoas responsáveis pelo internamento no apoio aos residentes, visando a melhoria da sua qualidade de vida.

Este lar surgiu como resposta urgente e inadiável à necessidade de providenciar uma resposta eficaz e eficiente à significativa e crescente ocupação de camas hospitalares por utentes em situação de alta clínica, sobretudo por parte de pessoas idosas, devido ao seu grau de dependência e ao facto de não terem uma rede de apoio social que lhes permitisse garantir a prestação de cuidados necessários, dificultando assim o seu regresso ao domicílio de forma segura e a um ambiente mais propício a assegurar a sua qualidade de vida (Vd. Resolução n.º 37/2018, 2 de fevereiro).

O LCL está inserido na comunidade, mais propriamente no centro da freguesia de Câmara de Lobos, sito na Avenida Nova Cidade, mostrando-se envolto e enquadrado num local provido de transportes públicos, de fácil acesso a pessoas e viaturas e próximo de estabelecimentos de apoio social e saúde. Adicionalmente, este equipamento possui na sua adjacência espaços recreativos e culturais, parques e jardins públicos, o que potencia uma maior convivência social e qualidade de vida às pessoas idosas.

Em termos das áreas funcionais o LCL possui no piso -1, a lavandaria; no piso 2 contempla 29 quartos para os residentes (10 quartos duplos e 19 quartos individuais), uma copa, um quarto de banho assistido, um gabinete de enfermagem, um gabinete médico,

²¹ Segundo o regulamento interno de funcionamento provisório do Lar de Câmara de Lobos, os serviços, atividades e bens indicados são os seguintes: alojamento, serviço de alimentação, apoio no desempenho das atividades da vida diária, atividade de manutenção e estimulação e prática de hábitos de autonomia, cuidados médicos básicos, cuidados de enfermagem diários, atividades de animação sociocultural, recreativa e ocupacional, lavagem e tratamento de roupa, cuidados de higiene pessoal e conforto, serviço de transporte a hospitais ou outros serviços de saúde sempre que necessários, com a supervisão e acompanhamento por trabalhador da instituição, administração de fármacos ou medicamentos, fornecimento de fraldas, apoio psicossocial e vigilância e segurança dos residentes.

uma sala de preparação de medicação, uma zona técnica, uma zona de arrumos e uma zona de sujos e limpos²². O piso 3 dispõe de, uma receção, o gabinete da direcção da AALC, o gabinete afeto à direcção técnica, dois gabinetes técnicos, uma sala de reuniões, uma sala de fisioterapia / terapia ocupacional / ginástica, uma sala de atividades, uma sala de convívio, um refeitório, uma cozinha, uma sala de arrumos, instalações para os funcionários e instalações sanitárias. Por último, o piso 4 detém, 21 quartos individuais para os residentes, uma copa, um quarto de banho assistido, um gabinete de enfermagem, uma zona técnica, uma zona de arrumos e uma zona de sujos e limpos (Vd. Figura 4).

<p>Piso -1:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lavandaria: repositório para receção da roupa suja; máquina de lavar e secar roupa; prateleiras para roupa lavada; mesa de costura; mesa de passar roupa a ferro. 	<p>Piso 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quartos individuais e duplos com instalações sanitárias em cada quarto • Copa • Quarto de banho assistido • Gabinete de serviços Farmacêuticos • Gabinete de enfermagem • Gabinete médico • Sala de preparação de medicação • Zona técnica • Zona de arrumos • Zona de sujos e limpos
<p>Lar de Câmara de Lobos: Áreas físicas funcionais</p>	
<p>Piso 3:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Receção • Gabinete da Direcção AALC • Gabinete da Direcção Técnica • Gabinetes técnicos • Sala de reuniões • Sala de fisioterapia / terapia ocupacional / ginástica • Sala de atividades • Sala de convívio • Refeitório • Cozinha • Sala de arrumos • Instalações para o pessoal • Instalações sanitárias 	<p>Piso 4:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quartos individuais com instalações sanitárias em cada quarto • Copa • Quarto de banho assistido • Gabinete de enfermagem • Zona técnica • Zona de arrumos • Zona de sujos e limpos

Figura 4: Áreas físicas funcionais do LCL.

Fonte: Elaboração própria.

²² Refira-se que o piso 0 e 1 pertencem ao Centro de Saúde de Câmara de Lobos.

4.2. A equipa de trabalho no LCL

A atividade desenvolvida numa ERPI é toda ela centrada nas pessoas idosas e em todo o ambiente que a envolve, havendo portanto uma relação intrínseca entre os profissionais afetos à ERPI e os residentes. Os profissionais do LCL asseguram o exercício das atividades que lhe são próprias com base no respeito pelos princípios relativos à prestação de cuidados às pessoas idosas e à interdisciplinaridade, procurando neste sentido compatibilizar programas, planos e iniciativas associadas à sua intervenção.

O LCL apresenta uma equipa técnica que agrega diferentes saberes, integrando os seguintes profissionais: Assistente Social, Diretora Técnica, Educadora Social., Animadora Sociocultural, Psicóloga, Farmacêutica, assim como Médicos (3) e Enfermeiros (8). Além destes profissionais existem outros que se mostram fulcrais ao funcionamento do LCL, designadamente, os que integram a equipa de ação direta, a equipa dos serviços gerais, a equipa da lavandaria, e a equipa da receção (Vd. Figura 5).

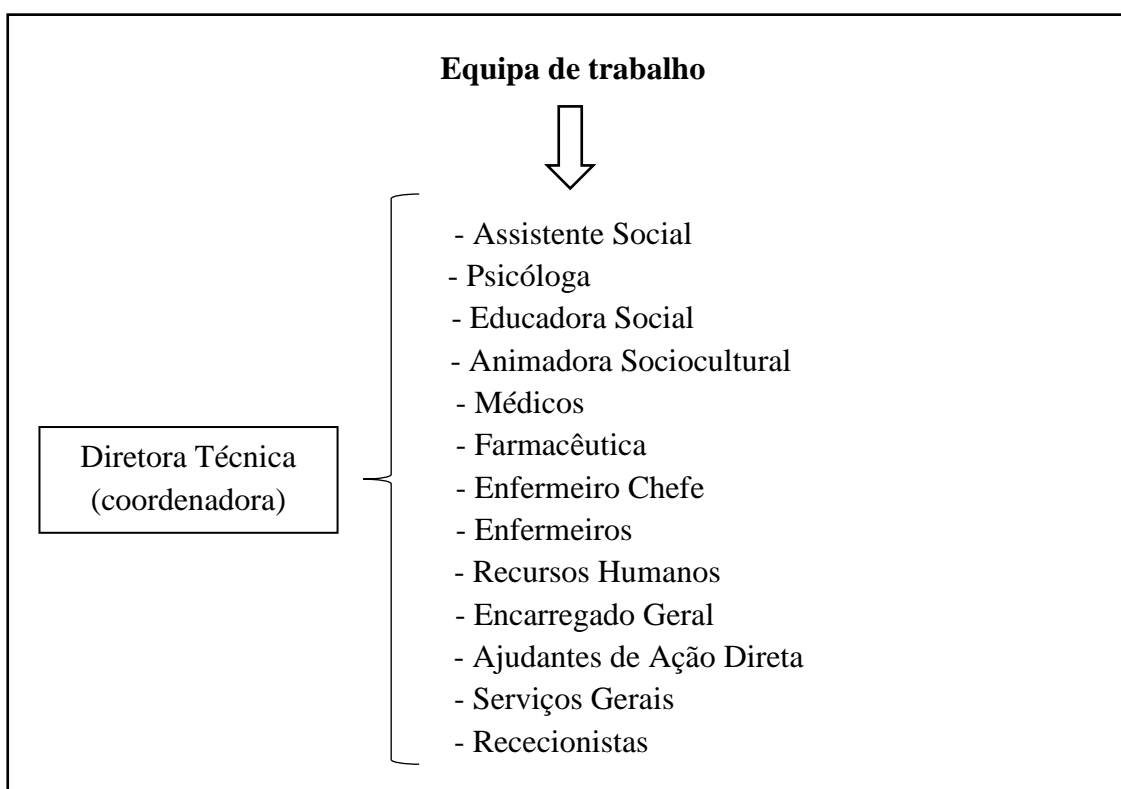


Figura 5: Composição da equipa de trabalho interdisciplinar no LCL.

Fonte: Elaboração própria.

Considerando o âmbito da análise que foi por nós privilegiado para desenvolver o trabalho de investigação e tendo por base a convenção que regula as relações de trabalho

entre IPSS²³, bem como, o regulamento interno de funcionamento do LCL, por entre os vários profissionais afetos a esta resposta, encontram-se os seguintes:

- Diretora Técnica: é a profissional que “estuda, organiza e dirige, (...) as actividades da instituição; colabora na determinação da política da instituição; planeia a utilização mais conveniente da mão-de-obra, equipamento, materiais, instalações e capitais; orienta, dirige e fiscaliza a actividade da instituição (...), a política adoptada e as normas e regulamentos prescritos; cria e mantém uma estrutura administrativa que permita explorar e dirigir a instituição de maneira eficaz; colabora na fixação da política financeira e exerce a verificação dos custos”²⁴ (Vd. Boletim do Trabalho e Emprego, nº 25, 8/7/2016).

- Assistente Social: é a profissional que “estuda e define normas gerais, esquemas e regras de actuação do serviço social das instituições; procede à análise de problemas de serviço social (...); assegura e promove a colaboração com os serviços sociais de outras instituições ou entidades; estuda com os indivíduos as soluções possíveis dos seus problemas (...); ajuda os utentes a resolver adequadamente os seus problemas de adaptação e readaptação social (...)” (Vd. Boletim do Trabalho e Emprego, nº 25, 8/7/2016).

- Técnico Superior de Educação Social: “É o trabalhador que concebe, investiga, executa, articula, potencia, apoia, gere, avalia projectos e programas assentes em redes, actores e parcerias sociais, assentes na prática sócio-educativa e pedagógica, desenvolvida em contexto social (...)” (Vd. Boletim do Trabalho e Emprego, nº 25, 8/7/2016).

- Técnico Superior de Animação Sociocultural: “É o trabalhador que investiga, integrado em equipas multidisciplinares, o grupo alvo e o seu meio envolvente, diagnosticando e analisando situações de risco e áreas de intervenção sob as quais actuar. (...). Planeia, organiza e promove/desenvolve actividades de carácter educativo, cultural, desportivo, social, lúdico, turístico e recreativo, em contexto institucional, na comunidade ou ao domicílio (...)” (Vd. Boletim do Trabalho e Emprego, nº 25, 8/7/2016).

²³Vd. Boletim do Trabalho e Emprego, nº 25, 8/7/2016, pp. 1969-1982.

²⁴ Segundo o Regulamento interno de funcionamento do LCL, cabe à Diretora Técnica: dirigir, coordenar e orientar os serviços e zelar pelo eficaz e eficiente funcionamento; potenciar condições que assegurem a satisfação das necessidades bio-psico-sociais dos residentes; apoiar os residentes na satisfação das suas necessidades e acompanhar todo o processo de integração e participação na ERPI, assim como estabelecer contacto com a sua rede de apoio social; averiguar as sugestões e reclamações dos residentes e potenciar o devido seguimento; estimular e aconselhar a adoção de medidas que visem otimizar as condições de prestação dos cuidados aos residentes; coordenar os profissionais envolvidos na prestação de cuidados aos residentes; elaborar estatísticas; conceber o plano de atividades e o relatório de atividades anuais; coordenar as atividades lúdicas e recreativas; estudar e definir normas gerais; proceder à análise de problemas diretamente relacionados com os serviços do Lar; promover a articulação interinstitucional com os serviços sociais e outras entidades; e providenciar as comunicação ao Instituto de Segurança Social da Madeira, IP-RAM de vagas previstas em Acordo de Cooperação.

- Psicólogo: É o profissional que “estuda o comportamento e os mecanismos mentais do homem (...); analisa os problemas resultantes da interação entre indivíduos, instituições e grupos; estuda todas as perturbações internas e relacionais que afectam o indivíduo; investiga os fatores diferenciais, biológicos, ambientais e pessoais do seu desenvolvimento, assim como o crescimento progressivo das capacidades motoras e das aptidões intelectivas e sensitivas (...)” (Vd. Boletim do Trabalho e Emprego, nº 25, 8/7/2016).
- Enfermeiro Chefe: é o profissional que “chefia o serviço de enfermagem e avalia os enfermeiros da unidade e ou serviço prestadores de cuidados” (Vd. Boletim do Trabalho e Emprego, nº 25, 8/7/2016).
- Médico especialista: É o profissional que “desempenha as funções fundamentais do médico de clínica geral, mas especializa-se no tratamento de certo tipo de doenças ou num ramo particular de medicina, sendo designado em conformidade” (Vd. Boletim do Trabalho e Emprego, nº 25, 8/7/2016).

4.3. Atividades efetuadas em contexto de estágio no LCL

As atividades efetuadas em contexto de estágio no LCL ocorreram em quatro dimensões principais. Primeiramente foram desenvolvidas atividades no âmbito da integração no LCL, posteriormente, o estágio envolveu atividades profissionais enquadradas no espectro da intervenção do Serviço Social, tendo também sido desenvolvidas outras atividades complementares, bem como, uma atividade direcionada para caracterização dos idosos residentes no LCL (por solicitação da instituição) (Vd. Apêndice 1).

❖ Atividades de integração na instituição:

A integração no LCL constituiu uma fase inicial do estágio, a qual beneficiou da proximidade ao contexto da instituição assim como à prática do profissional de Serviço Social.

Deste modo, o primeiro dia de estágio foi dedicado ao contato com a estrutura física do LCL, assim como à apresentação da equipa técnica e não técnica da instituição, tendo sido possível obter um conhecimento preliminar, sobre as funções e o papel dos profissionais deste equipamento social, assim como das rotinas diárias dos mesmos.

Em momentos seguintes, procedeu-se ao conhecimento mais pormenorizado de toda a documentação intrínseca à entidade, no que concerne a regulamentos e normas (e.g., regulamento interno de funcionamento do LCL, contrato de prestação de serviços,

contrato coletivo entre a Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade e a Federação Portuguesa dos Sindicatos do Comércio, Escritórios e Serviços e Outros, portaria n.º 67/2012 de 21 de março e resolução n.º 37/2018, de 2 de fevereiro).

❖ Atividades de intervenção do Serviço Social no LCL

A intervenção do Serviço Social amplia-se e torna-se fulcral para as boas práticas em equipamentos sociais de cuidados de longa duração. Existem variadas ações implementadas nestas estruturas por forma a garantir os direitos e o bem-estar das pessoas idosas residentes.

As atividades desenvolvidas pela estagiária no que concerne à intervenção profissional consubstanciaram-se nas mesmas ações e rotinas diárias desenvolvidas pela Assistente Social do LCL. Deste modo, foram desenvolvidas atividades no quadro, da admissão e acolhimento de utentes, da elaboração do processo e do plano individual de cuidados e da avaliação do plano individual. De salientar que nestas atividades, a estagiária assumiu inicialmente o papel de observadora não participante, passando posteriormente a ter uma postura mais interventiva, como observadora participante, e mesmo de intervenção autónoma.

Admissão e acolhimento:

A intervenção do Serviço Social inicia-se no LCL após despacho de autorização por parte do membro do Conselho Diretivo do Instituto de Segurança Social da Madeira, Instituto Público da Região Autónoma da Madeira (ISSM, IP-RAM) da institucionalização da pessoa idosa, sendo a seleção dos residentes da exclusiva responsabilidade do ISSM, IP-RAM.²⁵

Na admissão, e visto que os idosos são encaminhados pelo Serviço Social do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, E.P.E. (SESARAM, E.P.E.), a Diretora Técnica estabelece contacto com o coordenador do Serviço Social do SESARAM, E.P.E. para realizar a marcação da data de ingresso do futuro residente, sendo a receção do residente realizada pela Diretora Técnica e Assistente Social do LCL. No ato da admissão ainda é realizado um registo dos bens de valores do residente (GCPAS & CID, 2005).

²⁵ Antes de a candidatura ser efetuada no ISSM, IP-RAM, a pessoa idosa é sinalizada pelo Serviço Social do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, E.P.E. (SESARAM, E.P.E.) como uma alta clínica com intenção da institucionalização em ERPI ao ISSM, IP-RAM.

Na admissão e acolhimento procede-se à avaliação das necessidades e expectativas iniciais do residente e/ou família, e é dado a conhecer o Regulamento interno da instituição à pessoa idosa ou, em caso de incapacidade, aos seus familiares ou representante legal. De igual modo, é também dada a conhecer, além dos funcionários e dos outros residentes, a estrutura física da instituição, é apresentado o programa de atividades da instituição e é realizado o processo individual do cliente

Processo individual e plano individual (Plano integrado de cuidados individualizados – PICI):

No LCL, o processo individual é elaborado e preenchido pela Assistente Social, assente numa abordagem holística da pessoa idosa e decorrente do trabalho em rede. O processo individual que agrega, em anexo, o plano individual²⁶ da pessoa idosa (denominado de PICI no LCL) traduz um documento que se mostra organizado em três partes, contendo informação administrativa, informação social e informação clínica.

A informação administrativa integra os documentos relativos aos aspetos administrativos e financeiros do residente, nomeadamente: a identificação do residente e dos seus familiares ou responsável legal, os documentos relativos aos aspetos financeiros do residente (rendimentos), a cópia dos seus documentos pessoais, a informação relativa ao montante da mensalidade a pagar, a identificação do responsável pelo pagamento, entre outras informações.

A informação social contém o relatório da situação sociofamiliar do residente, onde se incluem dados relativos, à situação habitacional, apoios sociais, indicadores de risco e potencialidades, expectativas face ao internamento (do residente, família/cuidador responsável, rede de suporte social), registo das observações e ocorrências, hábitos, preferências, interesses, entre outros elementos.

A informação clínica agrega a documentação de saúde, designadamente o relatório médico atualizado, a folha médica, a identificação dos responsáveis pela determinação e execução dos atos e procedimentos e a indicação do médico assistente (e do respetivo contato), entre outros elementos.

No decorrer do estágio, foram sendo atribuídas funções de maior responsabilidade à estagiária, nomeadamente a observação dos processos de admissão, a realização de

²⁶ Segundo o ISS, I.P. (2011, p. 13) o plano individual “é um instrumento formal que visa organizar, operacionalizar e integrar todas as respostas às necessidades, expectativas e potenciais de desenvolvimento identificadas em conjunto com o cliente”.

atendimentos aos residentes e/ou familiares²⁷, a avaliação das necessidades e dos potenciais de desenvolvimento do idoso, e o preenchimento dos processos individuais das pessoas idosas residentes.

Execução do plano individual:

O estágio proporcionou à estagiária a possibilidade de acompanhar a execução e continuidade do plano individual e de forma intrínseca, as atividades de desenvolvimento pessoal (planos de atividades de animação sociocultural e psicologia, fisioterapia, terapia ocupacional), direcionadas para promover a autonomia, a independência, a qualidade de vida, os cuidados adequados e as relações familiares e sociais dos residentes. Foi possível analisar, selecionar e registar toda a informação no âmbito da intervenção profissional, sempre com o intuito de envolver e orientar os residentes e as suas redes de apoio pessoal, tendo sido efetuada a necessária articulação, quer com os elementos da equipa de trabalho, quer com os outros serviços da comunidade.

Manutenção e Avaliação do plano individual:

Ao nível da manutenção e avaliação do plano individual, a estagiária avaliou com o acompanhamento da Assistente Social, as mudanças ocorridas na situação dos residentes, aferindo, quer a existência de problemas adicionais, quer a necessidade de alteração dos planos individuais, ou de atualização das estratégias de atuação. Esta atividade permitiu avaliar o processo de intervenção na sua globalidade e verificar as mudanças ocorridas.

Atividades complementares no LCL:

Para além das tarefas de intervenção social descritas anteriormente, foram desenvolvidas outras atividades ao longo do estágio, designadamente, de articulação interinstitucional, por exemplo com o ISSM, IP-RAM, de participação nas reuniões com a equipa, de monitorização/controlo de fisioterapia e terapia ocupacional, de auxílio na atualização de vinhetas verdes e nos procedimentos relativos ao valor da comparticipação mensal.

²⁷ A primeira entrevista com o residente e/ou rede pessoal de apoio serve para criar um elo de empatia e confiança, com vista a perceber e obter informação suficiente sobre a pessoa idosa. O Assistente Social procura receber, escutar e recolher informações, assim como disponibilizar todas as informações e indicações (e.g., serviços que a instituição disponibiliza de forma gratuita e serviços pagos, normas de funcionamento, regras e deveres da instituição, regulamento interno, horários e atividades, modo de pagamento, horários e procedimentos de visitas, entre outros).

Além do referido, a estagiária participou numa sessão de esclarecimento para os idosos intitulada, “Campanha de Vacinação da Gripe 2018/2019” e prestou apoio na animação sociocultural.

❖ Atividade: Caracterização dos idosos residentes no LCL:

A pedido da instituição, foi desenvolvida uma caracterização dos residentes do LCL institucionalizados à data do estágio curricular, no que concerne aos seguintes indicadores: sexo, idade, estado civil, agregado familiar, habilitações literárias, residência, grau de dependência, tipo de dependência, tempo de permanência no LCL e número de visitas por mês.

Do apuramento efetuado (Vd. Apêndice 2) constatou-se, quanto ao sexo, os residentes eram maioritariamente mulheres, indicador este que vai ao encontro de outros estudos (Castro & Amorim, 2016; Duca et al., 2012), que também verificaram que a maioria de pessoas idosas institucionalizadas pertenciam ao sexo feminino.

No que diz respeito às idades dos residentes, verificou-se existir uma amplitude de idades, sendo que a idade mínima se situava nos 43 anos e a idade máxima nos 99 anos, apresentando-se a média de idades nos 80 anos, a moda nos 93 anos e a mediana nos 83 anos. Daqui resulta, que a grande percentagem (32%) dos residentes possuíam idades entre os 80 e os 89 anos, ou seja, integravam-se na categoria dos “idosos idosos”, segundo Neugarten (1975, 1979 citado por Fonseca, 2004).

Quanto ao estado civil, observou-se que 36 dos residentes eram viúvos, 16 eram solteiros, 6 eram casados e 5 eram separados/divorciados, mostrando-se estes dados novamente convergentes, quer com o estudo de Duca et al. (2012), o qual sublinha que os idosos institucionalizados eram em sua maioria viúvos, quer com o estudo de Castro e Amorim (2016), que também concluiu que a maioria dos idosos em lar eram viúvos ou solteiros.

Passando à análise do agregado familiar dos residentes do LCL, antes da sua institucionalização, foi possível verificar que 33 residentes viviam sozinhos. Por sua vez, 11 residentes tinham um agregado composto por duas pessoas, 9 residentes, por três pessoas, 5 residentes, por 4 pessoas, e por fim, 1 residente vivia, antes da sua entrada na instituição, com 5 pessoas.

No que respeita às habilitações literárias, a estagiária verificou que 31 dos residentes eram analfabetos e 25 dos residentes possuíam até ao 4º ano de escolaridade. Nas habilitações literárias entre o 5º e o 6º ano, entre o 7º e o 9º ano e entre o 10º e 12º

anos, apenas se sinalizou 1 residente, em cada um dos intervalos. Neste domínio, refira-se, que também o estudo de Menezes e seus colaboradores (2011) destacaram, por entre os idosos institucionalizados, uma maior prevalência de indivíduos analfabetos e com baixa escolaridade.

No que diz respeito à residência dos utentes antes da entrada no LCL, a maioria habitava no concelho de Câmara de Lobos (26 residentes), sendo importante salientar, que por este ser o concelho onde está instalado o LCL, é dada prioridade aos utentes que aí habitem, para efeitos da sua admissão no lar. Verificou-se também, que dos residentes, 23 habitavam no Funchal, possivelmente por este ser um concelho vizinho ao de Câmara de Lobos. Ainda em relação a esta variável, constatou-se que dos concelhos de Ponta do Sol e Santa Cruz eram provenientes 3 residentes (em cada concelho) e dos de Ribeira Brava e Machico eram provenientes 2 residentes (em cada concelho).

Relativamente ao grau de dependência, constatou-se que 20 dos residentes eram totalmente dependentes, 16 eram dependentes, 17 eram parcialmente dependentes e 6 eram funcionalmente autónomos. Esta realidade pode dever-se ao facto do LCL receber utentes provenientes apenas de altas clínicas, apresentando-se os idosos com múltiplas e graves limitações nas AVD's. De facto, segundo Ferretti (2004, citado por Medeiros, 2012) e Greco (1999 citado por Medeiros, 2012) as hospitalizações recentes e a dependência para realizar as AVD são fatores de risco para a institucionalização.

Atendendo ao indicador, grau de dependência, 30 residentes apresentavam dependência a nível mental e motor, 21 apresentavam dependência motora, 6 não apresentava qualquer tipo de dependência, 1 residente apresentava dependência a nível mental e 1 residente acumulava dependência a nível mental, motor e visual.

No que concerne ao tempo de permanência no LCL, a grande maioria dos utentes encontrava-se no lar há mais de um ano, ainda que não ultrapassando os 23 meses em termos de permanência na instituição, o que se deve ao facto da instituição ter relativamente pouco tempo de existência, sendo que os primeiros residentes entraram a 2 de fevereiro de 2018.

Por fim, relativamente à avaliação da distribuição média do número de visitas por mês, aos residentes do LCL, foi possível aferir que a maioria dos residentes (14 idosos) têm até 5 visitas por mês (14 idosos) e um número mais diminuto de utentes (9 idosos), recebe entre 26 a 30 visitas por mês.

Importa referir, que a participação nas diversas áreas de atividade do LCL, o contacto com os residentes, familiares e profissionais e a ação interdisciplinar,

consubstanciaram-se em importantes ações no desenvolvimento de competências pessoais e profissionais da estagiária.

PARTE III – A INTERDISCIPLINARIDADE NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS AOS IDOSOS: ESTUDO EMPÍRICO

Capítulo 6 – Delineamento Metodológico

6.1. Formulação do problema

A formulação do problema consiste na fase inicial de todo o processo investigativo. Para Marconi e Lakatos (2003, p. 126) a formulação do problema “(...) indica exatamente qual a dificuldade que se pretende resolver”. O problema tem por base “um enunciado explicativo de forma clara, compreensível e operacional, cujo melhor modo de solução ou é uma pesquisa ou pode ser resolvido por meio de processos científicos” (idem, *ibidem*, pp.126-127).

Neste entendimento, o questionamento central subjacente ao estudo desenvolvido foi motivado pelo evoluir do fenómeno do envelhecimento, o qual reverte no presente uma significativa importância, traduzindo um desafio para as estruturas que prestam cuidados, e em particular para a equipa e profissionais associados ao cuidado. Como atrás se discutiu, o envelhecimento progressivo da população, a maior longevidade e o aumento da dependência têm vindo a intensificar a procura às respostas de institucionalização por parte das pessoas idosas ou por parte da sua rede familiar (e.g., Luz, 2019). A transição das pessoas idosas para uma instituição e as conseqüentes repercussões derivadas da sua inserção num “ambiente” diferente, bem como outros fatores associados aos indivíduos e de natureza externa, ou seja, contextual, colocam vários desafios às estruturas organizativas que se orientam para o cuidado. Neste âmbito, o trabalho em equipa adquire grande relevo, não apenas em virtude das múltiplas problemáticas que caracterizam os idosos (e.g., incapacidade, falta de recursos económicos, conflitos familiares), mas também porque os vários profissionais precisam de articular processos e estratégias de intervenção, para através de uma abordagem holística e de cariz interdisciplinar irem ao encontro das problemáticas, que no seu conjunto desafiam as instituições.

Tendo por base esta fundamentação e tendo como finalidade, contribuir para, através da leitura da teoria e da análise da prática em contexto específico (i.e., LCL), fomentar uma melhor perceção acerca das dinâmicas subjacentes ao trabalho interdisciplinar, apurando como as mesmas revertem diferença na prestação de cuidados residenciais, foram erguidas as seguintes questões orientadoras do estudo:

- Como se concretiza a interdisciplinaridade decorrente do trabalho em equipa na prestação de cuidados aos idosos no LCL?
- Qual o papel do Serviço Social na equipa prestadora de cuidados?

6.2. Definição dos objetivos

Definir objetivos faculta toda a orientação do processo de pesquisa, sendo esta etapa de particular importância (Moreira, 1994). Segundo Marconi e Lakatos (2003) o objetivo geral está ancorado à visão global e abrangente do tema em relação a conteúdos inerentes da investigação, e os objetivos específicos exercem uma ação concreta na obtenção do objetivo geral e na aplicação de situações particulares.

Deste modo esta investigação assumiu objetivos gerais e objetivos específicos, sendo que os primeiros pretenderam:

- Compreender como se concretiza a interdisciplinaridade decorrente do trabalho em equipa na prestação de cuidados aos idosos no LCL;
- Compreender o papel do Serviço Social na equipa prestadora de cuidados.

No que concerne aos objetivos específicos procurou-se:

- Apreender a perceção tida acerca da interdisciplinaridade, no que se refere ao seu âmbito, complementaridades que promove e dinâmicas do trabalho em equipa;
- Compreender os papéis dos diferentes profissionais na equipa e o seu contributo para a prática interdisciplinar;
- Distinguir o contributo/desempenho do Serviço Social e da Diretora Técnica na equipa prestadora de cuidados em termos da sua influência no desempenho das equipas e decorrente do seu perfil profissional / cargo exercido;
- Distinguir as limitações e potencialidades no trabalho interdisciplinar.

6.3. Modelo de análise

O modelo de análise, segundo Quivy e Campenhoudt (2005, p. 111), é “a charneira entre a problemática fixada pelo investigador, por um lado, e o seu trabalho de elucidação sobre um campo de análise forçosamente restrito e preciso, por outro”. Sobretudo, o modelo de análise reflete a abordagem que orienta a investigação, procedendo à articulação da componente concetual e instrumental da investigação.

No presente estudo, o modelo de análise elencado assentou em três eixos centrais, referentes à percepção da interdisciplinaridade, ao papel dos profissionais na equipa e as limitações e potencialidades, os quais são de seguida explanados.

Perceção da Interdisciplinaridade

A apreensão da interdisciplinaridade (conceito matriz desta investigação) ocorreu a partir de duas vertentes, as quais, decorrentes da literatura (Amat, 2003; Filho, 1997; Fazenda, 2011; Gomes, 2009; Gomes, 2012; Gomes, 2016; García, 2003a; García, 2003b; Guerreiro, 2009; Japiassu, 1976; Louro, 2001; Pombo, 2004) foram consideradas relevantes para este entendimento. A primeira, referente ao âmbito da interdisciplinaridade, assumiu como indicadores, o significado (perceção do sentido atribuído à interdisciplinaridade no âmbito do trabalho em equipa) e os atributos do trabalho em equipa (considerados variáveis, consoante as vivências apreendidas por cada sujeito e a valorização que lhes atribuem).

Refira-se a este respeito que alguns estudos vêm realçando que a interdisciplinaridade se associa a atributos ou qualidades relacionadas com a ideia de integração de saberes, afirmação de uma problemática comum, aprendizagem mútua; trabalho conjunto; princípios e conceitos comuns; comunicação entre as diversas disciplinas e abertura mútua (Filho, 1997; Fazenda, 2011; Gomes, 2012).

A segunda vertente reportou-se às complementaridades suscitadas e dinâmicas do trabalho em equipa, focando indicadores, como, as partilhas (i.e., tipologias e natureza) e o processo da equipa de trabalho. A este respeito a literatura refere a troca de conhecimentos, a partilha de informação, o cruzamento de saberes, a comunicação e interação entre os membros de equipa e o nível da tomada de decisão relativamente a objetivos comuns, que são aspetos potenciadores da interdisciplinaridade (Louro, 2001; Gomes, 2012). De acordo com Louro (2001), no modelo interdisciplinar, cada profissional é responsável por partilhar a informação com os outros profissionais. Deste modo, com este indicador é possível compreender o desempenho da equipa de trabalho no planeamento e partilha de informação e conhecimentos com vista a uma melhor satisfação dos residentes do LCL. Acerca dos processos da equipa de trabalho, quando existe um trabalho destinado às pessoas idosas, neste caso numa ERPI, há a necessidade de um processo integrado e completo, na qual as necessidades desta população têm de ser atendidas. Uma equipa de trabalho com diferentes áreas consegue colmatar de forma holística todas as carências da pessoa idosa. Por conseguinte, este trabalho só será

efetuado através da coordenação dos profissionais e de uma boa linha de comunicação (Louro, 2001). Além da pertinência dada pelos autores a um procedimento baseado na interdisciplinaridade, o Regulamento Interno de Funcionamento do LCL enfatiza a elaboração de um plano integrado de cuidados individualizados (PICI) com os seguintes procedimentos: acolhimento personalizado no processo de integração; diagnóstico interdisciplinar, ao nível das diferentes áreas de intervenção bio-psico-social; elaboração do PICI numa perspetiva interdisciplinar, em que sejam definidos objetivos, ações e metas a atingir; e um acompanhamento/avaliações interdisciplinares periódicas. Ou seja, a própria entidade coloca uma certa relevância num procedimento interdisciplinar

Desta forma, importa perceber como os interlocutores intervindo de modo interdisciplinar analisam um processo, erguem um objetivo comum, realizam planos individualizados de intervenção dos residentes, registos escritos, reuniões periódicas, entre outras dinâmicas.

Papel dos Profissionais da equipa

O conhecimento dos profissionais acerca do seu papel na equipa promove um entendimento significativo e crescente que pode garantir a execução de um trabalho interdisciplinar. Neste sentido este eixo visou perceber o entendimento dos profissionais acerca do seu papel. No entanto, determinar o seu papel nem sempre é fácil, pois muitas vezes não existe clareza no papel de cada profissional, este, pode abarcar diversas funções inerentes à sua área de formação ou, ainda, porque existe uma hierarquização enraizada em algumas disciplinas (Gomes, 2012; Thylefors, 2012).

Este eixo centrou-se também no aspeto referente à formação dos profissionais da equipa. Entendida como relevante porque facilita a passagem da teoria e dos conhecimentos para a prática, a formação pode apresentar diversas limitações e potencialidades. Neste sentido, a influência e/ou suficiência da formação (e.g., conhecimentos adquiridos) podem influenciar o trabalho interdisciplinar. Adicionalmente, o reconhecimento sentido por parte da equipa e as consequências associadas à valorização do ser, isto é, de cada profissional, constituíram também matéria de focalização no estudo, associada ao papel dos profissionais da equipa.

Papel do Serviço Social e Diretora Técnica

O Serviço Social é uma área que atua em diversos ambientes e contextos e que prima pelo trabalho interdisciplinar. Como Ribeirinho (2013) enfatiza, para a

compreensão das problemáticas com que se depara na sua ação profissional, o Serviço Social socorre-se das várias áreas científicas integrando contributos daí provenientes.

Neste contexto, este eixo analítico posiciona o papel do serviço social assim como o papel da Diretora Técnica no seio da equipa.

Quanto ao papel do Serviço Social, a avaliação dos elementos que demarcam este profissional na equipa e o entendimento que deste (i.e., do seu papel) fazem, outros profissionais, constitui uma vertente analítico-empírica que mereceu destaque.

Corroborando com diversos autores, os profissionais de Serviço Social, nas IPSS, trabalham numa ótica de gestão participada e com diversos profissionais com diversas formações, o que permite aos Assistentes Sociais estar na linha da frente perante o envelhecimento ativo (e.g., Carvalho, 2014). O profissional de Serviço Social tem competências para estar na linha da frente numa equipa de trabalho pois apresenta um saber globalizante, ou seja, analisa e interpreta a situação total que envolve as pessoas, avalia as relações existentes, os recursos e as necessidades e ainda os fatores que dão origem aos problemas (Granja, 2008). Não existe um consenso para traçar um perfil ideal de um Assistente Social, mas existe a distinção entre o perfil do Técnico Superior de Serviço Social e o perfil do Assistente Social (Amaro, 2014).

Relativamente à vertente analítica centrada no papel da Diretora Técnica, aspetos relativos à avaliação da sua influência na equipa e às características que a distinguem, percecionadas pelos outros profissionais da equipa, erguem-se como elementos de discussão teórico-operativos. A este respeito é sabido que a influência da Diretora Técnica na equipa pode ser maior ou menor, na ótica dos diferentes profissionais, sendo que, tendencialmente, os próprios diretores técnicos valorizam mais o seu cargo na organização que os restantes profissionais (Roque, 2012). Relativamente ao segundo indicador, é preciso ter em conta que um Diretor Técnico, licenciado em Serviço Social apresenta já elementos considerados fundamentais nas características que se exigem para este cargo/função. A este respeito refira-se a supervisão, que como atrás se referiu, constitui um “elemento” que desde sempre esteve relacionado com a profissão, por via do acompanhamento da relação de ajuda centrada na capacitação do utente (Carvalho, 2016). Neste caso concreto estamos perante uma supervisão profissional, caracterizada “(...) pela ação de um profissional mais experiente, coordenador, que realiza a gestão da intervenção de um grupo de profissionais menos experientes” (O’Donoghue, 2002 citado por Carvalho, 2016, p.213). A liderança é outra componente que deve ser intrínseca ao

Diretor Técnico, e, segundo Jesuíno (2005), a liderança ocorre quando alguém exerce a direção de uma equipa, implementando planos, e motivando os profissionais.

Limites e Potencialidades

O eixo analítico referente as limitações e potencialidades, focaliza os constrangimentos, benefícios e desafios que resultam do trabalho interdisciplinar por referência à equipa de trabalho.

A integração de diversas áreas profissionais poderá ocasionar dificuldades relativas às relações de poder e sociais. Segundo Foucault (citado por Marques, 2015, p. 47), “o poder é sempre relacional e rizomático. Não tem propriamente um centro do qual irradia e exerce o domínio. Não está apenas num ponto concentrado no aparelho de estado nem nas mãos de uma única pessoa”. O interesse pela realização profissional de cada um pode estimular a competição ou cooperação no trabalho (Sato et al., 2011). A situação atual do mercado de trabalho também é outro fator que pode abalar um trabalho em equipa interdisciplinar colocando barreiras nas estratégias de saber/poder, de competição intra e intercorporativas e de processos institucionais (Vasconcelos, 1996 citado por Nogueira, 1998). A cooperação é vista por muitos autores como positiva na resolução eficaz dos problemas, no intercâmbio de conhecimentos e inovação e na motivação da equipa. A competição causa mais controvérsia, pois alguns autores enfatizam os benefícios económicos baseados em tarefas (produtividade), enquanto outros pesquisadores, enfatizam uma maior hostilidade e diminuição de confiança (Cewinska & Krasnova, 2017). Assim sendo, existem diversos indicadores que podem ser apresentados nas limitações e potencialidades no trabalho em equipa e que importa explorar.

6.4. Tipologia da investigação

No que concerne à tipologia da investigação e tendo em conta os objetivos que norteiam este estudo, o mesmo foi enquadrado no âmbito dos estudos qualitativos, de índole interpretativa, assumindo o formato de um estudo de caso.

Segundo Yin (2001, p. 32), o “estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenómeno contemporâneo dentro de seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenómeno e o contexto não estão claramente definidos”. Um estudo de caso “pode ser algo bem definido ou concreto, como um indivíduo, ou um grupo ou uma organização”, sendo vantajoso em situações humanas e contextos de vida real (Meirinhos & Osório, 2010, pp. 51-52).

Desta maneira, e visto que a investigação se focou no contexto organizacional onde decorreu o estágio, considerou-se pertinente a abordagem do estudo de caso institucional/organizacional, para apreender as informações contextuais e os contornos relativos ao trabalho interdisciplinar efetuado pela equipa de trabalho do LCL.

6.5. Delimitação da pesquisa: contexto espacial e temporal

A delimitação da pesquisa permite concentrar o estudo em fatores concisos e mais dirigidos. Tendo por base Ander-Egg (1978, citado por Marconi & Lakatos, 2003), a delimitação relativamente ao campo de investigação engloba o limite no tempo, ou seja, o momento em que o estudo ocorre, e o limite no espaço, referente ao lugar em que se realiza a investigação. Este nível de limites direciona-se para a indicação de um quadro histórico e geográfico (Ander-Egg, 1978:67 citado por Marconi e Lakatos, 2003).

Neste domínio, quanto à delimitação relativa ao limite do tempo, o estudo confinou-se ao período de estágio, que se situou entre setembro de 2018 e dezembro de 2018.

No que concerne a delimitação espacial da pesquisa, esta enquadrou-se no LCL, explorando um tema considerado relevante no âmbito do trabalho organizacional com idosos. Assim, a realização da investigação no local de estágio possibilitou desenvolver um estudo em contexto e, cuja realidade prática se desejou melhor entender.

6.6. População e amostra

A população refere-se ao conjunto de pessoas ou elementos que fazem parte de um todo (i.e., da entidade), e que revelam uma característica comum essencial para o estudo (Quivy & Campenhoudt, 2005; Coutinho, 2014). Neste contexto, o LCL apresenta como população por referência à equipa técnica: uma Diretora Técnica, uma Animadora Sociocultural, uma Assistente Social, uma Educadora Social, três Médicos, um Enfermeiro Chefe, uma Farmacêutica, oito Enfermeiros e uma Psicóloga.

A amostra traduz, por seu lado, o grupo de sujeitos convenientemente selecionados da população, para posterior recolha de dados (Coutinho, 2014; Marconi & Lakatos, 2003). Deste modo, a investigação abrangeu em termos de amostra, uma diversidade de profissionais, todos técnicos superiores, pertencentes à equipa técnica, à razão de um elemento por profissão. Integraram assim a amostra: uma Diretora Técnica, uma Animadora Sociocultural, uma Assistente Social, uma Educadora Social, um Enfermeiro Chefe, um Médico e uma Psicóloga. Importa ainda referir que por razões de

menor proximidade laboral com os residentes, a Farmacêutica não foi incluída na amostra.

6.7. Método de recolha de dados

No presente estudo, o caso organizacional abordado focou a realidade do LCL, com a intenção de melhor compreender a prática concernente à interdisciplinaridade. Deste modo, pretendeu-se, assente na metodologia qualitativa, explorar o fenómeno da interdisciplinaridade, já que esta metodologia tem como um dos seus objetivos essenciais compreender da melhor forma determinados factos ou fenómenos sociais que ainda não estão esclarecidos (Fortin, 2009).

Para este efeito, os métodos e técnicas de recolha de dados (associados ao estágio/aceção ampla e ao estudo numa vertente teórico-empírica) utilizados foram: a pesquisa bibliográfica, documental e a entrevista.

Pesquisa bibliográfica e pesquisa documental

Inicialmente e com a intenção de desenvolver a teorização e a concetualização subjacente ao estudo desenvolveu-se e apurou-se a pesquisa bibliográfica, a qual permitiu estruturar mais formalmente a ideia de pesquisa e delimitar o tema (Sampieri, Collado & Lucio, 2006), bem como, recolher um conjunto de referências analíticas decorrentes da literatura relacionadas com a temática em análise. Esta recolha permitiu, não apenas delimitar os objetivos do estudo, mas também extrair e recompilar a informação relevante e necessária para o problema de pesquisa (idem, ibidem) e posterior discussão.

Importa assim salientar, que o estudo beneficiou do acesso quer a fontes primárias (dados obtidos pelas entrevistas realizadas aos profissionais), quer a secundárias, as quais implicam toda a bibliografia tomada pública em relação a determinado tema de estudo, visando aportar toda a informação pertinente ao pesquisador (Marconi & Lakatos, 2003). Desta forma, as fontes secundárias neste estudo centraram-se na procura e recolha de dados (teóricos) através, quer da consulta de literatura e documentos de bases de dados digitais, quer da consulta presencial em bibliotecas, focada em publicações referentes a teses, monografias, livros, publicações e pesquisas. A par, reuniu-se material documental de suporte ao desenrolar do estágio (e.g., compreensão da realidade institucional através de consulta de regulamentos, entre outros documentos), o qual constitui também uma fonte de suporte ao estudo empírico desenvolvido.

Entrevista

A entrevista é o método mais utilizado numa pesquisa qualitativa, pois permite a interação entre o entrevistado e o investigador (Fortin, 2009; Coutinho, 2014). No presente estudo optou-se pela modalidade de entrevista semi-estruturada, a qual “dispõe de uma série de perguntas-guias, relativamente abertas, a propósito das quais é imperativo receber uma informação por parte do entrevistado” (Quivy & Campenhoudt (2005, p. 192), com a finalidade de obter conteúdos significantes referentes ao objeto de estudo.

Em termos de concepção, foram desenvolvidos dois guiões²⁸, (um destinado à Diretora Técnica e Assistente Social e outro destinado aos restantes profissionais) contemplando quatro eixos temáticos referentes, à interdisciplinaridade e elementos da sua perceção, ao papel dos profissionais, ao papel da Assistente Social e da Diretora Técnica e, às limitações e potencialidades do trabalho interdisciplinar, eixos estes que se fundaram em referências teóricas sobretudo provenientes de autores como, García, (2003a), García (2003b), Pombo (2004), Japiassú (1976), Filho (1997), Fazenda (2011), Gomes (2012), Louro (2001), Ribeirinho (2013), Dechamp e Delaunay (2016), Shapiro (2015), entre outros.

Considerando que as questões passíveis de serem incluídas nas entrevistas podem ser de tipologia aberta, fechada ou mista, seleccionou-se para o estudo desenvolvido um leque de questões de natureza aberta, as quais não expõem respostas possíveis, permitindo ao entrevistado fundamentar as suas respostas de forma livre e pessoal (Coutinho, 2014; Fortin, 2009).

Em termos dos procedimentos associados à entrevista e recolha empírica, foi estabelecido um contacto inicial com os participantes de forma a explicar a finalidade da pesquisa, o seu objetivo, a relevância e a necessidade da sua colaboração (Marconi e Lakatos, 2003), tendo assim o estudo sido procedido de um consentimento informado (Apêndice 4). Para registo das respostas recorreu-se ao uso do gravador, procedimento este que foi aceite e autorizado pelos participantes.

6.8. Metodologia de análise de dados

Após a recolha de dados segue-se a análise e interpretação dos dados. A análise dos dados tem como objetivo considerar os resultados obtidos, dando realce e aprimorando o que é fundamental, enquanto que a interpretação dos dados obriga à

²⁸ Vd. Apêndice 3.

realização de uma reflexão intensiva e a um exame profundo de todas as fases de desenvolvimento da investigação (Fortin, 2009).

Numa pesquisa de caráter qualitativo torna-se imperativo a escolha do método devido às formas tão diversificadas que este método apresenta e à difícil clareza das duas fases, recolha de dados e análise, pois estas afetam-se mutuamente (Coutinho, 2014).

Deste modo, o estudo recorreu à metodologia de análise de conteúdo, abordagem esta que consiste em analisar o conteúdo da informação com o intuito de a classificar. Segundo Marconi e Lakatos (2003), a análise de conteúdo possibilita uma exposição sistémica, objetiva e quantitativa do conteúdo de comunicação, neste caso de nível oral. Este método permite analisar o corpo de um texto, de forma a desvendar e mensurar as palavras, frases e temas considerados pela investigação e ditos no decorrer da entrevista aos sujeitos (Coutinho, 2014). Este tipo de análise pode ser constituído pela análise categorial ou análise de avaliação. Na análise categorial o investigador agrupa diversas categorias significativas e calcula e compara as frequências de determinadas características (idem, ibidem). No que concerne à análise da avaliação esta “incide sobre os juízos formulados pelo locutor” (Quivy & Campenhout, 1992, p. 226).

A análise de conteúdo subentende diversas etapas. Tendo por base Coutinho (2014), a primeira etapa consiste na pré-análise, dizendo respeito ao momento de organizar todo o material. A segunda fase remete para a exploração do material, organizando os dados da pré-análise, transformando num quadro teórico. A terceira fase destina-se à escolha da unidade de análise e posteriormente à enumeração, de forma a determinar o que é mais importante da unidade de registo. De seguida, temos a categorização que permite agrupar elementos com características comuns, procedendo-se por fim ao tratamento de resultados (Coutinho, 2014). Neste seguimento, procedeu-se no estudo ao desenvolvimento do trabalho de categorização da informação (dados obtidos), tendo para o efeito sido elencadas as categorias centrais do estudo, subcategorias, unidades de registo (Vd. Tabela 1), unidades de contexto e unidades de enumeração.

A unidade de registo diz respeito ao “segmento determinado de conteúdo que se caracteriza colocando-o numa dada categoria” (Vala, 1990, p. 114). Por outro lado, a “unidade de contexto é o segmento mais largo de conteúdo que o analista examina quando caracteriza uma unidade de registo”. Por fim, “a unidade de enumeração é a unidade em função da qual se procede à quantificação” (idem, ibidem, pp.114-115).

Tabela 1:
Categorias, subcategorias e unidades de registo.

Categoria	Subcategoria	Unidade de registo
Perceção da Interdisciplinaridade	Âmbito	- Significado - Atributos do trabalho em equipa / trabalho interdisciplinar
	Complementaridades e dinâmicas do trabalho em equipa	- Partilhas - Processos da equipa de trabalho
Papel dos profissionais da equipa	Do entrevistado(a)	- Papel e contributo - Importância da formação - Reconhecimento por parte da equipa
	Papel dos diferentes profissionais na equipa na ótica da Assistente Social e Diretora Técnica	- Papel e importância dos diferentes profissionais
	Papel da Assistente Social e da Diretora Técnica na equipa na ótica dos diferentes profissionais	- Papel da Assistente Social e da Diretora Técnica desempenhado na equipa - Importância atribuída à Assistente Social e Diretora Técnica - Elementos que demarcam a intervenção da Assistente Social e da Diretora Técnica
Limitações e Potencialidades	Limitações do trabalho interdisciplinar	- Ao nível da comunicação - Ao nível da perceção do papel/função - Ao nível da apreensão dos papéis/funções
	Potencialidades do trabalho interdisciplinar	- Ao nível da partilha - Ao nível do bem-estar do idoso - Ao nível do desempenho da equipa
	Desafios do trabalho interdisciplinar	- Ao nível pessoal

Para referenciar as entrevistas realizadas com base na análise de conteúdo utilizou-se a codificação abaixo.

Tabela 2:
Codificação.

Participantes da investigação	Codificação
Profissional 1 (Psicóloga)	E1
Profissional 2 (Enfermeiro Chefe)	E2
Profissional 3 (Médico)	E3
Profissional 4 (Diretora Técnica)	E4
Profissional 5 (Educadora Social)	E5
Profissional 6 (Assistente Social)	E6
Profissional 7 (Animadora Sociocultural)	E7

Capítulo 7 – Apresentação e Análise dos Resultados

7.1. Caracterização dos participantes

A caracterização dos sete profissionais pertencentes à equipa de trabalho interdisciplinar do LCL incidiu sobre os seguintes indicadores: sexo, idade, formação académica, profissão/cargo na associação, antiguidade na associação e tipologia do contrato.

7.1.1 Sexo

Quanto ao sexo dos profissionais da equipa de trabalho interdisciplinar do LCL, podemos verificar que a amostra é constituída maioritariamente por profissionais do sexo feminino (71,4%), conforme ilustrado na figura 6.

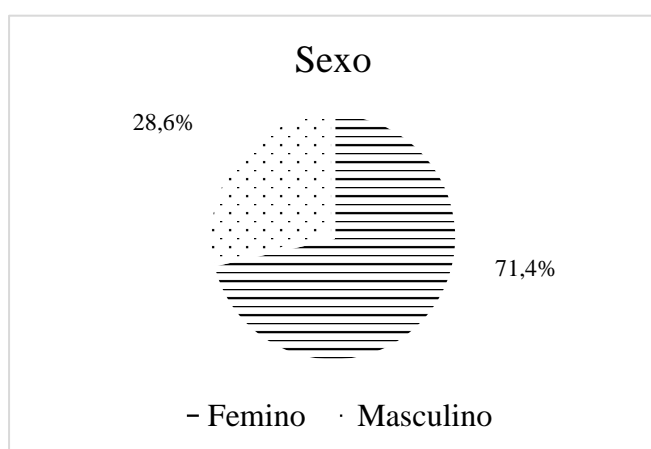


Figura 6: Distribuição dos profissionais do LCL por sexo.

7.1.2. Idade

No que concerne à idade é possível aferir que a média de idade é de 37 anos e a mediana 35 anos, tendo os profissionais da equipa de trabalho, idades compreendidas entre os 29 (idade mínima) e os 52 anos (idade máxima), dados estes inscritos na tabela 3.

Tabela 3:

Média, mediana, idade mínima e máxima dos profissionais do LCL.

Idade	
Média	37 anos
Mediana	35 anos
Idade mínima	29 anos
Idade máxima	52 anos

7.1.3. Formação académica e profissão/cargo no LCL

A formação académica, na sua maioria, está em consonância com o cargo desempenhado na associação, com exceção à Animadora Sociocultural que tem como formação a licenciatura em Educação Sénior e mestrado em Psicologia da Educação (Vd. Tabela 4).

Tabela 4:

Formação académica e profissão / cargo no LCL.

Profissionais	Formação académica	Profissão/cargo no LCL
E1	- Licenciatura em Psicologia - Mestrado em Psicologia Clínica	Psicóloga
E2	- Licenciatura em Enfermagem - Pós-graduação em Psiquiatria	Enfermeiro Chefe
E3	- Licenciatura Pré-Bolonha em Medicina - Especialidade em Medicina interna - Pós-graduação em Geriatria	Médico
E4	- Licenciatura em Política Social	Diretora Técnica
E5	- Licenciatura em Educação Social - Pós-graduação em Gerontologia vertente social	Educadora Social
E6	- Licenciatura em Serviço Social	Assistente Social
E7	- Licenciatura em Educação Sénior - Mestrado em Psicologia da Educação	Animadora Sociocultural

7.1.4. Antiguidade no LCL

Relativamente à antiguidade no LCL, esta é semelhante entre todos os profissionais (entrada a fevereiro de 2018), o que se deve ao facto da associação ter assumido o LCL a fevereiro de 2018, época em que a maioria dos profissionais foram contratados. No entanto, também se apurou que dois profissionais pertencem aos quadros da Segurança Social, um há 24 anos e outro há 17 anos, e começaram a exercer funções na associação também em fevereiro de 2018 (Vd. Tabela 5).

Tabela 5:

Antiguidade dos profissionais no LCL.

Profissionais	Antiguidade na associação
E1	Entrou na Associação a Fevereiro de 2018
E2	Entrou na Associação a Fevereiro de 2018
E3	Entrou na Associação a Fevereiro de 2018
E4	24 anos nos quadros da segurança social; Entrou na Associação a Fevereiro de 2018
E5	Entrou na Associação a Fevereiro de 2018
E6	17 anos nos quadros da Segurança Social; Entrou na Associação a Fevereiro de 2018
E7	Entrou na Associação a Fevereiro de 2018

7.1.5. Tipologia do contrato

No que concerne à tipologia do contrato dos profissionais do LCL, é possível apurar que o contrato sem termo é o predominante (57,1%), seguido do contrato de cedência por interesse público (28,6%) e do contrato de prestação de serviços (14,1%), como é possível observar na figura 7.

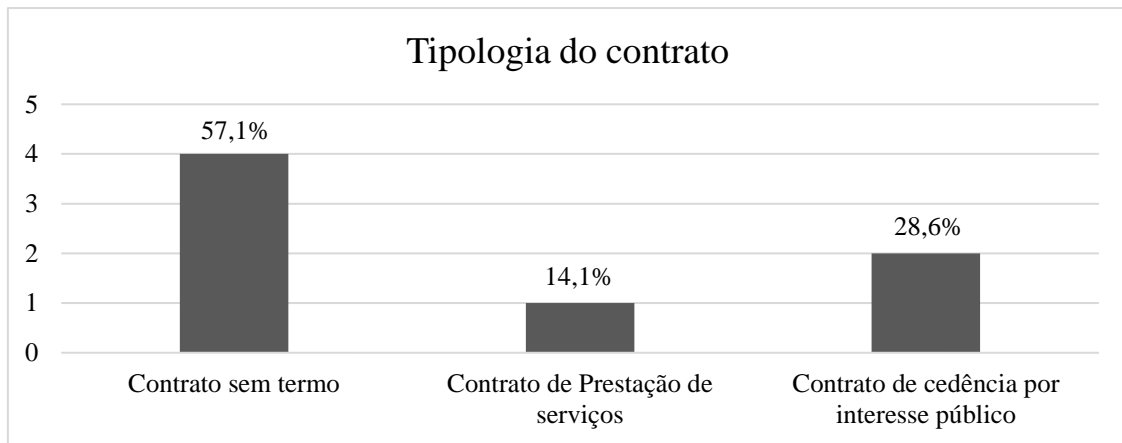


Figura 7: Distribuição dos profissionais do LCL por tipologia do contrato.

7.2. Perceção da interdisciplinaridade

A interdisciplinaridade constituiu-se como o cerne da investigação e a base da sua problematização, constituindo uma intencionalidade do estudo apreender junto dos profissionais integrantes da equipa de trabalho, as formas como a mesma se efetiva, com vista a uma prestação de cuidados bem sucedida.

Neste sentido, tendo por referência a análise de conteúdo (Vd. Apêndice 5), procede-se de seguida à apresentação dos conteúdos dos discursos dos profissionais entrevistados, relativos às subcategorias, “Âmbito” e “Complementaridades e dinâmicas do trabalho em equipa” e onde se enquadram as unidades de registo/indicadores focados no conceito de interdisciplinaridade (i.e., significado percecionado); nos atributos do trabalho em equipa; nas partilhas que advêm do trabalho interdisciplinar e nos processos da equipa de trabalho.

7.2.1. O âmbito da interdisciplinaridade associada ao trabalho em equipa

a) Significado

A interpretação do conteúdo da informação permitiu apurar, que ao nível do significado atribuído à interdisciplinaridade, é realçada alguma variabilidade. Várias definições registadas (6) associam a interdisciplinaridade a um conjunto diversificado de disciplinas, podendo haver cooperação e interação:

“É uma cooperação entre vários elementos das diferentes áreas que constituem a própria equipa para dar resposta às necessidades da instituição (...)” (E2);

“(...) vamos adquirir conhecimentos de vários departamentos, um trabalho com diversas áreas” (E5);

“(...) são os saberes profissionais das diversas áreas (...)” (E6);

“(…). Falando no contexto de trabalho, ela torna-se fundamental para que haja uma maior interação entre todos os sectores existentes e respetivos profissionais” (E7).

Além do conjunto diversificado de disciplinas, alguns profissionais (4) salientaram a interdisciplinaridade como a realização de um objetivo comum / uma finalidade:

“(…) de todas as valências que existem de técnicos de quadros superiores, aquilo que existe de comum em cada uma delas de maneira a potenciarmos um objetivo. (...)” (E3);

“É o diálogo de várias ciências, de várias disciplinas para se atingir um objetivo comum” (E4).

Outros conceitos mencionados para definir a interdisciplinaridade referem-se à troca de ideias, saberes e conhecimentos, à comunicação eficiente / diálogo, ao respeito e à organização orientada:

“É trocarmos ideias e trocarmos saberes de forma a promover uma ótima qualidade de serviços (...)” (E1);

“(…). No fundo é que, os vários departamentos (...) apresentam uma comunicação eficiente. É uma cooperação entre os vários elementos das diferentes áreas que constituem a própria equipa para dar resposta às necessidades da instituição. (...)” (E2);

“(…) vamos adquirir conhecimentos de vários departamentos, um trabalho com diversas áreas” (E5);

“(…) ela torna-se fundamental para que haja uma maior interação entre todos os sectores existentes e respetivos profissionais. (...) através do respeito, diálogo e de uma organização orientada para um objetivo comum” (E7).

Da análise deste conjunto de respostas apresentadas ao significado da interdisciplinaridade, é possível verificar que cada profissional tem diferentes perceções acerca da mesma, possivelmente, derivado ao seu quotidiano no trabalho e às suas experiências de vida. No entanto, alguns entrevistados atribuem ideias e conceitos semelhantes à interdisciplinaridade, como por exemplo, o objetivo comum, e a necessidade que a interdisciplinaridade impõe ao trabalhar com diversas áreas.

b) Atributos do trabalho em equipa / trabalho interdisciplinar

No que concerne aos atributos que traduzem melhor o trabalho interdisciplinar, foi possível verificar que se destacaram as seguintes palavras: partilha (de ideias, saberes, informação) (5), respeito (3), e comunicação (3). Dados estes, que parecem indicar que,

na sua maioria, os entrevistados consideram que a interdisciplinaridade implica veemente a troca de informação e conhecimento entre as diversas áreas. Com menos entrevistados a mencionar, mas ainda com alguma relevância temos a cooperação (2) e a tomada de decisão (2). Por fim, com apenas um entrevistado a mencionar cada conceito temos o esclarecimento de dúvidas, a disponibilidade, o dinamismo, a confiança, a inovação, a autonomia, a independência, a ação conjunta, o objetivo comum e a experiência de cada um (Vd. Apêndice 5 – Tabela 8).

7.2.2. Complementaridades e dinâmicas associadas ao trabalho em equipa

a) Partilhas

Referente ao indicador das “Partilhas”, vários entrevistados relataram que das partilhas ocorridas entre os profissionais da equipa obtêm muitas vezes informação (6), outros enfatizaram a tomada de decisão como fruto das partilhas (5), tendo também sido mencionadas, a troca de ideias, saberes e experiências, assim como, o conhecimento (3), a capacidade de resposta, relacionada com as partilhas (2) e o facto de que a partilha produz maior reflexão (1). Apresentam-se de seguida alguns exemplos desses relatos:

“(...) resulta (...) numa melhor qualidade, ou seja, ao nos conectarmos, ao falarmos, ao trocarmos ideias e saberes a prestação do serviço terá mais qualidade e, portanto, logo mais informação, mais saberes e maior capacidade de respostas (...)” (E1);

“A partilha é encontrar estratégias para dar respostas aos projetos que nós temos em cima da mesa, que no fundo é contribuir para que a área social funcione, contribuir para que a parte da enfermagem funcione, contribuir para que a parte administrativa funcione, e apoio técnico e por aí adiante. (...). Ou seja, destas partilhas saem informação, conhecimento, tomadas de decisão, aplicação dessas mesmas tomadas de decisão, reflexão (...)” (E2);

“A informação que se obtém. Tu tens uma informação abrangente, mais comunicação. Com a partilha e com a comunicação é possível obter mais conhecimento. Para termos uma decisão mais objetiva e que se enquadre melhor para aquela pessoa, é preciso ter muito conhecimento. (...)” (E4);

“Através destas partilhas obtemos informação, conhecimento. É mais fácil conseguir tomar uma decisão final tendo as ideias de todos, todas as informações” (E6).

b) Processos da equipa de trabalho

No que concerne ao processo da equipa de trabalho, nomeadamente aos momentos estruturantes que convocam a equipa, quatro entrevistados consideram que a admissão se consubstancia como um desses momentos, afirmando a Educadora Social que:

“Quando temos a admissão de um residente, faz todo o sentido juntarmo-nos com elementos de alguns departamentos (...)” (E5).

O acolhimento também se inclui nos momentos estruturantes para convocação da equipa, sendo mencionado por três entrevistados, nesta perspetiva, refere o Enfermeiro Chefe que:

“(...) O acolhimento é um dos momentos onde há um trabalho de equipa interdisciplinar (...)” (E2);

bem como, as reuniões que podem ser conjuntas, com toda a equipa interdisciplinar, ou sectoriais e que foram salientadas por dois entrevistados, sendo que um dos dois entrevistados sustenta que:

“Depois, na definição do plano individual de cuidados integrados, pode haver reuniões intersectoriais e depois tem de haver uma reunião conjunta (...)” (E4).

O plano de atividades, mencionado pela Diretora Técnica e Assistente Social, também se constitui um destes momentos fulcrais de reunião da equipa:

“(...) Os momentos são por exemplo (...) plano de atividades” (E6).

Por fim, a Assistente Social referiu diversos momentos, além dos anteriormente mencionados:

“Isso varia consoante a situação que possa surgir na instituição. (...) Os momentos são por exemplo na admissão, numa situação crítica de saúde, numa situação em que a família possa querer retirá-lo da própria instituição, alguma introdução nova da família para um utente dentro da instituição que requeira autorização, plano de atividades” (E6).

Aliados aos momentos estruturantes que convocam a equipa, surgem os procedimentos de trabalho da equipa interdisciplinar, utilizados para transmitir informação ou conhecimento, e que se mostram distintos quanto à periodicidade e tipologia.

Segundo os entrevistados (5), os procedimentos de trabalho assentam em registos, efetuados por cada profissional, os quais são disponibilizados, caso sejam solicitados por outro profissional:

“(...) o que existe é a realização de registos e relatórios alusivos a determinada área de intervenção. Os registos se forem solicitados, são partilhados, caso não seja solicitado é um registo próprio de cada área” (E7).

Os relatórios (3) são também procedimentos de trabalho, realizados por cada área profissional, sendo fornecidos aos outros profissionais sempre que oportuno:

“(...) os relatórios, quando há relatórios e que são benéficos, pode haver essa troca de informação. (...)” (E1).

Alguns profissionais (3) destacaram as conversas informais / reuniões informais como um elemento fulcral do procedimento de trabalho da equipa. Esta comunicação surge de forma espontânea, fornece informações fulcrais para o trabalho de cada profissional, surge quase ou mesmo diariamente e potencia, de uma forma aberta, a resolução de problemas:

“Acabamos por ter reuniões que são informais, mas que também conseguimos adquirir informações que são importantes para nós. (...). Informais, eu acho que todos os dias temos” (E5);

“As conversas informais também acontecem por exemplo, às vezes nas “conversas de café” surge uma ideia para resolver determinada situação” (E6).

As reuniões foram predominantemente destacadas por quatro profissionais, havendo alguma discrepância nos relatos, quanto à periodicidade das mesmas. O Enfermeiro Chefe afirma que a periodicidade das reuniões era mensal:

“Já tivemos reuniões, alias tínhamos reuniões regulares com a Dr.^a X (Diretora Técnica), que eram definidas mensalmente e ficou assim. (...)” (E2);

no entanto, o Médico afirma que as reuniões não têm periodicidade e que acontecem decorrente da necessidade de a equipa se reunir:

“(...). As reuniões não tendem a acontecer com uma periodicidade. Elas tendem a acontecer consoante a necessidade. (...)” (E3).

7.3. Papel dos profissionais da equipa

Em relação à categoria, papel dos profissionais na equipa, elencaram-se três subcategorias, referentes, ao papel do(a) entrevistado(a), ao papel dos diferentes profissionais na equipa na ótica da Assistente Social e Diretora Técnica e ao papel do Serviço Social e da Diretora Técnica na equipa, assim como os respetivos indicadores, elementos estes que se passam seguidamente a analisar (Vd. Apêndice 5 – Tabela 9).

7.3.1. Papel do (a) entrevistado (a)

a) Papel do próprio e contributo

Tendo por base os relatos foi possível apurar que os profissionais percebem o seu papel decorrente das suas funções (3). No fundo, a diversificação das suas funções parece ser a ideia central do que se consubstancia no papel do próprio na equipa, quando sustentam que:

“Na equipa, era prestar o devido apoio aos idosos, e nesse sentido esclarecer algumas dúvidas e algumas situações para as partes e também orientar. (...) É de esclarecimento, de apaziguar os conflitos, de ouvir as partes para se sentirem compreendidas (...)” (E1);

“(...) obtenho a maior parte de informação, quer seja com os residentes, quer seja com os familiares. (...)” (E5).

Apesar da tendência revelada para a justificação do papel de cada profissional da equipa decorrente das suas funções, a Animadora Sociocultural focalizou-se na importância do seu trabalho, afirmando que:

“Sendo a animação sociocultural um instrumento decisivo para o desenvolvimento multidisciplinar do indivíduo, tanto a nível social, cultural, educacional, entre outros, é normal achar o meu papel fundamental e importante no seio da nossa equipa de trabalho. (...)” (E7).

No que respeita ao contributo, os profissionais de uma forma geral, assumem uma postura positiva neste conteúdo face às colaborações com os outros pares, o que pode sugerir que todos apresentam uma visão e conhecimento sobre a importância de um trabalho em equipa interdisciplinar, mencionando características, tais como a contribuição para um objetivo comum, a desmistificação de informação e a passagem de informação, evidenciadas nas entrevistas:

“(...). É procurar, fazer com que as pessoas compreendam, (...) as sintomatologias de cada pessoa, de cada pessoa individual (...)” (E1);

“(...) O meu papel é ser um elemento que contribua positivamente para atingir determinado objetivo na equipa.” “(...) o meu contributo é essencialmente desmistificar, clarificar e filtrar (a informação médica), de forma a tornar mais simples todos os conhecimentos que eu tenho (...)” (E3);

“O meu contributo acaba por ser, transmitir a informação desde o social como alguma parte da saúde, porque vem tudo no mesmo processo” (E5).

Desta forma, o papel do próprio na equipa e o seu contributo torna-se bastante vinculado (na sequência das orientações profissionais inerentes), para as atuais e futuras

respostas direcionadas para os idosos, tendo sempre presente o contributo de cada um para a equipa e para o residente (4), como afirma a Animadora Sociocultural:

“(...). Acho também que o meu contributo é essencial para o desenvolvimento da equipa como também para o desenvolvimento pessoal do residente. (...)” (E7).

a. Papel e contributo da Diretora Técnica e Assistente Social

Importa referir a perceção da própria Diretora Técnica e Assistente Social acerca do seu papel no LCL. Aqui as respostas dadas pelas entrevistadas são unânimes, ao considerarem o seu papel em consonância com as suas funções. A Diretora Técnica respondeu que o facto do Serviço Social potenciar respostas através de uma abordagem global, com todas as áreas, potencia uma estreita relação na obtenção dos objetivos de um Diretor Técnico. Para a mesma, o seu papel passa por receber informação, trabalhar com todos os profissionais, coordenar para a obtenção de um objetivo comum e motivar e unir a equipa, de forma a manter a IPSS em funcionamento:

“O Diretor Técnico, neste caso quando é de Serviço Social, e o Serviço Social é uma disciplina generalista, consegue abarcar o conhecimento de todas as áreas e sabe arranjar uma abordagem global. (...) E o objetivo de um Diretor Técnico é isso, receber a informação, trabalhar com todas as pessoas, e depois coordenar para se chegar ao objetivo. Além da potenciação desta comunicação interna, tem de ser aglutinador. A equipa tem de se sentir como uma equipa (...). Muitas vezes temos de saber motivar o profissional. (...) O Diretor Técnico está responsável pelo funcionamento geral da casa (...) Muitas vezes não é fácil coordenar a equipa toda. Temos de ter sentido de missão (...)” (E4).

Ora, o mesmo se aplica no caso do seu contributo para a equipa de trabalho interdisciplinar, onde a Diretora Técnica também afirma que o seu contributo visiona o diálogo, fazer com que os profissionais dialoguem, realizar a supervisão e a gestão da equipa:

“É o diálogo. (...) E isso é o papel de um Diretor Técnico e de um Assistente Social, no Serviço Social. Passa um bocadinho por coordenar, fazer com que as pessoas dialogam, supervisionar, gerir a equipa” (E4).

A Assistente Social direcionou a questão para a importância do seu trabalho, a complexidade, a recompensa e a ligação com os vários elementos, assim como, a articulação interinstitucional, afirmando que o seu contributo é essencialmente, ser o elo de ligação:

“É importante, é complexo, é, também, glorificante (...). O Assistente Social, o facto de ter a ligação com a família e ser o meio de ligação entre os vários elementos tem um papel importante. Até porque a área social abrange muitas dimensões e funções. A comunicação que nós fazemos com o hospital, ou com o centro de saúde, com um centro de dia, com uma instituição que seja necessária...o Assistente Social é o elo de ligação” (E6).

b) Importância da Formação

No que concerne à importância da formação, é fundamental perceber igualmente se a formação que cada profissional teve, pode fomentar ou não a visão de um trabalho em equipa interdisciplinar e perceber se estas formações potenciaram mudanças positivas no próprio profissional, para a execução do trabalho com os pares. Na entrevista dada, a Psicóloga admite que a formação deu ferramentas para:

“(...) perceber que todas as pessoas têm uma opinião diferente, todas as pessoas podem reagir e agir e ser de determinada maneira devido às suas circunstâncias de vida, devido à sua personalidade (...)” (E1).

Já o Enfermeiro Chefe focaliza e enfatiza a sua formação como um momento fundamental para perceber que os indivíduos apresentam sempre potencial, frisando que:

“(...). Mas uma coisa foi importante para mim nessas formações, é que eu tenho de olhar para a pessoa que está à minha frente como uma pessoa que tem potencial (...)” (E2).

A Educadora Social e a Animadora Sociocultural referem que a formação que tiveram esteve sempre fortemente condicionada e conectada às outras áreas, ou seja, para a conclusão da sua formação e posterior execução da sua atividade profissional é necessária uma relação estreita com as outras disciplinas:

“(...). Foi importante, porque durante os anos em que estive na formação, tive cadeiras na área da psicologia, na área da contabilidade, na área de economia, de educação, e afins, a parte social, e isso faz com que depois no futuro nós estejamos preparados para trabalhar com diversas áreas distintas da nossa” (E5);

“(...) A formação académica que eu tenho sempre me visou a trabalhar com outrem, ou seja, com outras áreas de intervenção. Até mesmo sendo focalizada só para a parte sénior, era sempre com outro tipo de áreas de intervenção, tanto a nível de saúde, social, cultural... tudo o que existisse. (...)” (E7).

No entanto, o Médico, e na sequência da entrevista, considera, que apesar das contribuições que a formação transmite para trabalhar em equipa, a personalidade de cada indivíduo contribui de igual forma, ou seja, a formação não se consubstancia por si só na aquisição de competências para trabalhar em equipa:

“A formação trouxe-me essas bagagens, mas também depende de como é que a pessoa é. Ou seja, se nós tivermos uma atitude altruísta e de equipa, as coisas funcionam bem, se nós tivermos uma atitude egoísta ou de uma determinada superioridade, dificultamos esse trabalho. Portanto, a formação é importante, mas a pessoa que tem essa formação e a forma como essa pessoa é, é que caracteriza a existência ou não de um trabalho de equipa. (...)” (E3).

b. Importância da formação para a Diretora Técnica e Assistente Social

Em relação, à questão colocada sobre a importância da formação para o trabalho em equipa, ambas as entrevistadas apresentam a mesma opinião no que concerne à influência que a licenciatura tem na necessidade de trabalhar o indivíduo de forma holística, sendo fulcral a receção de informação de diversas áreas. No entanto, a Assistente Social afirma que, ainda que a parte formativa auxilie no trabalho em equipa, a prática profissional é uma grande influência na aquisição de competências para trabalhar em equipa:

“Deu-me a capacidade de ver num todo, que nem todos têm essa capacidade, e o Serviço Social tem essa capacidade de ver a realidade num todo. A nível do social é preciso estar aberto a tudo (...). O Serviço Social para trabalhar numa pessoa, é necessário receber informação de todas as partes” (E4);

“(...) A parte da teoria ajuda (...). Mas só mesmo com a prática e com a aquisição dos conhecimentos que vamos obtendo ao longo do trabalho, é que a nossa formação vai crescendo e os nossos conhecimentos vão aumentando. (...) O facto de ser só social já diz muito. Abrange grande parte de disciplinas. (...). Nós temos incutido bases para trabalharmos em equipa desde a licenciatura” (E6).

c) Reconhecimento por parte da equipa

Da análise relativa ao reconhecimento do trabalho de cada profissional por parte da equipa, evidenciam-se discrepâncias nas respostas, que podem ter origem na valorização sentida por cada um. A resposta dada pela Animadora Sociocultural foi em sentido negativo, ao considerar que não se sente valorizada nem reconhecida devido à

impossibilidade de colocar em prática as suas ideias e o plano de atividades, afirmando mesmo que muitas vezes se deve à sobreposição de papéis:

“(...). Embora tenha muitas ideias e um plano que acho ser importante para o desenvolvimento dos nossos residentes, muitas vezes o mesmo não é aplicado e, é intersectado devido a outras situações ou até mesmo com sobreposição de papéis (...). Assim sendo, vejo muitas vezes não reconhecida e não valorizada pelo tipo de trabalho que faço na equipa. (...)” (E7).

Por seu turno, a Psicóloga também não se sente valorizada ou reconhecida, no entanto enfatiza que era reconhecida pela Diretora Técnica:

“(...) eu não me senti muito valorizada, ou seja, nem reconhecida (...) porque acho que podem (...) aproveitar os meus conhecimentos e a minha formação por exemplo, para conflitos de equipa (...). Não posso dizer que não há reconhecimento porque eu era ouvida, ou seja, a Diretora Técnica, (...) estava sempre disposta a ouvir-me, não posso dizer isso. (...)” (E1).

A Educadora Social considera a este respeito que o reconhecimento do seu trabalho por parte da equipa é variável consoante os profissionais, referindo que há profissionais que valorizam o seu trabalho, mas também que existem profissionais que não dão ênfase nem reconhecem o trabalho social:

“(...) havia colegas que tinham noção do meu trabalho, que achavam que eu tinha um papel importante, (...), enquanto para alguns, uma vez que não têm uma visão ou uma noção do que se passa no social, acham que nós, efetivamente, não fazemos nada. (...) que não fazemos grande coisa (...). Acham que qualquer pessoa pode substituir e fazer” (E5).

Apesar do Enfermeiro Chefe sentir-se valorizado, este afirma não ter a opinião de todos os profissionais na equipa interdisciplinar, dando mais ênfase e importância à opinião médica e havendo mais distanciamento com a área social:

“Eu não tenho o feedback de todos os elementos que estão na equipa interdisciplinar. (...) da parte clínica, sobretudo da parte médica, que é isso que me interessa, estão satisfeitos. (...). Com os enfermeiros, a mesma coisa (...) Com a X (psicóloga), (...) ela reconhece a importância que eu tenho (...). Com o social, (...) é o social que tem de dar, como não falo diariamente com o social” (E2).

Já o Médico assume uma postura mais otimista face ao reconhecimento do seu trabalho por parte da equipa de trabalho:

“Eu sinto-me perfeitamente satisfeito, porque acho que sou reconhecido entre os pares em relação ao meu contributo (...)” (E3).

c. Reconhecimento da Diretora Técnica e Assistente Social por parte da equipa

Relativamente ao reconhecimento por parte da equipa as respostas não foram unânimes. A Diretora Técnica afirma que alguns reconhecem o seu trabalho e outros não, mas maioritariamente não se vê reconhecida, afirmando mesmo que muitos profissionais acham que conseguem executar as funções de direção ou que a área deles é mais importante. Afirma ainda que é um cargo ingrato acentuado pela falta de compreensão dos outros profissionais na tomada de decisão. Já a Assistente Social, sente-se reconhecida pela necessidade de os outros profissionais recorrerem à própria:

“Muitas vezes não há reconhecimento e todas as pessoas acham que conseguem fazer o nosso trabalho, o que não é verdade. A direção é um cargo ingrato (...). Um cargo de chefia é muito complicado porque nós temos de tomar decisões que muitas vezes a própria equipa não entende e acha que é contra elas. (...). Há uns que reconhecem, mas outros não. (...). Também há muito isso. Não reconhecer porque acha que a sua área é mais importante e sobrepõe às outras todas. E nós temos de bater pé, fazer frente” (E4);

“(...) O facto de recorrerem a mim já me deixava satisfeita e reconhecida. Só isso, já nos faz sentir que valemos alguma coisa” (E5).

7.3.2. Papel dos diferentes profissionais na equipa na ótica da Diretora Técnica e Assistente Social

a) Papel e importância dos diferentes profissionais

Neste âmbito tentou-se perceber qual o papel e a importância dos diferentes profissionais da equipa na visão da Diretora Técnica e da Assistente Social. Ambas as entrevistadas apresentaram respostas homogéneas, afirmando que todos os profissionais são importantes para o funcionamento da equipa. No entanto a Diretora Técnica frisou a necessidade da partilha para trabalhar em equipa:

“Eles são todos importantes, Enfermeiro na sua área, o Educador na sua área, o Assistente Social na sua área, mas não podem trabalhar só para si. (...) ou seja, isto é só meu, isto é só teu e não haver partilha, porque assim nós não estamos a trabalhar a pessoa, e não estamos a trabalhar em equipa” (E4);

“(...) A informação passada pelo Médico aos elementos da equipa ajuda-nos a resolver o que possa acontecer mais à frente. O Enfermeiro Chefe é mais o controlo da situação. Ele comunica ao Médico, o Médico comunica á parte social se for o caso, e se houver uma situação mais grave, a nível neurológico ou psicológico,

passa para a Psicóloga. (...) A parte da psicologia ajuda a tranquilizar. (...) A Educadora Social é (...) transmitir informação à equipa. (...). Da Animadora Sociocultural penso que, aqui, ela pode transmitir à equipa a facilidade que o idoso tem para comunicar ou de fazer alguma atividade. (...). Ou seja, todos são importantes para um bom funcionamento da equipa” (E6).

7.3.3. Papel da Assistente Social e da Diretora Técnica na equipa na ótica dos diferentes profissionais

7.3.3.3. A Assistente Social

a) Papel da Assistente Social

Relativamente ao papel da Assistente Social, os entrevistados, além de associarem o papel às funções, referem características pessoais que são favoráveis ao trabalho em equipa e funções profissionais que beneficiam e sustentam a prática profissional de todos os elementos da equipa. No que concerne às características pessoais, a Psicóloga e o Enfermeiro Chefe sustentam que a Assistente Social é uma pessoa amável, calma, disponível a ouvir, comunicativa e acessível. Trata-se de uma profissional que ultrapassa positivamente a relação profissional. No entanto, o Enfermeiro Chefe é da opinião de que não lhe é dada a autonomia suficiente para exercer em pleno as suas atividades:

“(...) o papel que ela tem, é um papel que na minha opinião é parcialmente atingido. (...) foi atingido parcialmente porque a nível de carácter humano e personalidade, a X (Assistente Social) era uma pessoa acessível, comunicativa. Eu acho que não lhe era dada a autonomia suficiente para exercer em pleno o que teria de fazer (...)” (E2).

As funções profissionais referidas pelos entrevistados passam pela cooperação, coordenação, gestão de equipa, contextualização do idoso, partilha de informação, obtenção de consensos e o elo de ligação entre o residente, familiares e profissionais de equipa:

“(...) era cooperante. Ela coordenava os diversos problemas do utente e depois direcionava para a equipa” (E1);

“(...) contextualiza o idoso em relação à sua família, em relação à sua religião, em relação à sua atividade profissional prévia, em relação à sua dependência ou não, em relação à sua necessidade ou não de apoio, sejam eles económicos ou apenas de pessoas (...). Depois lá esta, essa mesma pessoa depois transmite a informação, a mim neste caso que sou Médico, mas também à equipa e que nos permite entender melhor o idoso. (...). Se nós tivermos o contexto social do idoso, nós conseguimos

perceber muitas vezes o quê que se passa com o mesmo, principalmente no ponto vista mental” (E3);

“(...) A Assistente Social tem de conseguir consensos. (...)” (E4);

“A Assistente Social tem um papel fundamental na transmissão aos restantes profissionais sobre o contexto sociofamiliar do residente. Principalmente, acho que ela tem as competências fundamentais para realizar vários tipos de intervenção face os problemas apresentados pelo residente, para que os restantes elementos da equipa possam ajudar. (...). Ainda penso, e tenho a certeza que o seu trabalho é primordial para efetuar a ligação entre o residente, e todas as informações a todos os diferentes elementos da equipa” (E7).

b) Importância atribuída à Assistente Social

As entrevistas feitas à Psicóloga e à Diretora Técnica identificam a Assistente Social com a mesma importância que os outros profissionais:

“Acho que todos nós temos um papel importante (...)” (E1).

No entanto e apesar da Diretora Técnica ter a opinião de que todos os profissionais têm importância, a própria sustenta que a Assistente Social se salienta pela:

“(...) capacidade de ser generalista, é a capacidade de receber informação diferente de cada área e conseguir coordenar e conciliar (...). Um Assistente Social numa equipa, num lar, é muito importante, porque é o elo de ligação de tudo. (...) Ele vai trabalhar a pessoa num todo (...)” (E4);

enfazando ainda que o Assistente Social é a primeira linha na resolução de problemas e situações:

“(...). Quando há um problema para resolver, não é um psicólogo ou um enfermeiro que vai resolver, é o Assistente Social que vai resolver. O Enfermeiro dá a cara da área clínica, o Assistente Social dá de um todo” (E4).

De acordo com o Enfermeiro Chefe, o Médico, a Educadora Social e a Animadora Sociocultural, a Assistente Social apresenta um papel fundamental e/ou muito importante, sendo que justificaram como sendo a mediadora, a gestora do utente, e o elo de ligação:

“Mediar, claro. Então, a Assistente Social tem um papel fundamental numa equipa num lar, numa unidade de longa duração, num serviço de agudos, porque é ela que vai fazer a ponte entre o social e os cuidados” (E2);

“(...) é uma pessoa de uma importância neste caso fundamental. É um gestor do utente. (...)” (E3);

“A importância da Assistente Social aqui deveria de ser extrema, porque é por aí que deve passar toda a informação. (...)” (E5);

“Ela apresenta um papel fundamental dentro da equipa de trabalho, como junto dos familiares e residentes (...). E, é ela que faz a ponte de transferência do meio diferente para o residente. (...). Ou seja, ela será sempre um elo de ligação em toda a instituição. Eu acho que a importância dela é muita” (E7).

c) Elementos que demarcam a intervenção da Assistente Social

O Serviço Social apresenta um lugar de destaque numa ERPI, seja do ponto de vista da colmatação das necessidades sociais, seja no sentido de apresentar um conjunto de técnicas e metodologias fulcrais no trabalho em equipa. Esta questão permite localizar as razões que apoiam ou contradizem a real importância desta profissão no mundo real do trabalho.

Decorrente das entrevistas efetuadas no que concerne aos elementos que demarcam a intervenção da Assistente Social, é possível aferir que há uma certa homogeneidade existente entre as perspetivas profissionais no que concerne à importante informação que a Assistente Social adquire, sendo necessária a todos os profissionais, e assim apresentar-se como o elo de ligação (4) entre a equipa, residente, rede pessoal de apoio e parceiros sociais:

“Portanto, apoio na admissão, apoio a nível da facultação da documentação e de relatórios sociais relativamente aos utentes que nos vai ajudar depois na elaboração do processo de enfermagem, enfim, em fazer todo o processo daquele acolhimento necessário para a entrada do utente na instituição; fazer a ponte com a família, e fazer a ponte com todos os parceiros sociais para que também o utente veja garantido todos os apoios que há na instituição” (E2);

“(…). Ou seja, é de facto uma ponte para várias áreas” (E5).

Na resposta do Enfermeiro Chefe é realçado o facto, de que a Assistente Social é uma profissional que procura ir ao encontro das necessidades sociais, procura encaminhar as respostas, assim como garantir que todos os direitos e apoios estejam a ser utilizados em prol do residente.

Relativamente aos procedimentos de trabalho da Assistente Social, alguns dos entrevistados afirmaram que a intervenção desta profissional passa pela admissão (3), pela elaboração do processo individual e plano individual (3), pela gestão de caso e de planeamento abrangente (3) e, pelo acolhimento (2):

“(…)Era feito, também, o acolhimento, a admissão, o processo individual que depois era passado para os outros elementos (...)” (E1);

“(...) através de consultas, conversa com o familiar, etc., perceber um pouco o contexto social do idoso, esta é uma abordagem. (...). Portanto, a dimensão passa, exatamente, pela caracterização de tudo em relação àquele idoso, como é que é feita a sua gestão, qual é a sua religião, quais são as suas crenças, quais são os seus hábitos, que nível de autonomia ele tem, e isso permite-nos, depois, integrar isso tudo” (E3);

“Eu acho que a Assistente Social tem a capacidade de realizar um plano de intervenção relacionado com o funcionamento tanto da instituição como também da equipa face aos objetivos inicialmente propostos. Bem como, realizar um plano que obtenha a avaliação integrada dos residentes face a uma área social. Como já referi, anteriormente, ela é que funciona como um elo de ligação para tudo” (E7).

Segundo a Diretora Técnica a intervenção da Assistente Social é um fator determinante na obtenção de compromissos e consensos ao nível da família, residente e equipa de trabalho. Aqui se coloca a Assistente Social como uma profissional que gere, coordena e define objetivos. Assim, a entrevistada identifica-a como um elemento de referência, enfatizando a sua singularidade, mas também a sua versatilidade e universalidade para com as famílias, residentes e equipa:

“Considero compromissos. Chegar a consensos. No caso de conseguir compromissos, é conseguir compromissos a nível da família, compromissos dos técnicos que trabalham connosco, até com o próprio residente. (...) ela acaba por gerir, apesar de quererem dar outro protagonismo a outras áreas, a Assistente Social neste caso é que tem o protagonismo, porque ela é que gere. Ela é que vai obter a informação. Passa por gerir, coordenar, chegar a consensos, definição de objetivos, definir o quê que se vai fazer com aquela família, ser cordial. (...). Na admissão do residente, por exemplo, o Diretor Técnico tem de estar presente para apresentar a equipa e a Assistente Social também tem de estar. (...). Cada instituição tem de ter sempre um elemento de referência, e normalmente costuma ser o Assistente Social. E depois há uma questão que é todos acharem que podem fazer Serviço Social. Mas nem toda a gente pode fazer o Serviço Social” (E4).

7.3.3.4. A Diretora Técnica

a) Papel da Diretora Técnica

O Diretor Técnico é detentor de um papel fundamental nas IPSS, sendo o responsável pela equipa, procurando providenciar qualidade de vida aos residentes/utentes. As vivências diárias dos outros profissionais da equipa com a Diretora Técnica do LCL levaram a determinadas perceções no entendimento das questões. Tal

como a Assistente Social, os entrevistados associaram o papel da Diretora Técnica às características pessoais e profissionais da própria, assim como à descrição de algumas funções inerentes à sua prática. No que concerne às características pessoais, os entrevistados salientam: disponível a ouvir, fácil trato, proporciona um ambiente fácil e propício à comunicação, acessível e presente na comunicação com os idosos:

“(...) era uma pessoa aberta a ouvir, tem alguma simplicidade, é simples, portanto é fácil de trato. (...) tinha esse papel que nos deixava à vontade para nós falarmos com ela de uma forma mais informal (...)” (E1);

“E depois tem de ter aquela dimensão humana, que a Dr.^a X (Diretora Técnica) tem, que é sair do seu gabinete, estar próximo dos utentes, estar próximo dos profissionais, tentar ouvi-los, não é ser amiga de, mas ser uma presença para” (E3).

Verificou-se uma heterogeneidade de interpretações no papel da Diretora Técnica, aliadas às características profissionais e às funções. Em duas entrevistas, a Diretora Técnica constitui-se como sendo uma profissional ativa na transmissão de conhecimentos e informação. No entanto, estas associações foram elaboradas de um modo distinto, pois uma das entrevistas evidência o conhecimento que tinha sobre os idosos, e a outra entrevistada menciona informações privilegiadas que são direcionadas primeiramente à Diretora Técnica:

“(...) ela conhecia os idosos mais independentes e com esse conhecimento e com essa experiência, também já de alguns anos, ela conseguia transmitir alguns conhecimentos e transmitir algumas informações. (...)” (E1);

“O papel dela é fundamental. É importante porque ela tem a informação mais privilegiada para depois transmitir ao resto da equipa. (...)” (E6).

Constata-se que os profissionais apresentaram múltiplas e distintas conceções acerca do papel da Diretora Técnica, indicando as seguintes características profissionais/funções: *team leader*, controla a equipa, motiva e avalia a equipa, promove um bom ambiente de trabalho, supervisiona, coordena a equipa e gere a componente técnica:

“(...). Para mim a Diretora Técnica é uma pessoa designada como uma team leader. (...). Porque para mim, eu perspetivo um Diretor Técnico como uma pessoa que tem várias coordenações, entre as quais tem a área social, tem a área da saúde, tem os serviços gerais, etc., etc.; faz uma avaliação sumária em cada uma destas disciplinas, procura saber que dificuldades existem em cada uma destas disciplinas, e procura planear a própria estrutura em que está daqui a cinco a dez anos. (...)” (E3);

“A Diretora Técnica é aquela pessoa que vai controlar, por assim dizer, a equipa, é que vai motivar, é a que deve motivar. E deve de ver o que de bom se está a passar assim como o de mau, porque cabe à Diretora Técnica avaliar num todo. É ela que deve estimular uma equipa e pode ver as potencialidades e necessidades de cada um” (E5);

“O papel da Diretora Técnica na equipa estende-se, primeiramente, por promover um bom ambiente e funcionamento de trabalho, através de uma supervisão frequente e coordenação gradual da equipa, para que possa ser desenvolvida, assim, uma melhor qualidade de vida pensando nos nossos residentes. Assim, compete a ela, também, toda a gestão técnica, todo o funcionamento da instituição” (E7).

No entanto, é possível aferir que a Psicóloga e o Enfermeiro Chefe têm uma opinião contraditória e que difere dos outros entrevistados. No caso da Psicóloga, esta afirma que a Diretora Técnica não exercia um papel de supervisão para consigo, justificando que a mesma não dominava a sua área. No entanto a própria entende que lhe é dada uma certa independência:

(...). Da minha parte, ela não tinha um papel de supervisão, de grande supervisão, mas eu também compreendo essa parte porque ela não dominava. (...). Quando havia necessidade de uma outra coisa, de um pedido, ela realmente dizia que era para fazer, mas quando não, ela realmente deixava à vontade. Tinha uma certa independência” (E1).

A Psicóloga ainda afirma que o papel da Diretora Técnica, apesar de ter importância na coordenação da equipa, tem maior enfoque na parte administrativa, ou seja, em todo o funcionamento da estrutura física da instituição. Salienta ainda que a Diretora Técnica tem um papel mais preponderante no departamento social devido à sua formação de base, Serviço Social:

(...) o papel da Dr.^a X (Diretora Técnica) é mais parte administrativa, portanto verificar os elevadores, o funcionamento dos instrumentos, dos equipamentos (...). É claro que tem que deitar um olho à equipa, à parte social, à parte do serviço de psicologia, da animação e tudo mais, mas acho que é mais nesse sentido, certificar que as coisas estão a funcionar bem porque isso também é importante para o funcionamento da instituição. Nessa parte, é claro que tem de haver ali uma orientação, mas sendo que as pessoas são adultas e há realmente isso, acho que havia uma certa confiança depositada em nós. A Diretora Técnica a nível da parte social, sendo também a formação base da Diretora, sendo Assistente Social, ela realmente aí tinha um papel mais preponderante, mais ativo, na parte social. (...)” (E1).

Já o Enfermeiro Chefe, não está de acordo com a importância atribuída à Diretora Técnica e ao estilo de liderança que esta detém. A partir da resposta de que:

“(...). Se calhar não deveria ter tanta importância porque o facto de assumir um determinado tipo de liderança com toda a informação que tem de ser contida e conservada apenas num só local não é bom. (...) o facto de ela ser uma pessoa muito humana e de querer saber de tudo, também, pode ser normal ou defeito, havia coisas que faziam com que o trabalho de equipa não decorresse de forma necessária. (...). Porque há sempre recetividade da Diretora para receber todas as queixas. (...)”
(E2).

Em contrapartida, o Médico afirma que uma das funções da Diretora Técnica passa pela:

“(...) capacidade de ouvir todos os profissionais que estão sobre a sua alçada (...)”
(E3).

b) Importância atribuída à Diretora Técnica

Existe uma unicidade nas respostas dos entrevistados no que concerne à maior importância atribuída à Diretora Técnica, sendo que se distingue um entrevistado, a Assistente Social.

A maioria dos entrevistados (5) afirma que a Diretora Técnica tem um papel importante, justificando com conceitos, como, a criação de empatia entre a equipa / relação com os profissionais, residentes e familiares, a coesão grupal, o suporte / pilar para os profissionais, a coordenação, e o funcionamento da instituição:

“É um papel importante na equipa, no sentido de (...) a criação da empatia entre a equipa, da coesão grupal. (...). Quando nós precisamos de alguma coisa nós socorremos à Diretora. Portanto, nesse sentido é importante porque temos ali realmente um elemento que podemos socorrer” (E1);

“Coordenadora acima de tudo. Quer dizer uma avaliadora de todas as coordenações. Portanto uma team-leader” (E3);

“Eu acho que acaba ser o pilar da casa. (...). Recolher a informação de todos os departamentos e ver o quê que podemos fazer” (E5);

“A sua importância é imprescindível, não só para o funcionamento da instituição como também para as relações entre os profissionais, residentes e familiares. (...)”
(E7).

No entanto, apesar do Enfermeiro Chefe e a Animadora Sociocultural viabilizarem a importância atribuída à Diretora Técnica, os mesmos discordam de algumas ações da Diretora Técnica. Para a o Enfermeiro Chefe, o estilo de liderança que

a Diretora Técnica apresentava não era o mais correto. A Animadora Sociocultural aponta a falta de comunicação por parte da Diretora Técnica para com os profissionais:

“Para a equipa... sim tinha a sua importância. Era uma pessoa que respeitavam, às vezes, um bocadinho demais. Pelo facto de esse estilo de liderança, que eu respeito, soberano e às vezes um bocadinho religioso (...). Só vemos aquela pessoa, e é aquela pessoa que devemos explicações e tudo o resto deixamos de lado. (...)” (E2);

“No entanto, deveria de existir maior comunicação da sua parte para com os restantes profissionais, para que sejam objetivadas soluções mais efetivas para cada área de intervenção” (E7).

A resposta da Assistente Social a esta pergunta difere dos outros entrevistados, pela mesma afirmar que a Diretora Técnica possui a mesma importância que os restantes elementos da equipa. No entanto, a entrevistada salienta a Diretora Técnica como a profissional que se destaca por ser efetivamente a Diretora Técnica e por possuir uma formação base em Serviço Social, o que lhe incute uma visão mais geral e prepara-a para trabalhar em equipa:

“No fim é igual. É uma pessoa da equipa, é para trabalhar em equipa e para mim tem de ser igual. Destaca-se pela Diretora Técnica ser a Diretora. (...). Também, o facto de a Diretora Técnica ter como formação base o Serviço Social é importante. As outras áreas podem ser competentes para uma Direção Técnica num lar, por exemplo, o médico ou enfermeiro porque eles também envolvem um bocadinho o social, eles também têm a ligação com a família, com o utente, mas eles são muito limitados à saúde. O Serviço Social tem uma visão mais global, nós conseguimos ter um bocadinho de cada coisa. O Serviço Social está muito projetado para trabalhar em equipa comparadas às outras áreas. Às vezes nota-se em algumas áreas que elas se limitam apenas à área delas e o resto não interessa. Mas não é nada disso. É importante a parte deles, mas também o resto deve ser trabalhado. O Serviço Social é obrigado a trabalhar em equipa para poder trabalhar as necessidades todas” (E6).

c) Elementos que demarcam a intervenção da Diretora Técnica

Quanto aos elementos que diferenciam a intervenção da Diretora Técnica, de um modo geral é possível afirmar que as opiniões são variadas. São apontados diversos elementos valorizadores da sua intervenção, destacando: a gestão e coordenação da equipa de trabalho (4), realçando-se os aspetos da coordenação, valorização das ações positivas dos profissionais, delineamento e distribuição de tarefas, supervisão, controlo da equipa, motivação dos profissionais, promoção da formação dos profissionais, apoio e gestão das situações de conflito entre a equipa de trabalho e agendamento e realização de

reuniões; as competências para solucionar problemas (4); a troca de conhecimentos e informação (3); a tomada de decisão final (3); e a comunicação / articulação com a hierarquia organizacional (2). Portanto, os profissionais posicionam a Diretora Técnica, maioritariamente, como alguém que tem um valor acrescido para a equipa de trabalho, mas também mencionam alguns elementos direcionados aos residentes e aos superiores hierárquicos:

“A capacidade para resolver os problemas quando têm de ser resolvidos (...) a Diretora Técnica tem um papel fundamental no acolhimento porque ela é que tem de dar a resposta final à segurança social relativamente à admissão. (...)” (E2);

“(...) fazer a coordenação, fazer o agendamento de reuniões com as várias equipas, fazer a descrição dos pontos positivos e negativos de cada situação, tem, também, de ter a capacidade de ouvir todos os profissionais que estão sobre a sua alçada (...), tem de valorizar os que têm ações positivas, o trabalho fora de horas, o carinho pelo idoso, a atenção, a tolerância, e entre outros, e perspetivar juntamente com uma direção financeira o quê que vai ser no futuro para a própria instituição” (E3);

“A intervenção dela é baseada, por exemplo, na entrada de processos. Se ela achar que determinado utente não está nos trâmites exigidos pela instituição, ela é a única pessoa que pode dizer sim ou não relativamente à admissão. A comunicação com a direção da associação também é ela que faz. Para a equipa, passa um pouco pelo papel de coordenar, supervisionar, dar contributo dos seus conhecimentos, ajudar na resolução de situações, delinear tarefas... Ou seja, é projetar um plano para depois cada um fazer o seu papel e no fim juntar tudo” (E6).

Contudo, a Animadora Sociocultural aponta fatores de discórdia no que se refere à área da própria, embora afirme que a reunião, a valorização e a supervisão são elementos existentes em alguns departamentos e que a Diretora Técnica coordena:

“(...). Focando na minha área, sou regida segundo o que ela pretende e não através de um plano seguido periodicamente. Em algumas áreas, ela faz reunião, valoriza, sim, há uma supervisão, sim, mas face a minha área acho que há uma falta” (E7).

Ou seja, os diversos profissionais, que trabalham em conjunto, associam diferentes funções à intervenção da Diretora Técnica, em que cada uma delas são proposições consideradas quando adstritas à Diretora Técnica.

7.4. Limitações e potencialidades do trabalho interdisciplinar

A categoria, limitações e potencialidades do trabalho interdisciplinar, é composta por três indicadores, correspondentes, às limitações, às potencialidades e aos desafios do

trabalho interdisciplinar. Apresentam-se, de seguida, os respetivos elementos (Vd. Apêndice 5 – Tabela 10).

7.4.1. Limitações do trabalho interdisciplinar

Quando se fala em trabalho em equipa interdisciplinar, torna-se incontornável equacionar as suas limitações e potencialidades. De entre os aspetos menos positivos mencionados pelos entrevistados, destacam-se aspetos ao nível da comunicação, ao nível da perceção do papel/função e ao nível da apreensão dos papéis/funções.

a) Ao nível da comunicação

Relativamente ao nível da comunicação considera-se, como resposta fortemente salientada, a falta de comunicação, colaboração e partilha (5):

“Relutância na partilha de informação, a resistência em trabalhar em equipa, trabalhar em conjunto. A falta de comunicação, a falta de partilha, o não saber partilhar, comunicar (...)” (E4);

“(...) as diversas ideias que são difíceis de ultrapassar, a concordância pode ser difícil (...). O facto de sermos de diferentes áreas, às vezes, leva a que cada um “puxe a brasa à sua sardinha”. (...)” (E6);

“Na minha equipa de trabalho o maior constrangimento é a falta de comunicação (...)” (E7).

b) Ao nível da perceção do papel/função

Ao nível da perceção do papel, pode verificar-se junto dos entrevistados que, a luta pela razão / responsabilidade (2), a falta de conhecimento sobre a função / papel do outro (2) e, a relativização do trabalho do outro (2) foram aspetos tidos em conta:

“(...) o achar que o meu conhecimento é mais importante que o do outro, relativizar o trabalho dos outros” (E4);

“Na minha equipa de trabalho o maior constrangimento é (...) a falta de conhecimento sobre o papel das restantes áreas de intervenção, a luta pela responsabilidade, há sempre ali uma luta pela responsabilidade que depois interfere com as restantes áreas de intervenção (...)” (E7).

c) Ao nível da apreensão dos papéis/funções:

Verifica-se, ainda, ao nível da apreensão dos papéis/funções, que a sobreposição de papéis (2) também é um fator presente e significativo nas limitações, mencionada pelos profissionais:

“(...) quando numa equipa não se respeita os papéis de cada um e achar que um determinado departamento pode assegurar esse departamento e outro departamento (...) o facto de haver troca de informação, não significa que nós vamos sobrepor-nos uns aos outros. (...). O maior constrangimento é a sobreposição de papéis (...)” (E5);

“(...) o facto de alguns profissionais se meterem no trabalho dos outros quando nem sequer têm especialização e área para tal” (E7).

Em contrapartida, comparativamente aos outros entrevistados, o Médico considera que não existe nenhum constrangimento na equipa. O profissional destaca a equipa jovem que têm, e que apesar da Diretora Técnica distar da idade dos outros profissionais, a mesma apresenta características facilitadoras do trabalho em equipa:

“(...). No presente não. No presente acho que somos todos uma equipa jovem e apesar da Dr. X (Diretora Técnica) distar de nós em relação à idade, de outra geração, era uma pessoa que tinha a capacidade de ouvir, de refletir sobre as coisas, pensar sobre as coisas e, portanto, não havia nenhum tipo de constrangimento” (E3).

7.4.2. Potencialidades do trabalho interdisciplinar

O trabalho em equipa por forma interdisciplinar tem contribuído para diversas mudanças estruturais e comportamentais em diversas instituições, resultando numa considerável eficácia como metodologia de trabalho. No LCL, os profissionais mencionaram aspetos vantajosos para a equipa, mas também para os idosos, de entre os quais, ao nível da partilha, ao nível do bem-estar do idoso e ao nível do desempenho da equipa.

a) Ao nível da partilha

No que concerne à partilha foram elucidados elementos como a partilha e alcance de objetivos /objetivo comum (5), a partilha de informação, conhecimentos e ideias (4) e, a intervenção holística / completa (2):

“(...) A partilha de um objetivo comum proporciona um melhor desempenho, menos ansiedade, menos stress, menos tristeza, menos pressão, no fundo é um melhor desempenho” (E1);

“Poder trabalhar num todo, ser o bio-psico-social, é a forma holística. Porque consegue-se a informação toda. Temos de trabalhar a pessoa num todo. É a vantagem. (...)” (E4);

“(...). Neste momento, o que está a começar a existir é a partilha de ideias, de conhecimentos e partilha de informação. (...)” (E7).

b) Ao nível do bem-estar do idoso

Em termos do nível do bem-estar do idoso, foi identificado a garantia da satisfação e dos direitos dos residentes (2) como uma vantagem do trabalho em equipa interdisciplinar:

“O benefício principal é saber que o utente ficou satisfeito da envolvência de todos os serviços para dar a resposta que ele necessita (...)” (E2);

“Os benefícios do trabalho em equipa foram fundamentais, que foram garantir maior segurança para o idoso, garantir uma igualdade dos cuidados e dos direitos para todos os idosos (...)” (E3).

c) Ao nível do desempenho da equipa

A principal potencialidade ao nível do processo de desempenho é o processo mais célere (1). Desta forma, e no alinhamento com as ideias dos profissionais, o trabalho em equipa interdisciplinar potencia uma rápida e eficaz resposta às necessidades dos idosos:

“(...) maximizar aquilo que nós pretendíamos em relação ao bem-estar do próprio idosos e minorar o tempo para atingi-lo. (...). Sempre que haja respeito, por todas as áreas, sempre que haja autonomia, ou seja, nós gerirmos aquilo que achamos melhor para a nossa área, mas também haja independência, que é nós concretizarmos aquilo que nós queremos, eu acho que o processo se torna muito mais célere e não mais lento” (E3).

7.4.3. Desafios do trabalho interdisciplinar

a) Ao nível pessoal

Os desafios apontados por cada entrevistado são variados. Para a Psicóloga e para a Educadora Social, a falta de segurança em demonstrar as suas opiniões ou a dificuldade

em expor / fazer compreender o seu ponto de vista consubstancia-se numa dificuldade sentida:

“(...) tenho dificuldade em expor, sendo que estou na situação, independentemente de ser Psicóloga, causa-me alguma ansiedade e às vezes tenho dificuldades em fazer compreender o meu ponto de vista devido há minha ansiedade (...)” (E1);

“(...) quando nós estamos reunidos e tenho uma opinião para dar e na hora eu não consigo, ou se der não vai ser ouvida, não vai ser aceite. (...)” (E5).

Para o Enfermeiro Chefe o maior desafio é a criação de perspetivas irreais. Existe um certo inconformismo em relação às normas executadas, afirmando que apesar de todos os profissionais quererem fazer o bem, estes não conseguem chegar aos objetivos pretendidos:

“Há desafios que eu tenho de superar na equipa interdisciplinar, que é não criar perspetivas que às vezes são irreais. Porque ninguém pode ser como eu. (...). Mas todos têm a mesma atitude do que eu. É que todos querem fazer o bem. Vão é por caminhos diferentes e a maior parte não chega lá. E o que eu tenho dito é que se calhar o caminho não é esse, porque não vão chegar lá assim. (...). (...) porque há muitas pessoas que confundem sensibilização com os alertas, e com a reclamação, e com o feitiço dele, mas não. Nós queremos é trabalho de qualidade” (E2).

O Médico refere ter alguma dificuldade em filtrar a informação de outra área como importante para o seu trabalho:

“O principal desafio para mim é, (...), ter capacidade de ouvir o que os outros têm a dizer sobre um determinado tema, mesmo que por vezes eu possa não considerar importante para a minha área. (...)” (E3).

No que diz respeito à resposta da Diretora Técnica, esta referiu que os maiores desafios estavam imbrincados com a gestão, a obtenção de consensos e compromissos e com o reconhecimento das limitações, preconceitos e individualismo:

“Conseguir gerir, conseguir gerar consensos e compromisso.”

“Nós que trabalhamos em equipa, e nós enquanto profissionais individualmente, (...) temos de reconhecer as nossas limitações, os nossos preconceitos, o nosso individualismo (...). Ou seja, o principal desafio é reconhecer as nossas limitações, os nossos preconceitos, até para podermos trabalhar com outras profissões. Porque às vezes há muitos preconceitos a nível das outras áreas” (E4).

Por sua vez, a Assistente Social afirma, de forma clara, que a prontidão na resposta, se constitui como o seu principal desafio:

“a informação devia de ser transmitida mais atempadamente em vez de ser transmitida em cima da hora. Na entrada de processos, por exemplo, deviam de

informar pelo menos um ou dois dias de antecedência que vai entrar alguém ou não. (...) O desafio era ter tudo a tempo e horas. Ter tudo certinho aquando nos era solicitado. Ou seja, a prontidão na resposta” (E6).

Por fim, a Animadora Sociocultural considera que os seus desafios, de um modo genérico, são a sobreposição de papéis, os valores que cada profissional possui e a necessidade de mostrar que o seu trabalho é importante para a equipa:

Eu sinto dois desafios principais em relação ao trabalho interdisciplinar e em relação à minha área. (...) sobreposição de papéis, o que leva a um desafio maior na participação com a minha equipa de trabalho. (...). Outro tipo de problema que também consigo sentir é que os valores (...), que cada profissional acredita, por vezes acaba por influenciar o trabalho em equipa, na medida em que poderá tornar-se pessoal e difícil de resolver. (...). Mas, o maior desafio que eu acho que tenho de alcançar é demonstrar que o meu trabalho é importante para a equipa” (E7).

Capítulo 8 – Discussão dos Resultados

A pesquisa realizada procurou compreender, por intermédio das entrevistas, fatores que pudessem esclarecer os pontos relevantes associados à configuração da interdisciplinaridade, ao papel dos profissionais da equipa, com ênfase no Assistente Social e Diretora Técnica, e as limitações e potencialidades do trabalho interdisciplinar.

A partir do trabalho empírico, foi possível observar e no que diz respeito à amostra do estudo, uma predominância dos participantes do sexo feminino. Relativamente ao grupo etário, apurou-se que a média de idade é de 37 anos. Quanto à formação académica associada à profissão / cargo na associação, concluiu-se que todos os profissionais, à exceção da Animadora Sociocultural, exerciam a profissão aliada à sua formação. No que concerne à antiguidade na associação foi possível aferir que todos os profissionais apresentam a mesma antiguidade no LCL, sendo que a tipologia do contrato sem termo é o que prevalece, com 57,1% dos entrevistados, o que pode revelar uma certa estabilidade.

Ao nível da subcategoria relativa ao âmbito da interdisciplinaridade, predomina o entendimento de que a mesma se reporta a um conjunto diversificado de disciplinas que interagem e cooperam, tendo sido também percecionada a interdisciplinaridade como uma dinâmica de trabalho que permite atingir um objetivo comum. Ainda que com menor expressão, foi, contudo, possível distinguir em alguns relatos noções relacionadas com a interdisciplinaridade, nomeadamente a troca de ideias, saberes e conhecimentos, a comunicação eficiente / diálogo, o respeito e a organização orientada. No entanto, aquando da solicitação dos principais atributos que definem o trabalho na equipa interdisciplinar pôde-se apurar que a maioria dos entrevistados mencionou a partilha (de ideias, conhecimentos e informação), o respeito e a comunicação.

Deste modo, pode perceber-se que o entendimento dos entrevistados se mostra convergente com a literatura. Como escreve Pombo (2004, p. 34), a interdisciplinaridade, tal “como os outros conceitos da mesma família, (...) designa diferentes modos de relação e articulação entre disciplinas”. Da mesma forma, Resweber (1981, p. 160) afirma que a interdisciplinaridade ocorre da interação complexa de disciplinas, e Gusdorf (1985 citado por Pombo 2004, p. 36) afirma ainda que a interdisciplinaridade “evoca também um espaço comum, um fator de coesão entre saberes diferentes”. Neste seguimento, a partir da convergência de diversos pontos de vista o objetivo final tem sempre como fim o objetivo comum (Pombo, 2004).

A partir de García (2003b), Devillard (2003), Japiassú (1976), Fazenda (2011), Dechamp e Delaunay (2016), Hoegl e Gemuenden (2001), Berger (1972), Pombo (2004) e Salas, et al. (2005), foi possível resumir diversas características da interdisciplinaridade em consonância com os aspetos salientados pelos entrevistados: profissionais diferenciados; objetivo comum; intensidade das trocas entre os profissionais e o grau de integração real das disciplinas; interação entre as diversas disciplinas através da comunicação; cooperação de várias disciplinas científicas e estrutura organizacional operativa e organizada.

Percebe-se através das entrevistas aos profissionais que apesar das linhas orientadoras do conceito do trabalho interdisciplinar, em muitos casos é referido o respeito, como um atributo a ter presente no alcance ao trabalho interdisciplinar. Da mesma forma, Fazenda (2011, p. 89) advoga que “a interdisciplinaridade torna-se possível, então, na medida em que se respeite a verdade e a relatividade de cada disciplina (...)”. Não obstante, importa referir que em diversas ocasiões no decorrer das entrevistas, por vezes os profissionais mencionavam a multidisciplinaridade, atribuindo a esta o mesmo significado da interdisciplinaridade, o que de certa forma nos permite dizer que os profissionais não possuem uma noção precisa de cada modalidade no trabalho em equipa.

No que se refere à subcategoria - complementaridades e dinâmicas do trabalho em equipa, perdura o entendimento de que as mesmas se relacionam com diversas partilhas e processos da equipa de trabalho. Assim, as principais ilações retiradas das entrevistas no que concerne às partilhas foram a informação, a tomada de decisão, a troca de ideias, saberes, experiências e conhecimento. Neste contexto, Louro (2001) e Gomes (2012) referem que a partilha de informação, o cruzamento de saberes, a comunicação e o nível da tomada de decisão relativamente a objetivos comuns, são momentos expressos de partilha, os quais ocorrem diariamente de acordo com as necessidades sentidas, quer pelos profissionais que têm novas informações e conhecimentos a transmitir, quer em caso de dúvidas por parte de algum profissional (Gomes, 2012). Esta partilha é fundamental para a prossecução da intervenção de cada profissional, sobretudo aquando da chegada de um novo residente, para que possam ser transmitidas as informações à equipa, por parte da Diretora Técnica e Assistente Social, as quais possuem a informação geral e processo do mesmo.

A partilha da tomada de decisão deve ser também um momento marcado pela interdisciplinaridade, sendo que segundo Mariano (1989, citado em Gomes, 2012, p. 24)

“uma eficaz tomada de decisão pela equipa inclui: uma explícita definição do problema, clareza relativamente às funções de cada membro e envolvimento na decisão, a existência de dados suficientes e relevantes sobre o problema, opções e alternativas de resolução, estudo das várias alternativas, compromisso com a ação e atribuição de responsabilidades específicas.”

Estas partilhas proporcionam momentos de relação estreita e de níveis de cooperação e coordenação que inferem na concretização do trabalho em equipa interdisciplinar no LCL, como foi exemplificado pelos profissionais, designadamente pela Educadora Social, ao afirmar que “(...) não podemos tomar uma decisão tendo em conta apenas um determinado departamento”.

Relativamente aos processos da equipa de trabalho e aos momentos estruturantes que convocam a equipa, foram salientados a admissão, o acolhimento, as reuniões e o plano de atividades. É consensual, segundo o GCPAS & CID (2005) que o serviço acoplado às ERPI, desenvolvido por equipas profissionais apresente momentos de admissão, acolhimento, reuniões interdisciplinares e planos de atividades, sendo indispensável reunir a equipa. Considerando agora, os procedimentos de trabalho da equipa interdisciplinar, com variação na periodicidade e tipologia, há que salientar os registos, os relatórios, as conversas informais / reuniões informais e as reuniões agendadas. Louro (2001) sublinha que os registos escritos e as reuniões periódicas são linhas de comunicação no trabalho interdisciplinar. As conversas informais / reuniões informais dão-nos conta de uma comunicação informal que surge de forma horizontal entre os profissionais, predispondo um maior à vontade nas partilhas. Este resultado vai de encontro ao estudo de Gomes (2012), onde também foi possível verificar que a maioria da comunicação ocorre em momentos menos formais e não-programados. Acerca da periodicidade das reuniões, as mesmas ocorrem quer mensalmente, quer quando se torna necessário.

A análise e discussão do papel dos profissionais da equipa, mais especificamente a perceção do próprio do seu papel e contributo, à luz do referencial teórico leva-nos a retornar algumas afirmações, de Shapiro (2015) em especial, no que concerne à perceção dos papéis dos profissionais numa lógica de especialização, e/ou nas funções que realizam. Para Devillard (2011, p. 61) “o papel é um comportamento esperado, ligado à função, à situação ou ao estatuto”. Nesta mesma ordem de ideias, Gomes (2012) retrata, através do seu estudo, a evidência dos profissionais entrevistados em associar o seu papel

às tarefas do seu dia-a-dia e ao desempenho da sua profissão, tal como também é retratado pelos profissionais do presente estudo.

A aceção da interdisciplinaridade acontece de forma gradual, mas a formação pode ser um preditor importante, porque, não só veicula informações pertinentes para a prática profissional, mas também porque faz o profissional pensar acerca de um trabalho em equipa interdisciplinar por forma a obter uma intervenção mais completa. Fazenda (2011, p. 89) declara que a interdisciplinaridade na formação pretende “(...) a criação de condições de ensinar em função das relações dinâmicas entre as diferentes disciplinas, aliando-se a problemas da sociedade”.

No transcorrer do estudo foi possível verificar que a grande quantidade dos entrevistados evidencia a formação como um momento estruturante na prossecução do trabalho interdisciplinar, excetuando um dos profissionais, que afirma que a formação é um dos elementos para atingir o trabalho em equipa interdisciplinar, no entanto parte muito da personalidade de cada um.

A despeito da perceção tida da importância da formação para a Assistente Social e da Diretora Técnica, infere-se uma significativa uniformidade nos modos como ambas interpretam esta dimensão, na medida em que afirmam que a licenciatura em Serviço Social teve uma forte influência na necessidade de trabalhar o indivíduo de forma holística, de forma interdisciplinar. A esse respeito, é relevante ressaltar que, como Ely (2003, p. 115) reforça, a interdisciplinaridade está presente, “(...) no processo de formação e produção de conhecimentos do assistente social e o acompanha, de forma acentuada, em suas ações profissionais”. Compartilhando a mesma perspetiva, Gomes (2016, p. 8), no 4º Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais, afirma que “o Serviço Social abarca em sua formação a interlocução com diversas disciplinas”, por forma a proporcionar uma intervenção mais completa. Não obstante, também ressaltou do estudo a opinião, designadamente da Assistente Social, de que a prática profissional tem mais influência na aquisição de competências para trabalhar em equipa.

O reconhecimento sentido por cada profissional tem-se mostrado cada vez mais central, uma vez que não levanta apenas um debate sobre a representação do profissional na equipa, mas também acerca da elevação da autoestima e do nível de sentimento de pertença social de cada membro. Através dos discursos dos entrevistados percebemos que alguns profissionais, não se sentem totalmente reconhecidos pela equipa (e.g., Psicóloga, Animadora Sociocultural), ou sentem que são mais reconhecidos por alguns profissionais do que por outros (e.g., Educadora Social), enquanto que outros se sentem totalmente

reconhecidos (e.g., Médico). Consta-se ainda, que o reconhecimento pela área médica tem mais valor para o Enfermeiro Chefe, talvez decorrente da proximidade das áreas formativas.

Quanto ao reconhecimento sentido pela Assistente Social e a pela Diretora Técnica por parte da equipa, o mesmo apresenta uma diferença ténue, sendo, contudo, valorizado na Assistente Social o facto dos profissionais recorrerem à própria enquanto que na Diretora Técnica se referiu a falta de compreensão das decisões tomadas pela equipa, visto algumas áreas considerarem que conseguem executar as suas funções e outras considerarem que são mais importantes que a sua.

A perceção dos profissionais sobre o papel da Assistente Social na equipa surge ancorada em vários argumentos. Por um lado, são elencadas características pessoais e interpessoais da Assistente Social tais como, amável, calma, disponível a ouvir, comunicativa e acessível. Por outro, são verbalizadas características profissionais e funcionais, como a cooperação, a coordenação, a gestão da equipa, a contextualização do idoso, a partilha de informação, a obtenção de consensos e, o elo de ligação. De facto, García (2013a, p. 80) já constatara, que “o Assistente Social terá que intervir, trabalhando como um técnico em política, ou seja: negociar, expressar, especificar, concordar, orientar, dialogar, controlar, gerir, decidir, informar, planejar, canalizar, mobilizar, cooperar e também ter um *corpus* teórico e técnico altamente especializado”. Noutra aceção, Santos (2015, p. 3) afirma que uma das práticas importantes no Serviço Social “é a ponte que ele busca constantemente manter entre os idosos e seus familiares, fortalecendo os vínculos familiares”, sendo que o Assistente Social “contribui na equipe informando as questões referentes à vida social que podem interferir em espetos psicológicos até mesmo na saúde do usuário”. Importa ainda referir que a coordenação e a cooperação são aspetos intrínsecos ao trabalho interdisciplinar (Japiassu, 1976; Ely, 2003)

No que concerne à importância atribuída à Assistente Social, é possível afirmar que houve uma heterogeneidade de respostas. A Psicóloga e a Diretora Técnica atribuíram o mesmo grau de importância que os outros profissionais, enquanto o Enfermeiro Chefe, o Médico, a Educadora Social e a Animadora Sociocultural qualificaram como tendo um papel fundamental e/ou muito importante. Importa ainda referir que apesar da Diretora Técnica atribuir a mesma importância, esta enfatiza que a Assistente Social é uma profissional que atua na primeira linha aquando o surgimento de algum problema.

Relativamente à intervenção da Assistente Social, foram distinguidas pelos profissionais funções inerentes à sua prática relacionadas com a admissão, elaboração do processo individual e plano individual, gestão de caso e de planeamento abrangente, acolhimento, e elo de ligação entre residente, rede pessoal de apoio e parceiros sociais. É notório o enfoque do Assistente Social como o elo de ligação, articulando sempre a sua ação tendo sempre em conta o sistema mais vasto e o contexto do indivíduo (García, 2003b). Note-se que para Ribeirinho (2013), o Assistente Social numa ERPI, é o profissional de referência.

Relativamente ao papel da Diretora Técnica, os entrevistados referiram, tal como com a Assistente Social, características pessoais, entre as quais: disponível a ouvir, fácil trato, proporciona um ambiente fácil e propício à comunicação, acessível e presente na comunicação com os idosos; e características profissionais e funcionais, nomeadamente, profissional ativa na transmissão de conhecimentos e informação, *team leader*, controla a equipa, motiva e avalia a equipa, promove um bom ambiente de trabalho, supervisiona, coordena a equipa e gere a componente técnica. Neste sentido, Sobreiro (2009), no estudo que realizou verificou que as características de um Diretor Técnico passam por estar disponível para ouvir, saber gerir conflitos, exercer autoridade, ser boa ouvinte, ser compreensível, ser disponível, ter capacidade de gestão, entre outros aspetos.

Face a esta questão, também os profissionais referiram a importância da Diretora Técnica na equipa de trabalho, classificando a sua ação como positiva e/ou muito importante.

No que concerne aos elementos que demarcam a intervenção da Diretora Técnica, verifica-se que os entrevistados dão maior ênfase à gestão e coordenação da equipa de trabalho, às competências para solucionar problemas, à troca de conhecimentos e informação, à tomada de decisão, e à comunicação / articulação com a hierarquia organizacional. Isto porque foi salientado que a Diretora Técnica e a Assistente Social têm acesso, numa fase inicial, a mais informação sobre o idoso. A tomada de decisão final pode estar associada ao facto de que o Diretor Técnico “deverá ter alguma autonomia e poder de decisão respeitando contudo os trâmites legais existentes” (Sobreiro, 2009, p. 37).

Após análise das principais considerações retiradas do papel e intervenção do Serviço Social e Direção Técnica do LCL, verifica-se que lhes estão afetas uma multiplicidade de funções, sendo que estas profissionais não se centram apenas na sua intervenção social e diretiva, indo mais além e fazendo a diferença na intervenção dos

outros membros da equipa de trabalho interdisciplinar. Para além da sua prática profissional, é importante que o Assistente Social e a Diretora Técnica, preservem o humanismo, a sensibilidade para com o outro e beneficiem da técnica e saber formativo para reforçarem o bem estar dos utentes e a qualidade dos serviços, aspetos estes que foram bem realçados pelos profissionais

A falta de comunicação, colaboração e partilha, a luta pela razão/responsabilidade, a falta de conhecimento sobre a função / papel do outro, a relativização do trabalho do outro e a sobreposição de papéis, traduziram limitações vivenciadas e experienciadas pelos profissionais entrevistados que podem dificultar a ação coletiva.

A sobreposição de papéis assume uma significação particular, já que, a falta de comunicação, colaboração e partilha, a luta pela razão / responsabilidade, a falta de conhecimento sobre a função do outro e a relativização do trabalho do outro, articulam-se diretamente com a sobreposição de papéis, que atravessam muitos atos profissionais neste domínio.

A luta pela razão / responsabilidade sobre determinados assuntos e tarefas é observável no discurso de alguns entrevistados. Segundo Gomes (2012), esta sobreposição, está imbricada com a falta de conhecimento sobre a função dos outros profissionais, defendendo Mariano (1989 citado por Gomes 2012, p. 97) que “a autonomia, a socialização e a formação profissional especializada leva muitos profissionais a acreditar que a sua disciplina é soberana. Consequentemente, poucos profissionais conhecem a prática, responsabilidades, e competências das outras disciplinas.” A autora afirma, ainda, que a falta de conhecimento sobre o papel do outro, “leva à ambiguidade de papéis e à existência de preconceitos sobre outras disciplinas, conduzindo a situações de sobreposição de papéis, competências e responsabilidades” (idem, ibidem, p. 97).

Para fazer face a estas questões, deve-se estimular e fazer entender que “o que se pretende na interdisciplinaridade não é anular a contribuição de cada ciência em particular, mas apenas uma atitude que venha a impedir que se estabeleça a supremacia de determinada ciência, em detrimento de outros aportes igualmente importantes” (Fazenda, 2011, p. 59).

Mas importa destacar um problema que surge da divergência entre o “território percebido” e o “território disponível/atribuído” (Dechamp e Delaunay, 2016, p. 46), como duas entrevistadas referiram. A Psicóloga e a Animadora Sociocultural associam a sua prática ao “território percebido”, ou seja, associam a sua prática profissional à formação

que obtiveram, no entanto, consideram o “território disponível/atribuído” um constrangimento, conotando-o como aquilo que a Associação designa para a sua ação.

Alguns profissionais, nomeadamente das áreas sociais, sentem-se desvalorizados perante os outros membros da equipa, ao admitir que estes consideram poder executar o seu trabalho evidenciando alguma relutância em termos de partilha. Segundo Japiassu (1976, p. 63), “os especialistas das ciências humanas fazem um grande esforço para recuperar um conhecimento do fenómeno humano como resultado de uma colaboração entre vários especialistas”, no entanto existem ciências que encerram “o conhecimento no espaço fechado da axiomática sem comunicação com as outras linguagens” (idem, ibidem, p. 94). Tal pressuposto pode dever-se às diferentes abordagens que cada disciplina apresenta para proporcionar bons cuidados aos idosos institucionalizados. A associação do idoso ao seu contexto, à doença, e à dependência varia de ciência para ciência no seu modo de atuar.

Relativamente às potencialidades na equipa de trabalho do LCL sentidas pelos profissionais das diferentes áreas, foram mencionadas, predominantemente, a partilha e alcance de objetivos /objetivo comum, a partilha de informação, conhecimentos e ideias e a intervenção holística / completa.

De facto, para a prossecução de um trabalho em equipa interdisciplinar é imperioso o objetivo comum, uma elevada intensidade de trocas e uma intervenção que agrupe diversas disciplinas (Japiassú, 1976; Devillard, 2001; Salas et al., 2005; Hoegl & Gemuenden, 2001).

A partilha de informação, conhecimentos e ideias proporcionam um maior volume de informação para completar a intervenção dos profissionais (Alcover, 2014). Isto não só significa que os profissionais dão importância à informação disponibilizada, como alguns mencionam, mas também que existe um clima de abertura e respeito na equipa de profissionais do LCL que permite os profissionais expressarem as suas ideias, conhecimentos e informações (Gomes, 2012).

Tendo em conta os desafios sentidos pelos profissionais, a dificuldade de filtrar a informação de outra área foi um desafio sentido por alguns profissionais. De facto, no trabalho interdisciplinar é necessário que o profissional se familiarize com as disciplinas distintas da sua por forma a estar sensível aos desenvolvimentos científicos que podem influenciar o seu campo de ação (Japiassú, 1976, p. 105). No entanto, o facto dos profissionais reconhecerem este desafio torna-se mais fácil de interiorizar e mudar a sua atitude.

Importa referir outro desafio, resultante do reconhecimento de que existem limitações, preconceitos e individualismos, o qual foi salientado pela Diretora Técnica e reconhecido por Dechamp e Delaunay (2016). Esta relação é fulcral porque como afirma García (2003a, p. 83) “o Assistente Social deve levar em consideração (...) a capacidade de estudar os fatos da realidade social conforme são apresentados, sem a influência de preconceitos, estigmas ou estereótipos, e com a atitude flexível de mudar qualquer posição incorreta ou inadequada”.

Adicionais desafios realçados pelos profissionais focalizaram-se, na dificuldade em expor / fazer compreender o seu ponto de vista, na criação de perspetivas irreais, na prontidão da resposta e demonstração do valor da sua área. A consciencialização destes desafios indica que existe um trabalho individual dos profissionais na prossecução e obtenção de um trabalho eficiente e eficaz, de carácter interdisciplinar.

Conclusão

A realização do estágio e o estudo no LCL e o contacto com os residentes, famílias e profissionais, converteu-se numa importante fonte de aprendizagem, pelo menos por duas razões. Em primeiro lugar, porque possibilitou à estagiária uma aprendizagem mais ativa, fomentada pela disponibilidade e suporte da orientadora e dos restantes profissionais da instituição, os quais se mostraram fundamentais, não apenas nos momentos da integração institucional, mas também para proporcionar o acesso ao conhecimento da realidade institucional e ao exercício da prática neste contexto. Em segundo lugar, a experiência de estágio inscrita no mestrado converteu-se adicionalmente numa experiência de investigação *in loco* permitindo aproveitar a experiência profissional com idosos como fonte de conhecimento, uma vez que se reconhece que potenciar a capacidade dos idosos e promover o bem-estar (a nível micro e meso) também reside no trabalho em equipa interdisciplinar, o qual reflete o contributo das várias áreas disciplinares.

De facto, o trabalho interdisciplinar constitui um requisito e um desafio para todos os profissionais que estão empenhados em prestar cuidados de qualidade aos idosos. A partir do estudo desenvolvido foi possível, não apenas aprofundar o conhecimento teórico acerca do tema da interdisciplinaridade e das suas potencialidades, mas também entender a partir do terreno da prática, como a interdisciplinaridade é pensada, concretizada e beneficia da intervenção social, que em contexto gerontológico se pauta, em conjunto com outras profissões, para o bem estar deste grupo populacional.

A escolha das profissões associadas ao cuidado não é aleatória, pois estamos perante diversos profissionais com diversas áreas do saber, todos eles importantes para trabalhar o idoso num todo, mas em que cada disciplina apresenta fundamentos e culturas distintas, tendo como consequência, como foi possível averiguar, maneiras distintas de trabalho conjunto, o que por vezes perturba o alcance de consensos.

Através dos relatos obtidos, foi possível concluir que os profissionais do LCL dão ênfase a uma abordagem interdisciplinar, valorizando-a e revelando que a mesma tem impacto nas relações interprofissionais (tendo por base características como, o grau de integração real das diversas disciplinas, os objetivos comuns, a partilha e as ações conjuntas na tomada de decisão), refletindo a par, uma vontade de ação e reflexão conjunta para intervir de forma holística e sistémica (junto dos públicos idosos).

No entanto, apesar da valorização do conceito da interdisciplinaridade, as dinâmicas necessárias à prossecução desta modalidade do trabalho em equipa, nomeadamente relativas à comunicação, partilha e colaboração, constituem alguns dos constrangimentos apontados pelos profissionais. Os trabalhos de Japiassú (1976), Gomes (2012), Filho (1997), Pombo (2004), Fazenda (2011), Hoegl e Gemuenden (2001) e Dechamp e Delaunay (2016), na área da interdisciplinaridade, apontam a comunicação como o sucesso do trabalho realizado em equipa, sendo um preditor decisivo na colaboração, interação e partilha de informação dos membros da equipa.

Para o trabalho conjunto as reuniões são tidas como uma importante ferramenta de comunicação, tal como foi possível aferir pelo estudo. Devillard (2001), García (2003b) e Louro (2001) afirmam neste sentido, que as reuniões de trabalho fazem parte integrante da atividade organizada e rigorosa do trabalho interdisciplinar e constituem-se como um momento de partilha, onde cada profissional pode expressar a sua opinião e influenciar os outros elementos para a execução de planos futuros, revelando-se as mesmas cruciais no sentido de que potenciam o debate e a elencagem de respostas para as diversas situações. As reuniões são uma importante ferramenta de trabalho e se esta não se sucede, pode influenciar a qualidade do serviço prestado aos idosos.

O mesmo se aplica à abertura na comunicação. Se existir, como apontado por alguns participantes, relutância na partilha de informação ou dificuldades sentidas pelos mesmos em expor o seu ponto de vista, a comunicação fica condicionada.

Deste modo, para precaver estas situações, as instituições carecem de realizar reuniões mensais de equipa e promover estes momentos de partilha, “onde cada um exprime o seu ponto de vista” (Devillard, 2001, p. 250), sem ser posto de lado.

De igual modo, os suportes documentais, apontados pelos profissionais como os registos e os relatórios, são uma vantagem e estão intrinsecamente relacionados com o trabalho de regulação da equipa técnica que intervêm com as pessoas idosas, por forma a atuar coordenadamente (García, 2003a; Louro, 2001), sendo esta uma situação que proporciona alguma solidez do ponto de vista interdisciplinar, e simultaneamente, concorre para reduzir a falta de comunicação.

Reconhecer o seu papel, facilita todo o processo do trabalho em equipa e está associado ao desempenho da sua profissão (Gomes, 2012). McCallin (2009) afirma que as diferentes visões do mundo e as bases formativas e de intervenção de cada área profissional, moldam a identidade profissional e afetam o pensamento e o potencial de colaboração.

O estudo foi capaz de mostrar que o problema de cada profissional, está muitas vezes ligado às culturas profissionais e ao tipo de formação (e.g., o Enfermeiro Chefe dá mais importância ao reconhecimento médico; e sentimento de desvalorização pelas áreas sociais). Percorrendo as várias entrevistas foi possível constatar que emergem linhas de obstáculos epistemológicos e institucionais relacionadas com a resistência à comunicação, e integração com outras áreas do saber, que podem ter ligação com a própria formação académica (Japiassu, 1976; Fazenda, 2011).

Em relação aos papéis da Assistente Social e da Diretora Técnica na equipa prestadora de cuidados, no LCL, o estudo revela que os mesmos poderão ser construídos e enaltecidos a dois níveis; um caracterizado ao nível das características pessoais e interpessoais, que poderá enriquecer o caráter interdisciplinar necessário na equipa de trabalho; e o outro, ao nível da prática profissional necessária para os outros profissionais e vice-versa.

Não existe ciência, nem objeto de conhecimento com mais elevado grau de cooperação e colaboração do que o proveniente das ciências sociais (Japiassú, 1976). O Serviço Social é uma das áreas, que detém uma metodologia de intervenção que inclui um processo geral e integrado, de caráter interdisciplinar e plurifuncional (García, 2003a), que exige das profissionais do LCL uma intervenção totalizante. Neste enquadramento e como se constatou, a Assistente Social é vista como o elo de ligação entre os residentes, familiares e profissionais, atento o seu conhecimento da realidade social dos idosos e das informações fulcrais para os procedimentos do trabalho com outros profissionais. Conclui-se, pois, que a importância atribuída a esta profissional eleva o reconhecimento do Serviço Social na equipa prestadora de cuidados do LCL.

Em termos do papel e função da Diretora Técnica, são salientados constrangimentos relacionados com volume de trabalho e com a gestão da equipa, sobretudo para promover a motivação dos profissionais quando os contextos são desfavoráveis, argumentos estes que vão ao encontro do estudo de Sobreiro (2009), o qual realça que surge frequentemente a necessidade de os diretores técnicos se preocuparem com a maneira de fazer felizes os elementos da equipa.

No que concerne à influência da formação da Diretora Técnica foi possível verificar que os profissionais têm em conta esta formação (Serviço Social), valorizando-a por referência ao cargo em concreto. Tal resulta do conhecimento que entendem ter esta profissional, relativo a diversas áreas / sistemas, convocando-o para orientar a ação. Atendendo a que a intervenção com idosos se caracteriza pela sua complexidade e carece

de uma abordagem holística e de integralidade (Luz, 2019) por forma a abarcar a globalidade, ou como García (2003b) refere, o ser humano como uma unidade total (biológica, psicológica e social), a conciliação dos conhecimentos teóricos, joga a favor de uma tomada de decisão final mais assertiva, contribuindo para este processo em grande medida a Diretora Técnica, já que considera o sentido amplo e geral da situação da pessoa idosa, a sua especificidade e o contributo dos outros profissionais.

De um modo global, o estudo revelou que os procedimentos de trabalho interdisciplinar têm expressão no LCL, e que o mesmo é uma via para proporcionar respostas ajustadas às necessidades dos residentes e utentes.

Ainda que os profissionais se mostrem comprometidos com diversas estratégias interdisciplinares e desenvolvam um trabalho que se enquadra nos parâmetros da ação interdisciplinar, beneficiando do contributo alargado de várias áreas do saber e onde se destacam os papéis da Assistente Social e da Diretora Técnica, deve referir-se que devido ao facto da associação não ter uma existência prolongada poderão daqui resultar dificuldades de interação entre os vários profissionais e as diversas áreas e departamentos, realidade esta que poderá explicar vários dos constrangimentos assinalados.

Os resultados da investigação desenvolvida facultaram um melhor conhecimento quer do discurso quer da prática da interdisciplinaridade no LCL podendo constituir um auxiliar, para que neste contexto os profissionais possam reforçar o seu conhecimento sobre esta temática e sobre a influência do trabalho interdisciplinar na intervenção com os residentes. A um outro nível e a partir da reflexão produzida neste trabalho considera-se ser pertinente aprofundar esta temática, sugerindo-se como eixo para uma investigação futura, a abordagem da interdisciplinaridade por referência ao trabalho da equipa alargada (pessoal técnico e não técnico/profissionais de ação direta).

Referências Bibliográficas:

- Agostinho, P. (2004). Perspectiva psicossomática do envelhecimento. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 6 (1), 31-36.
- Alcântara, A. O. (2004). *Velhos institucionalizados e família: entre abafos e desabafos*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas, Brasil.
- Alcover, C. M. (2014). Pessoas, Tarefas, Processos e Resultados: Fundamentos das Equipas de Trabalho e do Trabalho em Equipa. In S. P. Gonçalves (Coord.), *Psicossociologia do Trabalho e das Organizações* (261-298). Lisboa: Pactor.
- Almeida, A. (2008). *A Pessoa Idosa Institucionalizada em Lares: Aspectos e contextos da Qualidade de Vida*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto, Portugal.
- Almeida, H. N. (2013). *Laboratório Social III*. Acedido em 30 de abril de 2018, em: <https://pt.slideshare.net/HelenaNevesAlmeida/interveno-em-rede>.
- Amaro, M. I. (2014). Um Admirável Mundo Novo? Tecnologia e Intervenção na Contemporaneidade. In M. I. Carvalho, & C. Pinto (Coord.), *Serviço Social: Teorias e Práticas* (97-111). Lisboa: Pactor.
- Amat, F. A. (2003). Dirección, Gestión y Organización de Centros de Mayores. In M. M. García (Ed.), *Trabajo Social en Gerontología* (331-358). Madrid: Editorial Síntesis.
- António, S. (2013). Das Políticas Sociais da Velhice à Política Social de Envelhecimento. In M. I. Carvalho (Coord.), *Serviço Social no Envelhecimento* (81-103). Lisboa: Pactor.
- Araújo, A. C. (1995). *A morte em Lisboa: atitudes e representações: 1700-1830*. Tese de Doutoramento em Letras, Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra, Portugal.
- Araújo, J. (2007). *Trabalho em Equipa: Moda ou Solução?* Porto: Teamwork.
- Ashforth, B. E., & Mael, F. (1989). Social Identity Theory and the Organization. *Academy of management review*, 14 (1), 20-39.
- Baltes, P. B. & Smith, J. (2003). New Frontiers in the Future of Aging: From Successful Aging of the Young Old to the Dilemmas of the Fourth Age. *Gerontology*, 49 (2), 123-135.
- Bárrios, M. J. (2017). *Políticas de Envelhecimento ao Nível Local: Análise e Avaliação de Programas a partir do Paradigma de Envelhecimento Ativo*. Tese de Doutoramento, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas - Universidade de Lisboa, Portugal.

- Bartholo, M. E. C. (2003). No Último Degrau da Vida: um Estudo no Asilo Barão do Amparo em Vassouras. *Revista do Mestrado de História*, 5, 111-142.
- Belbin, M. (2010). *Team Roles at Work*. Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Birren J. E., & Loucks, W.L. (1981). Age Related Change and the Individual, *Chicago-Kent Law Review*, 57, 833- 850.
- Cardão, S. (2009). *O Idoso Institucionalizado*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Cardoso, S., Santos, M. H., Baptista, M. I. & Clemente, S. (2012). Estado e políticas sociais sobre a velhice em Portugal (1990-2008). *Análise Social*, 204 (XLVII(3)), 606-630.
- Carvalho, M. I. (2009a). Modelos de Política de Cuidados na Velhice em Portugal e em alguns países europeus. *Revista Kairós Gerontologia*, 12 (2), 119-133.
- Carvalho, A. F. (2009b). *Serviço Social e Metodologia do Atendimento Integrado*. Dissertação de Mestrado, Instituto Universitário de Lisboa, Portugal.
- Carvalho, M. I. & Pinto, C. (2014). *Serviço Social: Teorias e Práticas*. Lisboa: Factor.
- Carvalho, M. I. (2016). Supervisão Profissional em Serviço Social: uma experiência de supervisão externa a coordenadores de serviços domiciliários para pessoas idosas. *Textos & Contextos (Porto Alegre)*. 15 (1), 212-224.
- Carvalho, M. P. & Dias, M. O. (2011). Adaptação dos Idosos Institucionalizados. *Millenium*, 40, 161-184.
- Castro, M & Amorim, I. (2016). Qualidade de vida e solidão em idosos residentes em lar. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (Edição Especial 3), 39-44.
- Cavanaugh, J. C. (2019). *Adult Development and Aging* (8th ed.). Boston: Cengage.
- Cewinska, J. & Krasnova, A. (2017). Cooperation and Competition in Project Teams. *PM World Journal*, 6 (8), 1-13.
- CFESS (2011). *Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Assistência Social*. Brasília: CFESS.
- Coutinho, C. P. (2014). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas*. Coimbra: Almedina.
- Dechamp, G. e Delaunay, C. (2016). Favoriser et gérer l'interdisciplinarité dans l'entreprise : la notion de territoires partagés. *Dans Management & Avenir*, 6 (88), 37-58.
- Devillard, O. (2001). *A Dinâmica das Equipas*. Lisboa: Bertrand Editora.

- Dias, L. P. (2013). *O Perfil do Assistente Social em Intervenção Precoce: Perspetivas profissionais em modelos colaborativos interdisciplinares e transdisciplinares*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho, Portugal.
- Duca, G., Silva, S., Thumé, E., Santos, I. & Hallal, P. (2012). Indicadores da institucionalização de idosos: estudo de casos e controlos. *Revista de Saúde Pública*, 46 (1), 147-153.
- Ely, F. R. (2003). Serviço Social e Interdisciplinaridade. *KATÁLYSIS*, 6 (1), 113-117.
- Faria, C. G. & Carmo, M. P. (2015). Transição e (In)Adaptação ao Lar de Idosos: Um Estudo Qualitativo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 31 (4), 435-442.
- Faria, D., Oliveira, M. & Simões, J. A. (2012). Políticas Públicas de Defesa e Promoção dos Direitos dos Idosos. *Revista Portuguesa de Bioética*, 16, 67-79.
- Fazenda, I. C. (2011). *Integração e Interdisciplinaridade no Ensino Brasileiro*. São Paulo: Edições Loyola Jesuitas.
- Fernandes, A. A. (1997). *Velhice e Sociedade: Demografia, Família e Políticas Sociais em Portugal*. Oeiras: Celta Editora.
- Fernandes, A. A. (2007). *Envelhecimento e Perspectivas de Criação de Emprego e Necessidades de Formação para a Qualificação de Recursos Humanos*. Lisboa: Instituto do Emprego e Formação Profissional, I.P.
- Ferrão, S. S. (2007). *Estudo do impacte da institucionalização em lares na satisfação das necessidades humanas fundamentais: perspectiva dos idosos residentes*. Dissertação de Mestrado em Saúde Comunitária, Faculdade de Ciências Médicas – Universidade Nova de Lisboa, Portugal.
- Filho, E. P. (2009). Envelhecer com exporte lazer: direitos de uma sociedade... In S. H. Wolff (Org.), *Vivendo e Envelhecendo: Recortes de práticas sociais nos Núcleos de Vida Saudável* (31-43). Brasília: Editora Unisinos.
- Filho, N. A. (1997). Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva II*, 2 (1), 5-20.
- Fonseca, A. M. (2004). *O Envelhecimento: Uma Abordagem Psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fortin, M-F. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Freitas, D. O. (2015). *A velhice nos lares na perspetiva das profissionais: um estudo exploratório*. Dissertação de Mestrado em Sociologia, Faculdade de Economia de Universidade de Coimbra, Portugal.

- García, F. F. (2003a). Perspetiva Metodológica Globalizadora de La Intervención en Trabajo Social. . In M. M. García (Ed.), *Trabajo Social en Gerontología* (75-104). Madrid: Editorial Síntesis.
- García, M. M. (2003b). La Intervención Social con Personas Mayores. Diseño y Elaboración de Proyectos Sociales dirigidos a Personas Mayores. In M. M. García (Ed.), *Trabajo Social en Gerontología* (105-136). Madrid: Editorial Síntesis.
- García, M. M. (2003c). *Trabajo Social en Gerontología*. Madrid: Editorial Síntesis.
- García, M. G. (2012). Trabajo social con personas mayores. Teoría y práctica del Trabajo Social Gerontológico. *Envejecimiento Activo (I)*, 98, 9-34.
- GEP/MTSSS. (2019). *Carta Social – Rede de Serviços e Equipamentos: Relatório 2018*. Gabinete de Estratégia e Planeamento.
- Goffman, E. (1974). *Manicómios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Editora Perspetiva.
- Gomes, A. M. (2009). Uma cultura de integração de cuidados. In I. Guerreiro, *Desafios de um Modelo Integrado: Cuidados Continuados: Saúde e Apoio Social* (84-89). Lisboa: Segurança Social e Ministério da Saúde.
- Gomes, N. A. (2016). Serviço Social e Interdisciplinaridade: Confluências e Desafios. 4º *Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais (1-14)*. Acedido a 29 de abril de 2018. Disponível em: <http://cress-mg.org.br/hotsites/Upload/Pics/b0/b05174b2-f299-4679-8d9a-70cdd43580ed.pdf>.
- Gomes, S. A. F. (2012). *Interdisciplinaridade e Relações Interprofissionais: Um Estudo de Caso em Equipa de Cuidados Continuados Integrados*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Humanas – Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal.
- Gonçalves, J. R. (2015). *Climas Organizacionais Positivos, Relação Ótima em Equipa e Compromisso Organizacional*. Tese de Doutoramento, Universidade Autónoma de Lisboa, Portugal.
- Granja, B. P. (2008). *Assistente Social – Identidade e Saber*. Dissertação de Doutoramento em Ciências do Serviço Social, Universidade do Porto, Portugal.
- Grupo de Coordenação do Plano de Auditoria Social & CID (2005). *Manual de Boas Práticas: Um guia para o acolhimento residencial das pessoas mais velhas*. Lisboa: Instituto da Segurança Social, I. P.
- Guerreiro, I. (2009). *Desafios de Um Modelo Integrado*. Lisboa: Companhia de Ideias.
- Hackman, J. R. (1987). The Design of Work Teams. In J. W. Lorsch (Ed.), *Handbook of Organizational Behavior* (315-342). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

- Hoegl, M., & Gemuenden, H. G. (2001). Teamwork Quality and the Success of Innovative Projects: A Theoretical Concept and Empirical Evidence. *Organization Science*, 12 (4), 435-449.
- INE, I.P (2019). *Estatísticas Demográficas: 2018*. Lisboa: INE, 2019.
- INE (2017). *Mantém-se o agravamento do envelhecimento demográfico, em Portugal, que só tenderá a estabilizar daqui a cerca de 40 anos*. Acedido a 20 de junho de 2019. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt.
- IQF (2005). *O Sector dos serviços de proximidade: Serviços de Ação Social*. Lisboa: IQF.
- ISS, I.P. (2011). *Manual de processos-chave: Estrutura Residencial para idosos*. Lisboa: ISS, I.P.
- Japiassu, H. (1976). *Interdisciplinaridade e Patologia do Saber*. Rio de Janeiro: Imago.
- Jesuíno, J. C. (2005). *Processos de Liderança*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Lini, E. V., Portella, M. R. & Doring, M. (2016). Fatores associados a institucionalização de idosos: estudo caso-controle. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19 (6), 1004-1014.
- Louro, C. (2001). *Acção Social na Deficiência*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Luz, M. H. (2014a). O Terceiro Setor na política de cuidados aos idosos em Portugal: Tendências e desafios. In H. R. Luz & I. C. Miguel (Coord.), *Gerontologia Social: Perspetivas de Análise e Intervenção* (21-38). Coimbra: Centro de Investigação em Inovação Social e Organizacional (CIS) do Instituto Superior Bissaya Barreto.
- Luz, M. H. (2014b). Sociologia do Envelhecimento. In M. T. Veríssimo (Ed), *Geriatria – Saber e Praticar* (65-74). Coimbra, Portugal: Lidel. ISBN: 978-989-75205-6-3.
- Luz, H., Miguel, I. & Preto, S. (2014). Inatividade Legitimada: Que alternativas de “Trabalho” em Período de Reforma? In *VII Congresso Português da Sociologia: 40 anos de Democracias: Progressos, Contradições e Prospetivas*, Évora.
- Luz, H. & Miguel, I. (2015). Apoio social e solidão: Reflexos na população idosa em contexto institucional e comunitário. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental Social*, 1 (2), 3-14.
- Luz, H. (2019). The framework of organizational capacity to deal with complex problems: Challenges for social workers involved in care services. In VIII International Conference of Sociology and Social Work, *Proceedings of the VIII ICSSW 2009* (299-315). Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

- Machado, H. V. (2003). A identidade e o Contexto Organizacional: Perspectivas de Análise. *Revista de Administração Contemporânea*, 7, 51-73.
- Marconi, M. A. & Lakatos, E. M. (2003). *Fundamentos de Metodologia Científica*. São Paulo: Atlas
- Marques, M. A. (2015). Interdisciplinaridade e Poder em Michel Foucault: Encontro com a Geografia. *Espaço Plural*, 16 (32), 204-223.
- Martin, I., Gonçalves, D., Silva, A., Paul, C. & Cabral, F. P. (2012). Políticas Sociais para a Terceira Idade. In A. R. Osório & F. C. Pinto (Coord.), *As Pessoas Idosas: Contexto Social e Intervenção Educativa (131-179)*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Martins, R. M. (2002). Envelhecimento Demográfico. *Millenium*, 26.
- Martins, R. M. (2016). Envelhecimento e Políticas Sociais. *Educação, Ciência e Tecnologia*, 32 (11), 126-140.
- Maslow, A. H. (1954). *Motivation and Personality*. New York: Harper & Row.
- Mazza, M. & Lefèvre, F. (2004). A instituição asilar segundo o cuidador familiar do idoso. *Saúde e Sociedade*, 13 (3), 68-77.
- McCallin, A. & McCallin, M. (2009). Fators influencing successful team working and strategies to facilitate successful collaborative teamwork. *New Zealand Journal of Physiotherapy*, 37 (2), 62-68.
- McCann, D. (2004). *Language of Teamwork*. Brisbane: Copyright.
- Medeiros, P. (2012). Como estaremos na Velhice? Reflexes sobre Envelhecimento e Dependência, Abandono e Institucionalização. *Polémica*. 11 (3), 439-453.
- Meirinhos, M. & Osório, A. (2010). O estudo de caso como estratégia de investigação em educação. *EDUSER: Revista de educação*, 2 (2), 49-65.
- Mendes, F. R. (2016). *Segurança Social: O Futuro Hipotecado*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Menezes, R., Bachion, M. M., Souza, J. T. & Nakatani, A. Y. (2011). Estudo longitudinal dos aspectos multidimensionais da saúde de idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 14 (3), 485-496.
- Miguel, I. & Luz, H. (2014). Envelhecimento Ativo multinível: Uma perspetiva pela qualidade de vida. In *Actas do VII Congresso Português de Sociologia da Universidade de Évora, Évora*.
- Miranda, M. Â. (2017). *A eficácia de equipas de trabalho em Hostels: validação de modelo de Big Five e de práticas de Gestão de Recursos Humanos*. Dissertação de Mestrado em Políticas de Desenvolvimento dos Recursos Humanos, Instituto Universitário de Lisboa, Portugal.

- Moreira, C. D. (1994). *Planeamento e Estratégias da Investigação Social*. Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa.
- Nazareth, J. M. (1998). O Envelhecimento Demográfico. *Psicologia*, 6 (2), 135-147.
- Neto, T. (2016). *Perspetivas dos Idosos sobre a Vida em Lar*. Dissertação de Mestrado em Sociologia das Organizações e do Trabalho, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas – Universidade de Lisboa, Portugal.
- Neves, H. M. (2012). “*Causas e Consequências da Institucionalização de Idosos*” *Estudo tipo série de casos*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia, Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal.
- Nogueira, V. M. (1998). A importância da equipe interdisciplinar no tratamento de qualidade na área da saúde. *KATÁLYSIS*, (3), 40-48.
- OECD. (2018). *Accounting and Mapping of Long-term Care Expenditure Under SHA 2011*, Paris: OECD Health Division.
- OMS. (1988). *Apprendre ensemble pour oeuvrer ensemble au service de la santé. Rapport d'un groupe d'étude de l'OMS sur la formation pluriprofessionnelle du personnel de santé : la formation en équipe*. Genève: OMS.
- Osório, A. R. & Pinto, F. C. (2012). *As Pessoas Idosas: Contexto Social e Intervenção Educativa*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Phillipson, C. (2002). *Transitions from work to retirement: Developing a new social contract*. Bristol: The Policy Press.
- Pombo, O. (2004). *Interdisciplinaridade: Ambições e Limites*. Lisboa: Relógio D'Água.
- Queirós, P., Fonseca, E., Mariz, M., Chaves, M. e Cantarino, S. (2016). Significados atribuídos ao conceito de cuidar. *Revista de Enfermagem Referência*, série IV, (10), 85-94.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. V. (2005). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Ribeirinho, C. (2013). Serviço Social Gerontológico: Contextos e Práticas Profissionais. In M. I. Carvalho (Coord.), *Serviço Social no Envelhecimento (177-200)*. Lisboa: Pactor.
- Robertis, C. D. (2011). *Metodologia da Intervenção em Trabalho Social*. Porto: Porto Editora.
- Rodríguez, P. R. & Sánchez, M. C. (2003). *Los servicios de Ayuda a Domicilio. Planificación y Gestión de Casos. Manual de Formación para Auxiliares*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

- Rodríguez, P. R. (1999). *Residencias y Otros Alojamientos para Personas Mayores*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Roque, J. O. (2012). O Papel do Diretor Técnico na Gestão da sua Equipa. Dissertação de Mestrado em Gestão Escolar, Faculdade de Economia – Universidade de Coimbra, Portugal.
- Rosa, M. J. (2016). *O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Salas, E., Sims, D. E. & Burke, C. S. (2005). Is there a big five in teamwork? *Small Group Research*, 36 (5), 555-599.
- Sampieri, R., Collado, C., & Lucio, P. (2006). *Metodologia de Pesquisa*. São Paulo: McGraw-Hill.
- Santos, A. (2015). Considerações sobre o trabalho do assistente social em equipe interdisciplinar no atendimento a idosos em abrigo. *Dignidade Re-Vista*, 1 (2), 1-10.
- Sato, L., Andrade, C., Évora, I. M., Neves, T. & Oliveira, F. (2011). As tramas psicossociais da cooperação e da competição em diferentes contextos de trabalho. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 63, 1-14.
- Scherer, M. D. & Pires, D. (2011). Interdisciplinaridade: processo de conhecimento e ação. *Revista Tempus - Actas de Saúde Coletiva*, 5 (1), 69-84.
- Serafim, F. M. (2007). *Promoção do bem estar global na população sénior: práticas de intervenção e desenvolvimento de actividades físicas*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Algarve, Portugal.
- Shapiro, M. (2015). *Liderar Equipas*. Coimbra: Actual.
- Sobreiro, V. L. (2009). Sou tudo e não sou nada: as funções de director técnico nos organismos de apoio social a crianças e idosos no concelho de Caldas da Rainha. Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Lisboa, Portugal.
- Soeiro, M. A. (2010). *Envelhecimento Português: Desafios Contemporâneos – Políticas e Programas Sociais (Estudo Caso)*. Trabalho de Mestrado em Ciência Política e Relações Internacionais, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas – Universidade Nova de Lisboa, Portugal.
- Souza, C. (2006). Políticas Públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias*, (16), 20-45.
- Thylefors, I. (2012). All professionals are equal but some professionals are more equal than others? Dominance, status and efficiency in Swedish interprofessional teams. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26 (3), 505-512.

- Torres, M. M. (2009). As múltiplas dimensões presentes no exercício profissional do Assistente Social: intervenção e o trabalho sócio-educativo. *Serviço Social em Revista*, 12 (1), 202-227.
- Vala, J. (1990). A Análise de Conteúdo. In A. S. Silva, & J. M. Pinto (Orgs.), *Metodologia das Ciências Sociais* (101-128). Porto: Edições Afrontamento.
- Vaz, E., Silva, B. & Sousa, I. (2003). Configurações de Vida na Velhice. *Antropológicas*, (7), 181-209.
- Veloso, A. & Alves, J. (2017). O Panorama atual das Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas em Portugal. In *XXVII Jornadas Hispano-Lusas de Gestão Científica*. Benidorm, Espanha.
- Veloso, E. (2008). A análise da Política da Terceira Idade em Portugal, de 1976 a 2002. *VI Congresso Português de Sociologia "Mundos Sociais: Saberes e Práticas"*, (3-12).
- Yin, R. K. (2001). *Estudo de caso: Planejamento e Métodos*. Porto Alegre: Bookman.

Legislação:

- Boletim do Trabalho e Emprego, n.º 25 de 08 de julho de 2016. Contrato coletivo entre a Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade – CNIS e a FNE – Federação Nacional da Educação e outros – Revisão global. 83, 1948-2001.
- Constituição da República Portuguesa de 1976, Diário da República n.º 86/1976 - Série I. Presidência da República.
- Decreto-Lei n.º 119/83 de 25 de fevereiro. Diário da República n.º 46/1983 - Série I. Ministério dos Assuntos Sociais.
- Decreto-Lei n.º 172-A/2014 de 14 de novembro. Diário da República n.º 221/2014 – 1º Suplemento, Série I. Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social.
- Decreto-Lei n.º 391/91 de 10 de outubro. Diário da República n.º 233/1991 – Série I-A. Ministério do Emprego e da Segurança Social.
- Despacho Normativo n.º 12/98 de 25 de fevereiro. Diário da República n.º 47/1998 - Série I-B. Ministério do Trabalho e da Solidariedade,
- Portaria n.º 67/2012 de 21 de março. Diário da República n.º 58/2012 - Série I. Ministério da Solidariedade e da Segurança Social.
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 15/88 de 23 de abril. Diário da República n.º 95/1988 – Série I. Presidência do Conselho de Ministros.
- Resolução n.º 37/2018 de 02 de fevereiro. Jornal Oficial da Região Autónoma da Madeira, Série I. Presidência do Governo Regional.

Apêndices

Apêndice 1 – Tarefas desenvolvidas no Estágio Curricular

Tabela 6:

Esquematização das tarefas desenvolvidas no decorrer do estágio curricular no LCL.

Atividade	Funções	Documentos	Mês
Integração na instituição	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação à equipa técnica e de não técnicos da instituição; - Contacto com a estrutura física do LCL, acompanhada pela Diretora Técnica; - Conhecimento dos regulamentos e normas da instituição 	<ul style="list-style-type: none"> - Regulamento interno de funcionamento do LCL - Contrato de prestação de serviços do LCL - Contrato coletivo entre a Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade – CNIS e a FEPCES – Federação Portuguesa dos Sindicatos do Comércio, Escritórios e Serviços e Outros. - Portaria n.º 67/2012 de 21 de março - Resolução n.º 37/2018, de 2 de fevereiro 	Setembro 2018
Intervenção do Serviço Social no LCL	<ul style="list-style-type: none"> - Admissão e acolhimento - Plano individual - Execução do Plano individual - Manutenção e avaliação do plano individual 	<ul style="list-style-type: none"> - Processo individual e plano individual do residente 	Outubro e novembro 2018: observação da intervenção social; dezembro 2018: realização das funções de serviço social
Atividades complementares no LCL	<ul style="list-style-type: none"> - Articulação interinstitucional 		Mês de outubro, novembro e dezembro 2018

	<ul style="list-style-type: none"> - Reuniões com a equipa técnica - Controlo da fisioterapia e terapia ocupacional - Atualização das vinhetas verdes - Procedimentos relativos ao valor da comparticipação mensal - “Campanha de vacinação da gripe 2018/2019” - Apoio na animação sociocultural: atividades na biblioteca municipal, idas ao café, atividades manuais, atividades de raciocínio, cuidados de estética, comemoração do dia do Idoso com uma sessão de cinema com um filme denominado “Madeira Antiga”, organização da missa do Parto para os idosos no LCL e para os funcionários na igreja da freguesia²⁹, decoração da festa de natal, realização de brindes de Natal para os idosos. 		
Caracterização dos idosos residentes no LCL	- Análise de processos individuais dos idosos	- Processo individual do idoso	Outubro, novembro e dezembro 2018

²⁹ A missa do parto é uma das maiores tradições de Natal na Ilha da Madeira e consiste na celebração de nove missas que antecedem o dia de Natal, simbolizando os nove meses de gestação da Nossa Senhora. Esta missa apresenta cânticos próprios da ocasião e no fim da cerimónia as pessoas reúnem-se e partilham comes e bebes tradicionais da Madeira e da época (cacau quente, broas de mel e de coco, sandes de carne vinha d’alhos, canja de galinha e entre outros) ao som de grupos que cantam e tocam instrumentos regionais.

Investigação	Enquadramento teórico	- Revisão bibliográfica no que concerne ao envelhecimento, ERPI, interdisciplinaridade e Serviço Social	Outubro, novembro e dezembro 2018
	Delineamento metodológico e consentimento informado		Outubro, novembro e dezembro 2018
	Realização das entrevistas		Dezembro 2018

Apêndice 2 - Caracterização dos idosos residentes no LCL

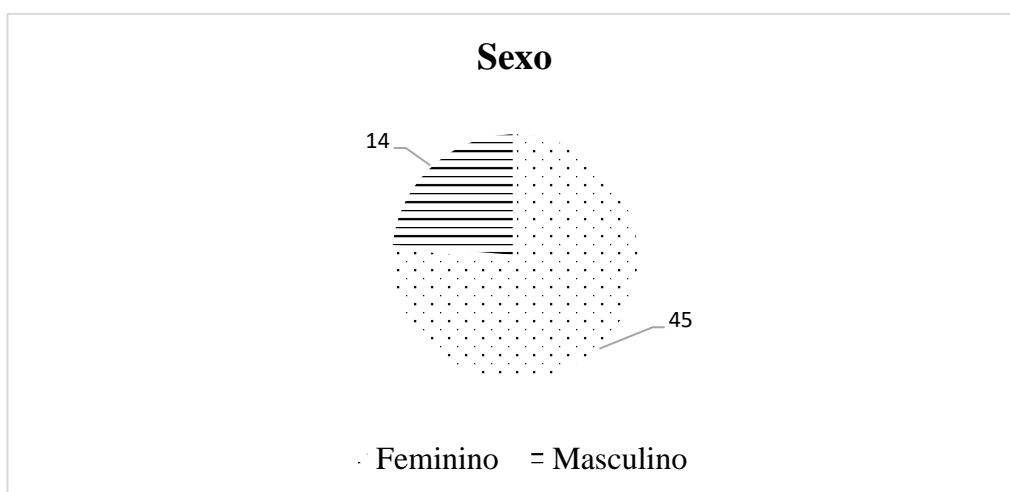


Figura 8: Distribuição dos residentes do LCL por sexo.

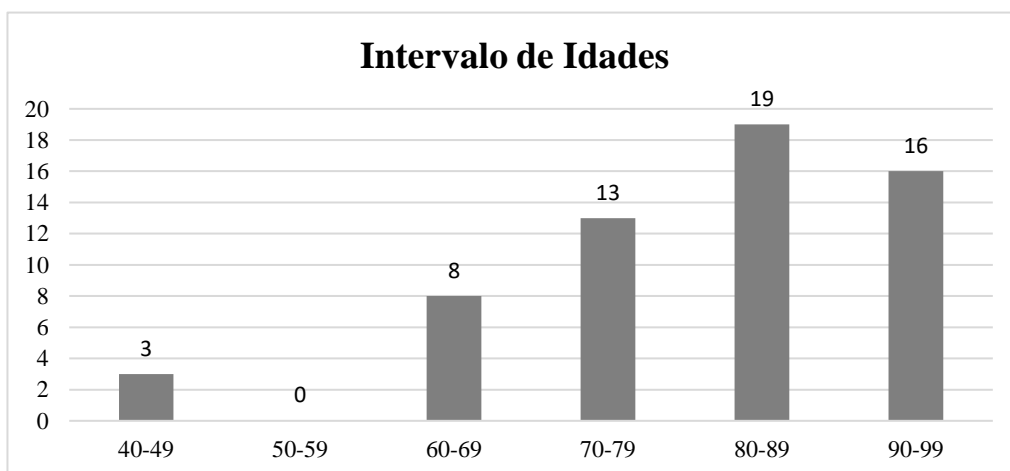


Figura 9: Distribuição dos residentes do LCL por intervalo de idades.

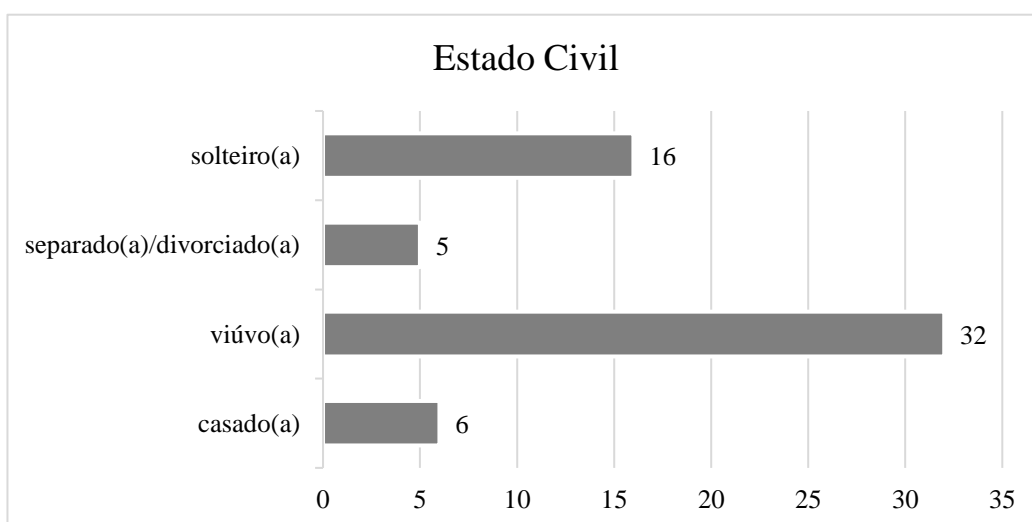


Figura 10: Distribuição dos residentes do LCL por estado civil.

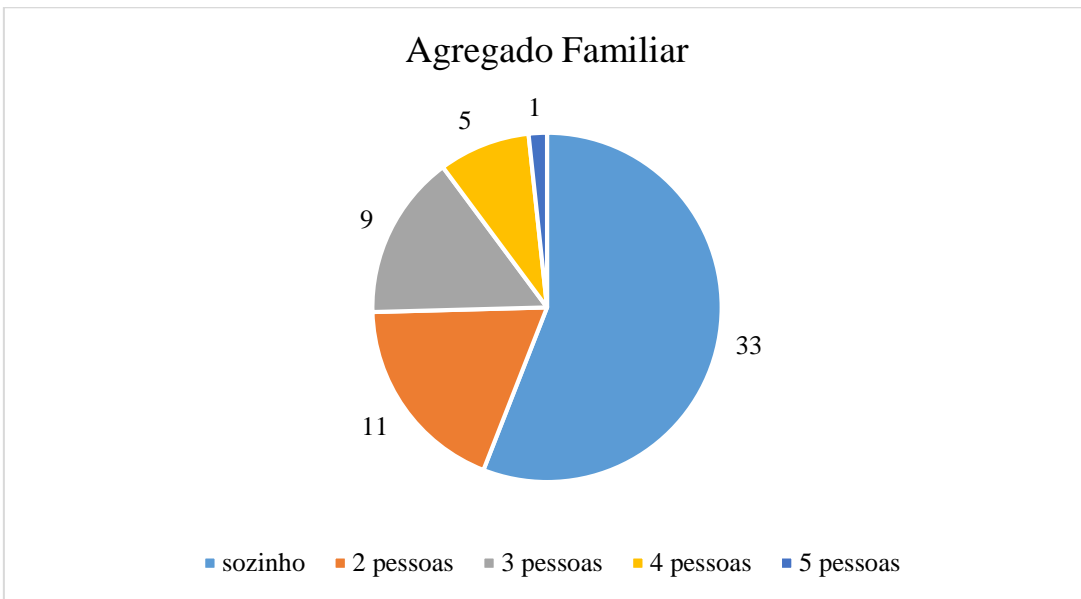


Figura 11: Distribuição dos residentes do LCL por agregado familiar.

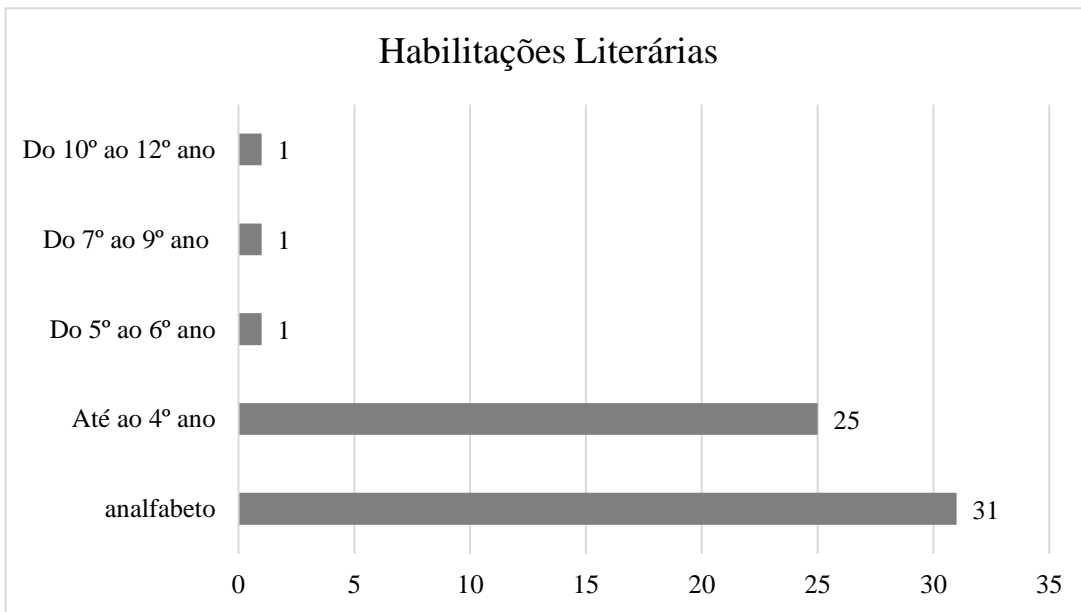


Figura 12: Distribuição dos residentes do LCL por habilitações literárias.

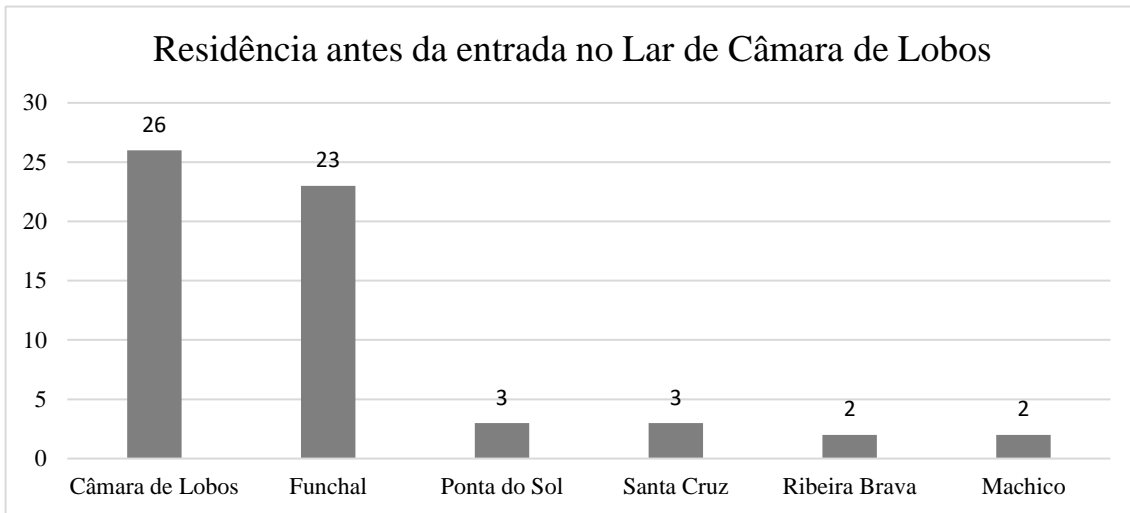


Figura 13: Distribuição dos residentes do LCL por local de residência anterior à entrada no Lar.

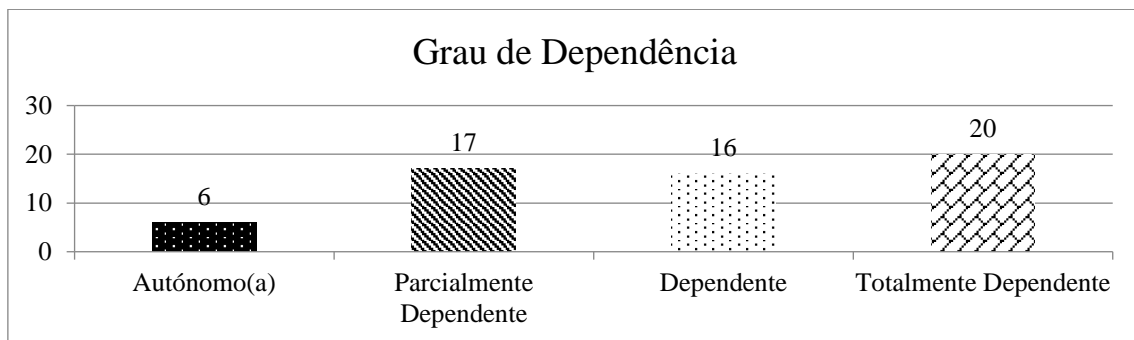


Figura 14: Distribuição dos residentes do LCL por grau de dependência.

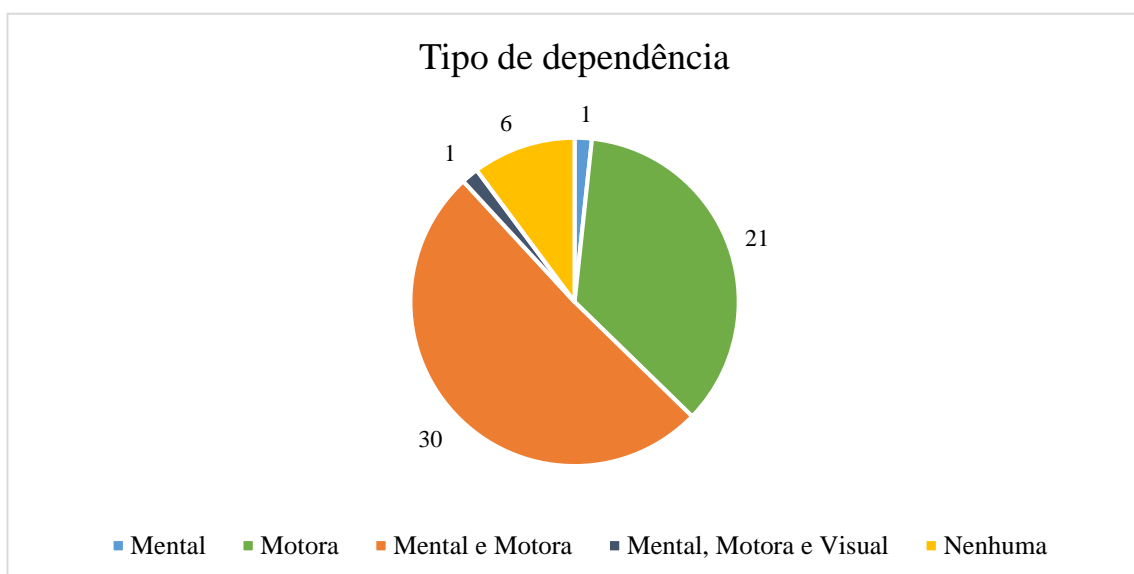


Figura 15: Distribuição dos residentes do LCL por tipo de dependência.

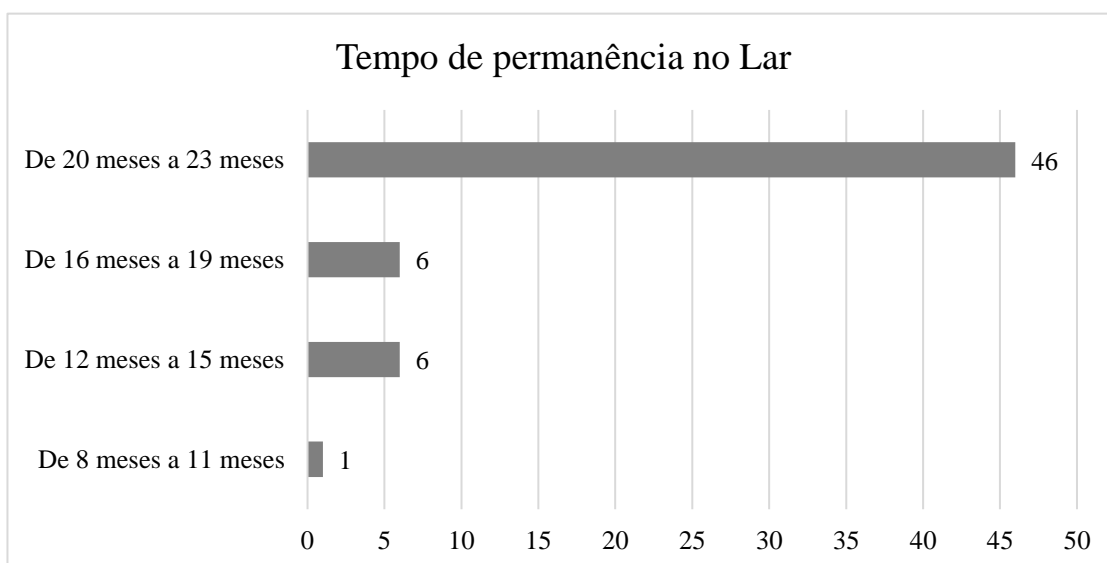


Figura 16: Distribuição dos residentes do LCL por tempo de permanência no lar.

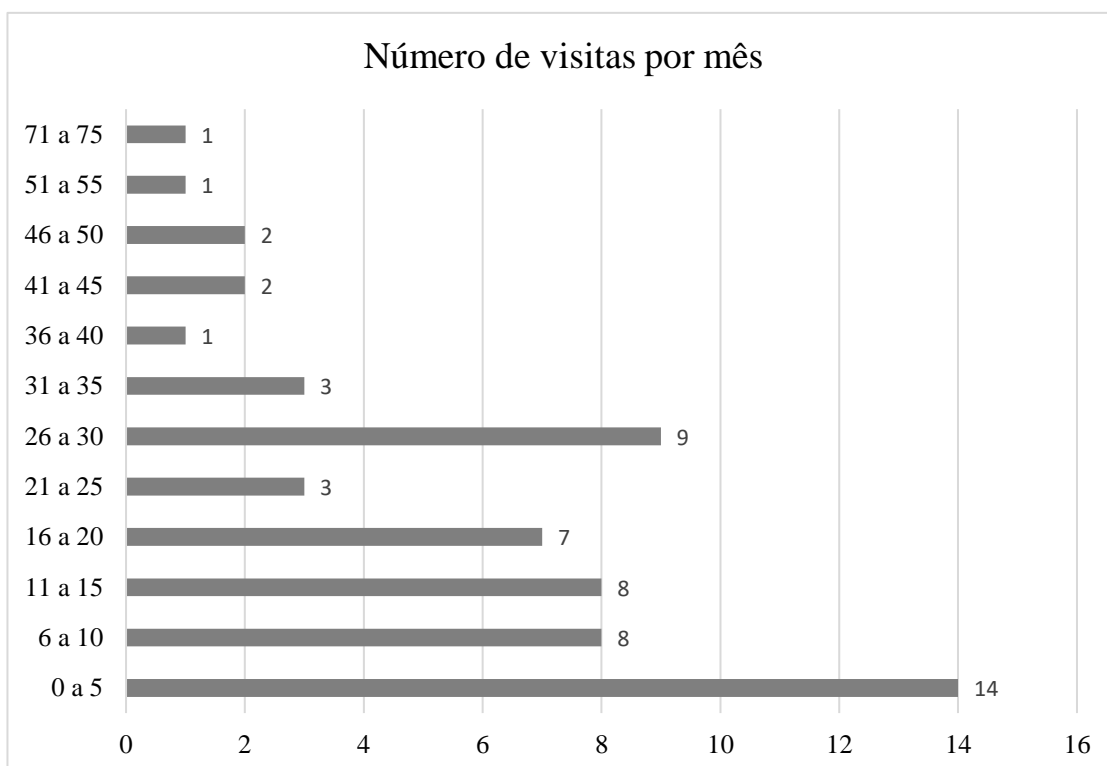


Figura 17: Distribuição dos residentes do LCL por número de visitas por mês.

Apêndice 3 - Modelos de entrevista

Guião de Entrevista para equipa técnica (Psicóloga, Animadora Sociocultural, Educadora Social, Enfermeiro Chefe, Médico):

- **Explicitação do âmbito de estudo integrado no estágio do mestrado**
- **Apresentação e explicação do termo de consentimento informado**

Eixos temáticos

Interdisciplinaridade: elementos da sua perceção; Papel dos profissionais; Papel da Assistente Social e da Diretora Técnica; Limitações e Potencialidades do trabalho interdisciplinar.

Caracterização dos entrevistados:

- Idade: ____
- Sexo: ____
- Formação Académica: _____
- Profissão/cargo na Associação: _____
- Antiguidade na Associação: _____
- Tipologia do contrato de trabalho: _____

1. Interdisciplinaridade: Elementos da sua perceção

a. Âmbito, complementaridades e dinâmicas associadas ao trabalho em equipa

1.1. Significado:

- O que entende por interdisciplinaridade no contexto do trabalho em equipa?

1.2. Atributos do trabalho em equipa:

- Refira os principais atributos/características que na sua opinião definem o trabalho na equipa interdisciplinar/ trabalho interdisciplinar?

1.3. Partilhas:

- Que tipo de partilhas/ “trocas” considera que resultam do trabalho interdisciplinar?

1.4. Processos da equipa de trabalho:

- Quais os “momentos estruturantes” que convocam a equipa interdisciplinar?
- Quais os procedimentos de trabalho da equipa interdisciplinar?

2. Papel dos Profissionais da equipa

2.1. Do próprio na equipa:

- Como caracteriza o seu trabalho no seio da equipa de trabalho?
 - E o seu contributo? Como o percebe no seio da equipa de trabalho?
- Qual considera ser a importância da sua formação para o trabalho da equipa?
- Como avalia o reconhecimento do seu trabalho por parte da equipa?

2.2. Papel da Assistente Social e da Diretora Técnica:

- Como caracteriza o papel da Assistente Social na equipa?
 - E qual a importância que lhe atribui no seio da mesma?
- Quais os elementos que demarcam a intervenção da Assistente Social por referência aos outros profissionais da equipa?
- Como caracteriza o papel da Diretora Técnica na equipa?
 - E qual a importância que lhe atribui no seio da mesma?
- Quais os elementos que demarcam a intervenção da Diretora Técnica por referência aos outros profissionais da equipa?

3. Limitações e Potencialidades:

3.1. - Quais considera serem os constrangimentos que resultam do trabalho interdisciplinar?

- Quais considera serem os benefícios que resultam do trabalho interdisciplinar?
- Quais os desafios que considera existirem ao nível do trabalho interdisciplinar por referência à sua equipa de trabalho?

Guião de Entrevista para Assistente Social e Diretora Técnica:

- **Explicitação do âmbito de estudo integrado no estágio do mestrado**
- **Apresentação e explicação do termo de consentimento informado**

Eixos temáticos

Interdisciplinaridade: elementos da sua perceção; Papel dos profissionais; Papel da Assistente Social e da Diretora Técnica; Limitações e Potencialidades do trabalho interdisciplinar.

Caracterização dos entrevistados:

- Idade: ____
- Sexo: ____
- Formação Académica: _____
- Profissão/cargo na Associação: _____
- Antiguidade na Associação: _____
- Tipologia do contrato de trabalho: _____

2. Interdisciplinaridade: Elementos da sua perceção

a. Âmbito, complementaridades e dinâmicas associadas ao trabalho em equipa

1.1. Significado:

- O que entende por interdisciplinaridade no contexto do trabalho em equipa?

1.2. Atributos do trabalho em equipa:

- Refira os principais atributos/características que na sua opinião definem o trabalho na equipa interdisciplinar/ trabalho interdisciplinar?

1.3. Partilhas:

- Que tipo de partilhas/“trocas” considera que resultam do trabalho interdisciplinar?

1.4. Processos da equipa de trabalho:

- Quais os “momentos estruturantes” que convocam a equipa interdisciplinar?
- Quais os procedimentos de trabalho da equipa interdisciplinar?

2. Papel dos Profissionais da equipa

2.1. Papel da equipa

- Como caracteriza o papel dos diferentes profissionais e a sua importância para o trabalho interdisciplinar?

2.2. Papel da Assistente Social e da Diretora Técnica / Papel do Entrevistado:

- Como caracteriza o papel da Assistente Social na equipa / o seu papel na equipa?
 - E qual a importância que lhe atribui no seio da mesma?
- Quais os elementos que demarcam a intervenção da Assistente Social por referência aos outros profissionais?
- Qual considera ser a importância da sua formação para o trabalho da equipa?
- Como avalia o reconhecimento do seu trabalho por parte da equipa?
- Quais considera serem os principais desafios, para si, que se colocam no quadro do trabalho interdisciplinar?

- Como caracteriza o papel da Diretora Técnica na equipa/o seu papel na equipa?
 - E qual a importância que lhe atribui no seio da mesma?
- Quais os elementos que demarcam a intervenção da Diretora Técnica por referência aos outros profissionais da equipa?
- Qual considera ser a importância da sua formação para o trabalho da equipa?
- Como avalia o reconhecimento do seu trabalho por parte da equipa?
- Quais considera serem os principais desafios que se colocam à Diretora Técnica no quadro do trabalho interdisciplinar? (pergunta para Diretora Técnica)

3. Limitações e Potencialidades:

3.1. – Quais considera serem os constrangimentos que resultam do trabalho interdisciplinar?

- Quais considera serem os elementos de vantagem que resultam do trabalho interdisciplinar?

- Quais os desafios que considera existirem ao nível do trabalho interdisciplinar por referência à sua equipa de trabalho?

Apêndice 4 – Consentimento informado

Consentimento Informado

Título do Estudo: A interdisciplinaridade na prestação de cuidados aos idosos: O caso do Lar de Câmara de Lobos, IPSS – Associação Atalaia Living Care

Mestranda: Mariana Vasconcelos

Supervisora: Professora Helena Reis

Orientadora: Dr.^a Fátima Gouveia

A presente entrevista insere-se no âmbito do estudo acima referido, o qual se mostra integrado no processo do estágio curricular do Mestrado em Serviço Social da Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação da Universidade de Coimbra, tendo sido aprovada pela direção da Associação Atalaia Living Care. Em termos do seu objetivo central, este estudo visa compreender como se concretiza a interdisciplinaridade decorrente do trabalho em equipa na prestação de cuidados aos idosos no Lar de Câmara de Lobos e perceber o papel do Serviço Social na equipa prestadora de cuidados. De uma forma mais específica pretende-se: aprender a perceção tida acerca da interdisciplinaridade no que se refere ao seu âmbito, complementaridades que promove e dinâmicas do trabalho em equipa; compreender os papéis de diferentes profissionais na equipa e a perceção do seu contributo para uma prática interdisciplinar; distinguir o contributo/desempenho da Assistente Social e da Diretora Técnica na equipa prestadora de cuidados e sinalizar as limitações e potencialidades do trabalho interdisciplinar.

Face ao exposto, declaro que compreendi os objetivos do estudo, que me foram explicados os procedimentos a serem realizados para a realização do mesmo, sabendo que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, no decurso da entrevista, sem que essa decisão se reflita em qualquer prejuízo para mim.

Fui ainda informado(a) sobre a importância de registar a entrevista e autorizo a sua gravação para efeitos da inscrição dos depoimentos na produção do estudo e desta forma para fins académicos.

Assinatura do Participante

Câmara de Lobos, _____/_____/_____

Apêndice 5 – Grelha de análise de conteúdo das entrevistas

Tabela 7:

Grelha de análise de conteúdo das entrevistas – Percepção da interdisciplinaridade.

Categoria	Subcategoria / Dimensão	Indicadores	Unidade de registo	Unidades de contexto	Unidades de enumeração /Frequência
Percepção da Interdisciplinaridade	Âmbito	Significado	Conjunto diversificado de disciplinas / Cooperação e interação entre os vários profissionais das diversas áreas	<p><i>“É uma cooperação entre os vários elementos das diferentes áreas que constituem a própria equipa para dar resposta às necessidades da instituição. (...)” (E2);</i></p> <p><i>“(...) de todas as valências que existem de técnicos de quadros superiores, aquilo que existe de comum em cada uma delas de maneira a potenciarmos um objetivo. (...)” (E3);</i></p> <p><i>“É o diálogo de várias ciências, de várias disciplinas para se atingir um objetivo comum” (E4);</i></p> <p><i>“(...) vamos adquirir conhecimentos de vários departamentos, um trabalho com diversas áreas” (E5);</i></p> <p><i>“(...) são os saberes profissionais das diversas áreas (...)” (E6);</i></p> <p><i>“(...). Falando no contexto de trabalho, ela torna-se fundamental para que haja uma maior interação entre todos os sectores existentes e respetivos profissionais” (E7).</i></p>	6

			Objetivo Comum /finalidade	<p>“É (...) de todas as valências que existem de técnicos de quadros superiores, aquilo que existe de comum em cada uma delas de maneira a potenciarmos um objetivo. (...)” (E3);</p> <p>“É o diálogo de várias ciências, de várias disciplinas para se atingir um objetivo comum” (E4);</p> <p>“(...) são os saberes profissionais das diversas áreas, e que através disso conseguimos, depois, chegar a uma conclusão que possa ajudar a própria instituição, a própria associação, até mesmo para os cuidados prestados” (E6);</p> <p>“(...) através do respeito, diálogo e de uma organização orientada para um objetivo comum” (E7).</p>	4
			Troca de ideias, saberes e conhecimentos	<p>“É trocarmos ideias e trocarmos saberes de forma a promover uma ótima qualidade de serviços (...)” (E1);</p> <p>“(...) vamos adquirir conhecimentos de vários departamentos (...)” (E5).</p>	2
			Comunicação eficiente / diálogo	<p>“(...). No fundo é que, os vários departamentos (...) apresentam uma comunicação eficiente” (E2);</p> <p>“É o diálogo de várias ciências (...)” (E4);</p> <p>“(...) através do respeito, diálogo e de uma organização orientada para um objetivo comum” (E7).</p>	2
			Respeito	<p>“(...) através do respeito, diálogo e de uma organização orientada para um objetivo comum” (E7).</p>	1

			Organização orientada	<i>“(…) através do respeito, diálogo e de uma organização orientada para um objetivo comum” (E7).</i>	1
Complementaridades e dinâmicas do trabalho em equipa	Partilhas	Informação		<i>“(…) resulta (…) numa melhor qualidade, ou seja, ao nos conectarmos, ao falarmos, ao trocarmos ideias e saberes a prestação do serviço terá mais qualidade e, portanto, logo mais informação, mais saberes e maior capacidade de respostas (…)” (E1);</i> <i>“(…) ou seja, destas partilhas saem informação (…)” (E2);</i> <i>“Ou seja, desta troca resulta muitas vezes informação útil. (…)” (E3);</i> <i>“A informação que se obtém. Tu tens uma informação abrangente (…)” (E4);</i> <i>“Através destas partilhas obtemos informação (…)” (E6);</i> <i>“(…) toda a informação adquirida por qualquer um profissional, na minha opinião, deve ser comunicada (…)” (E7).</i>	6
			Tomada de decisão	<i>“(…) ou seja, destas partilhas saem informação, conhecimento, tomadas de decisão, aplicação dessas mesmas tomadas de decisão, reflexão (…)” (E2);</i> <i>“(…) Para termos uma decisão mais objetiva e que se enquadre melhor para aquela pessoa, é preciso ter muito conhecimento. (…)” (E4);</i>	5

			<p><i>“(…) até porque depois há decisões que têm de ser tomadas e não podemos tomar uma decisão tendo em conta apenas um determinado departamento” (E5);</i></p> <p><i>“(…). É mais fácil conseguir tomar uma decisão final tendo as ideias de todos (…)” (E6);</i></p> <p><i>“(…) E até mesmo na tomada de decisão (…)” (E7).</i></p>	
		Troca de ideias, saberes e experiências	<p><i>“(…) resulta (…)</i> numa melhor qualidade, ou seja, ao nos conectarmos, ao falarmos, ao trocarmos ideias e saberes (…)” (E1);</p> <p><i>“(…) Portanto, para mim, vindo a perspetiva da pergunta, é no fundo retirar de cada parte, através da partilha de experiência, o sumo que nos permite atingir determinado objetivo” (E3);</i></p> <p><i>“(…) a troca de saberes pessoais entre toda a equipa, que resulta das partilhas, irá promover uma melhor interação entre a mesma. (…)” (E7).</i></p>	3
		Conhecimento	<p><i>“(…) Ou seja, destas partilhas saem informação, conhecimento (…)” (E2);</i></p> <p><i>“(…) Com a partilha e com a comunicação é possível obter mais conhecimento. (…)” (E4);</i></p> <p><i>“Através destas partilhas obtemos informação, conhecimento. (…)” (E6).</i></p>	3

			Capacidade de resposta	<p><i>“(…) prestação do serviço terá mais qualidade e, portanto, logo mais informação, mais saberes e maior capacidade de respostas (…)” (E1);</i></p> <p><i>“A partilha é encontrar estratégias para dar respostas aos projetos que nós temos em cima da mesa (…)” (E4).</i></p>	2
			Reflexão	<p><i>“(…) Ou seja, destas partilhas saem informação, conhecimento, tomadas de decisão, aplicação dessas mesmas tomadas de decisão, reflexão (…)” (E2).</i></p>	1
		Processo da equipa de trabalho (momentos estruturantes)	Admissão	<p><i>“(…) Por exemplo, há essa situação (…) na admissão de uma pessoa (…)” (E1);</i></p> <p><i>“(…) Para mim são, logo de imediato, a admissão do idoso, sem sombra de dúvida. (…)” (E3);</i></p> <p><i>“(…) Quando temos a admissão de um residente, faz todo o sentido juntarmo-nos com elementos de alguns departamentos. (…)” (E5);</i></p> <p><i>“Isso varia consoante a situação que possa surgir na instituição. (…). Os momentos são por exemplo na admissão (…)” (E6).</i></p>	4
			Acolhimento	<p><i>“(…) Por exemplo, em relação ao acolhimento, é normal haver uma colaboração no acolhimento (…)” (E2);</i></p> <p><i>“No Lar, (…) é muito importante no acolhimento ter toda a equipa (…)” (E4);</i></p> <p><i>“(…) Basicamente é admissão e acolhimento (…)” (E5).</i></p>	3

			Reuniões	<p>“Depois, na definição do plano individual de cuidados integrados pode haver reuniões intersectoriais e depois tem de haver uma reunião conjunta (...)” (E4);</p> <p>“(...) fazemos através de reuniões (...)” (E5).</p>	2
			Plano de atividades	<p>“(...). No plano de atividades também pode ser sectorial, mas, também, é necessário falar com a parte clínica. (...)” (E4);</p> <p>“(...). Os momentos são por exemplo (...) plano de atividades” (E6).</p>	2
			Plano individual de cuidados integrados	<p>“(...). Depois, na definição do plano individual de cuidados integrados (...)” (E4).</p>	1
			Situação crítica de saúde; retirada da instituição	<p>“(...). Os momentos são por exemplo na admissão, numa situação crítica de saúde, numa situação em que a família possa querer retirá-lo da própria instituição, alguma introdução nova da família para um utente dentro da instituição que requeira autorização, plano de atividades” (E6).</p>	1
		Processos da equipa de trabalho (procedimentos de trabalho)	Registos	<p>“A nível dos cuidados de enfermagem (...) tem de haver registos (...)” (E2);</p> <p>“(...) cada área tem autonomia para fazer os seus próprios registos (...)” (E3);</p> <p>“(...). Os registos, também, são muito, muito importantes (...)” (E4);</p>	5

			<p><i>“(…) Consultar relatórios, registos, sejam sociais ou de enfermagem ou médicos. (…)” (E6);</i></p> <p><i>“(…) o que existe é a realização de registos (…). Os registos se forem solicitados, são partilhados, caso não seja solicitado é um registo próprio de cada área” (E7).</i></p>	
		Reuniões	<p><i>“(…) Já tivemos reuniões, alias tínhamos reuniões regulares com a Dr.ª X (Diretora Técnica), que eram definidas mensalmente e ficou assim. (…)” (E2);</i></p> <p><i>“(…) Mas, depois é sem dúvida as reuniões interdisciplinares que permitem, realmente, potenciar todo a informação que nós temos. (…). As reuniões não tendem a acontecer com uma periodicidade. Elas tendem a acontecer consoante a necessidade. (…)” (E3);</i></p> <p><i>“(…) Há um conhecimento individual de cada área e depois tem de haver reuniões semanais, quinzenais ou sempre que é necessário para trabalhar aquela pessoa num todo. (…)” (E4);</i></p> <p><i>“Temos as reuniões. (…)” (E6).</i></p>	4
		Relatórios	<p><i>“(…) os relatórios, quando há relatórios e que são benéficos, pode haver essa troca de informação. Também informações que a parte social obteve através de entrevistas com os familiares e vice-versa (…)” (E1);</i></p> <p><i>“(…) Consultar relatórios (…)” (E6);</i></p>	3

				“(…) o que existe é a realização de registos e relatórios alusivos a determinada área de intervenção. (…)” (E7).	
			Conversas / reuniões informais	<p>“(…) Também informações que a parte social obteve através de entrevistas com os familiares e vice-versa (…). (…) é uma conversa informal” (E1);</p> <p>“Acabamos por ter reuniões que são informais, mas que também conseguimos adquirir informações que são importantes para nós. (…). Informais, eu acho que todos os dias temos” (E5);</p> <p>“(…) As conversas informais também acontecem por exemplo, às vezes nas “conversas de café” surge uma ideia para resolver determinada situação” (E6).</p>	3

Tabela 8:

Interdisciplinaridade: Âmbito - Atributos do trabalho em equipa / trabalho interdisciplinar.

Atributo	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	Total das frequências
Partilha (de ideias, conhecimentos, informação)	x			x	X	x	x	5
Respeito	x	x	x					3
Esclarecimento de dúvidas	x							1
Disponibilidade	x							1
Cooperação		x					x	2
Dinamismo		x						1
Confiança		x						1
Inovação		x						1
Autonomia			x					1
Independência			x					1
Ação conjunta				x				1
Objetivo comum				x				1
Comunicação					X	x	x	3
Tomada de decisão					X	x		2
Experiência de cada um						x		1

Tabela 9:

Grelha de análise de conteúdo das entrevistas – Papel dos profissionais da equipa.

Categoria	Subcategoria / dimensão	Indicadores	Unidades de registo	Unidades de contexto	Unidades de enumeração /frequência
Papel dos profissionais da equipa	Do entrevistado (a)	Papel e contributo	Direcionado para equipa e residente	<p>“(…). É procurar, fazer com que as pessoas compreendam, (...) as sintomatologias de cada pessoa, de cada pessoa individual (...)” (E1);</p> <p>“(…) o meu contributo é essencialmente desmistificar, clarificar e filtrar (a informação médica), de forma a tornar mais simples todos os conhecimentos que eu tenho (...)” (E3);</p> <p>“O meu contributo acaba por ser, transmitir a informação desde o social como alguma parte da saúde, porque vem tudo no mesmo processo” (E5);</p> <p>“(…). Acho também que o meu contributo é essencial para o desenvolvimento da equipa como também para o desenvolvimento pessoal do residente. (...)” (E7).</p>	4
			Função	<p>“Na equipa, era prestar o devido apoio aos idosos, e nesse sentido esclarecer algumas dúvidas e algumas situações para as partes e também orientar. (...)” (E1);</p>	3

				<p>“O meu papel, sobretudo, é fazer com que os enfermeiros e os auxiliares entendam as necessidades dos utentes. (...)” (E2);</p> <p>“(...) obtenho a maior parte de informação, quer seja com os residentes, quer seja com os familiares. (...)” (E5).</p>	
			Importante	<p>“Sendo a animação sociocultural um instrumento decisivo para o desenvolvimento multidisciplinar do indivíduo, tanto a nível social, cultural, educacional, entre outros, é normal achar o meu papel fundamental e importante no seio da nossa equipa de trabalho. (...)” (E7).</p>	1
	Papel do Serviço Social e da Diretora Técnica na equipa na ótica dos diferentes profissionais	Importância atribuída à Assistente Social	Muita	<p>“(...). Então, a Assistente Social tem um papel fundamental numa equipa num lar, numa unidade de longa duração, num serviço de agudos, porque é ela que vai fazer a ponte entre o social e os cuidados” (E2);</p> <p>“(...) é uma pessoa de uma importância neste caso fundamental. É um gestor do utente. (...)” (E3);</p> <p>“A importância da Assistente Social aqui deveria de ser extrema, porque é por aí que deve passar toda a informação. (...)” (E5);</p> <p>“Ela apresenta um papel fundamental dentro da equipa de trabalho, como junto dos familiares e residentes (...). E, é ela que faz a ponte de transferência do meio diferente para o residente. (...). Ou seja, ela será sempre um elo de ligação em toda a instituição. Eu acho que a importância dela é muita” (E7).</p>	4

			Igual	<p>“Acho que todos nós temos um papel importante (...)” (E1);</p> <p>“É assim, todas as pessoas têm importância. (...) Todo o trabalho ali é importante. Todas as disciplinas. (...). Mas é muito importante ter um Assistente Social. (...)” (E4).</p>	2
		Elementos que demarcam a intervenção da Assistente Social	Elo de ligação	<p>“(...) aí era preenchido um formulário em que eram colocadas várias informações cruciais a toda a equipa. (...)” (E1);</p> <p>“(...) fazer a ponte com a família, e fazer a ponte com todos os parceiros sociais para que também o utente veja garantido todos os apoios que há na instituição” (E2);</p> <p>“(...) através dessas informações ela pode transmitir essas informações aos colegas (...). Ou seja, é de facto uma ponte para várias áreas” (E5);</p> <p>“(...) ela é que funciona como um elo de ligação para tudo” (E7).</p>	4
			Admissão	<p>“Era feito, também, o acolhimento, a admissão, o processo individual que depois era passado para os outros elementos se requeressem, caso contrário não” (E1);</p> <p>“Portanto, apoio na admissão (...)” (E2);</p> <p>“(...). Na admissão do residente, por exemplo, o Diretor Técnico tem de estar presente para apresentar a equipa e a Assistente Social também tem de estar. (...). Cada instituição tem de ter sempre um elemento de referência, e normalmente costuma ser o Assistente Social. (...) E depois há uma questão que é todos</p>	3

				<i>acharem que podem fazer Serviço Social. Mas nem toda a gente pode fazer o Serviço Social” (E4).</i>	
			Elaboração do processo individual e do plano individual	<p><i>“Era feito, também, o acolhimento, a admissão, o processo individual que depois era passado para os outros elementos se requeressem, caso contrário não” (E1);</i></p> <p><i>“A Assistente Social faz o acolhimento, e depois através desse acolhimento, com as informações que ela vai ter, permite fazer uma estruturação, um plano a desenvolver com o residente. (...)” (E5);</i></p> <p><i>“(...) realizar um plano que obtenha a avaliação integrada dos residentes face a uma área social. (...)” (E7).</i></p>	3
			Gestão de caso e de planeamento abrangente	<p><i>“(...) através de consultas, conversa com o familiar, etc., perceber um pouco o contexto social do idoso, esta é uma abordagem. (...). Portanto, a dimensão passa, exatamente, pela caracterização de tudo em relação àquele idoso, como é que é feita a sua gestão, qual é a sua religião, quais são as suas crenças, quais são os seus hábitos, que nível de autonomia ele tem, e isso permite-nos, depois, integrar isso tudo” (E3);</i></p> <p><i>“Considero compromissos. Chegar a consensos. No caso de conseguir compromissos, é conseguir compromissos a nível da família, compromissos dos técnicos que trabalham connosco, até</i></p>	3

			<p><i>com o próprio residente. (...). Ali com aquela equipa toda, ela acaba por gerir, apesar de quererem dar outro protagonismo a outras áreas, a Assistente Social neste caso é que tem o protagonismo, porque ela é que gere. Ela é que vai obter a informação. Passa por gerir, coordenar, chegar a consensos, definição de objetivos, definir o quê que se vai fazer com aquela família, ser cordial. É todo um papel de gerir, e todo isso é da Assistente Social. (...)" (E4);</i></p> <p><i>"Eu acho que a Assistente Social tem a capacidade de realizar um plano de intervenção relacionado com o funcionamento tanto da instituição como também da equipa face aos objetivos inicialmente propostos. (...)" (E7).</i></p>	
			<p>Acolhimento</p> <p><i>"Era feito, também, o acolhimento, a admissão, o processo individual que depois era passado para os outros elementos se requeressem, caso contrário não" (E1);</i></p> <p><i>"(...) A Assistente Social faz o acolhimento (...)" (E5).</i></p>	2
		<p>Importância atribuída à Diretora Técnica</p>	<p>Muita</p> <p><i>"É um papel importante na equipa, no sentido de (...) a criação da empatia entre a equipa, da coesão grupal. (...)" (E1);</i></p> <p><i>"Tem a sua importância, porque no fundo uma Diretora Técnica também tem de zelar pelo interesse dos utentes. E eu acho que ela zelava pelo interesse dos utentes. (...). Para a equipa... sim tinha a sua importância (...)" (E2);</i></p>	5

				<p>“Coordenadora acima de tudo. Quer dizer uma avaliadora de todas as coordenações. Portanto uma team-leader” (E3);</p> <p>“Eu acho que acaba ser o pilar da casa. (...)” (E5);</p> <p>“A sua importância é imprescindível, não só para o funcionamento da instituição como também para as relações entre os profissionais, residentes e familiares. (...)” (E7).</p>	
			Igual	<p>“No fim é igual. É uma pessoa da equipa, é para trabalhar em equipa e para mim tem de ser igual. Destaca-se pela Diretora Técnica ser a diretora. (...)” (E6).</p>	1
		Elementos que demarcam a intervenção da Diretora Técnica	Gestão e coordenação da equipa de trabalho	<p>“(...) ela tem de fazer a coordenação, fazer o agendamento de reuniões com as várias equipas (...). (...) tem de valorizar os que têm ações positivas, o trabalho fora de horas, o carinho pelo idoso, a atenção, a tolerância, e entre outros (...)” (E3);</p> <p>“A Diretora Técnica tem de controlar a equipa. (...). Acho que a Diretora Técnica deve-se reunir com os diversos elementos responsáveis de cada departamento (...)” (E5);</p> <p>“(...). Para a equipa, passa um pouco pelo papel de coordenar, supervisionar (...) delinear tarefas (...). Ou seja, é projetar um plano para depois cada um fazer o seu papel e no fim juntar tudo” (E6);</p> <p>“(...). Deve tentar manter a equipa sempre motivada através de técnicas de valorização do trabalho (...) deve disponibilizar,</p>	4

			<p>também, diferentes tipos de formação para que todos os intervenientes estejam sempre atualizados e formados para a sua especialidade. (...) deve também reunir toda a equipa, periodicamente, quinzenalmente, semanalmente (...). Ela define responsabilidades e distribui algumas tarefas (...). Em algumas áreas, (...), há uma supervisão (...). Tem de ter a capacidade de apoiar e gerenciar melhor as situações de conflito entre a equipa e ter a capacidade de felicitar aquando um bom trabalho de um profissional (...)" (E7).</p>	
		<p>Competências para solucionar problemas</p>	<p>"(...) ela estava disponível a ouvir, estava sempre disponível a por as pessoas a entrar em contacto e exporem os seus pontos de vista (...)" (E1);</p> <p>"A capacidade para resolver os problemas quando têm de ser resolvidos (...). E na maioria das situações em que havia necessidades pontuais em relação aos cuidados e que era pedida ajuda para prestar apoio, ela correspondia, porque no fim estamos aqui todos para o mesmo" (E2);</p> <p>"(...) fazer a descrição dos pontos positivos e negativos de cada situação tem, também, de ter a capacidade de ouvir todos os profissionais que estão sobre a sua alçada, (...)" (E3);</p> <p>"(...) Para a equipa, passa um pouco pelo (...) ajudar na resolução de situações (...)" (E6).</p>	<p>4</p>

			<p>Troca de conhecimentos e informação</p> <p>“(…) a parte de criar, realmente, uma troca de conhecimentos. (…)” (E1);</p> <p>“(…) Para a equipa, passa um pouco pelo (….) dar contributo dos seus conhecimentos (….)” (E6);</p> <p>“(…) a Diretora Técnica deve trocar informações com toda a equipa quando haja novos dados. (….)” (E7).</p>	3
			<p>Tomada de decisão final</p> <p>“Daí que a Diretora Técnica tem um papel fundamental no acolhimento porque ela é que tem de dar a resposta final à segurança social relativamente à admissão. (….)” (E2);</p> <p>“(…) Acho que cabe à Diretora Técnica decidir, em última instância, aquilo que pode ser feito ou não, em todos os aspetos” (E5);</p> <p>“A intervenção dela é baseada, por exemplo, na entrada de processos. Se ela achar que determinado utente não está nos trâmites exigidos pela instituição, ela é a única pessoa que pode dizer sim ou não relativamente à admissão. (….)” (E6).</p>	3
			<p>Comunicação / articulação com a hierarquia organizacional</p> <p>“(…) perspetivar juntamente com uma direção financeira o quê que vai ser no futuro para a própria instituição” (E3);</p> <p>“(…) A comunicação com a direção da associação também é ela que faz. (….)” (E6).</p>	2

Tabela 10:

Grelha de análise de conteúdo das entrevistas – Limitações e potencialidades do trabalho interdisciplinar.

Categoria	Subcategoria / Dimensão	Indicadores	Unidade de registo	Unidades de contexto	Unidades de enumeração / Frequência
Limitações e Potencialidades do trabalho interdisciplinar	Limitações	Ao nível da Comunicação	Falta de comunicação, colaboração e partilha	<p>“Da equipa em geral tenho vários constrangimentos. Há coisas que não estão bem esclarecidas e que podiam estar esclarecidas, devido, por exemplo à colaboração e à comunicação. (...). Tem é de haver uma comunicação e uma resposta célere e uniforme, em que toda a gente esteja na mesma linha de orientação sobre o comportamento. (...)” (E2);</p> <p>“Relutância na partilha de informação, a resistência em trabalhar em equipa, trabalhar em conjunto. A falta de comunicação, a falta de partilha, o não saber partilhar, comunicar (...)” (E4);</p> <p>“(…) quando há falha de comunicação (...). O maior constrangimento é (...) a falta de comunicação. (...)” (E5);</p> <p>“(…) as diversas ideias que são difíceis de ultrapassar, a concordância pode ser difícil (...). O facto de sermos de diferentes áreas, às vezes, leva a que cada um “puxe a brasa à sua sardinha”. (...)” (E6);</p> <p>“Na minha equipa de trabalho o maior constrangimento é a falta de comunicação (...)” (E7).</p>	5
			Luta pela razão / responsabilidade	“(…) há também um bocado a luta pela razão (...)” (E1);	2

				<i>“Na minha equipa de trabalho o maior constrangimento é (...) a luta pela responsabilidade, há sempre ali uma luta pela responsabilidade que depois interfere com as restantes áreas de intervenção (...)” (E7).</i>	
		Ao nível da percepção do papel/função	Falta de conhecimento sobre a função / papel do outro	<i>“(...) há também um bocado (...) a falta de conhecimento do que é a função do outro (...)” (E1);</i> <i>“Na minha equipa de trabalho o maior constrangimento é (...) a falta de conhecimento sobre o papel das restantes áreas de intervenção (...)” (E7).</i>	2
			Relativização do trabalho do outro	<i>“(...) o achar que o meu conhecimento é mais importante que o do outro, relativizar o trabalho dos outros” (E4);</i> <i>“(...) o facto de as pessoas pensarem que a sua profissão é mais importante que as outras (...)” (E7).</i>	2
		Ao nível da apreensão dos papéis/funções	Sobreposição de papéis	<i>“(...) quando numa equipa não se respeita os papéis de cada um e achar que um determinado departamento pode assegurar esse departamento e outro departamento (...) o facto de haver troca de informação, não significa que nós vamos sobrepor-nos uns aos outros. (...). O maior constrangimento é a sobreposição de papéis (...)” (E5);</i> <i>“(...) o facto de alguns profissionais se meterem no trabalho dos outros quando nem sequer têm especialização e área para tal” (E7).</i>	2
Potencialidades	Ao nível da partilha	Partilha e alcance de objetivos /objetivo comum		<i>“(...) A partilha de um objetivo comum proporciona um melhor desempenho, menos ansiedade, menos stress, menos tristeza, menos pressão, no fundo é um melhor desempenho” (E1);</i>	5

				<p><i>“Da experiência de cada profissional, ele traz para, a junção interdisciplinar, o aspecto positivo e o negativo em relação a um determinado idoso e em relação a um determinado objetivo. Depois disso, torna-se muito mais fácil, com essa partilha de conhecimentos, nós maximizarmos aquilo que nós pretendemos realizar” (E3);</i></p> <p><i>“(…). É também definir objetivos em equipa, o quê que a pessoa vai trabalhar, definir um objetivo, e depois ver quem é que vai conciliar isso tudo” (E4);</i></p> <p><i>“(…) neste caso o nosso objetivo é sempre o residente. Na nossa equipa, será a partilha de objetivos (…)” (E5);</i></p> <p><i>“O alcance do objetivo. A vantagem é essa. (…)” (E6).</i></p>	
			<p>Partilha de informação, conhecimentos e ideias</p>	<p><i>“Da experiência de cada profissional, ele traz para, a junção interdisciplinar, o aspecto positivo e o negativo em relação a um determinado idoso e em relação a um determinado objetivo. Depois disso, torna-se muito mais fácil, com essa partilha de conhecimentos, nós maximizarmos aquilo que nós pretendemos realizar” (E3);</i></p> <p><i>“(…) quanto mais conhecimento tivermos melhor trabalho fazemos e melhor será para a pessoa. (…)” (E4);</i></p> <p><i>“(…). Muitas vezes sozinhos conseguimos obter algum resultado, mas tendo outras áreas que nós possamos ir buscar outras ideias, claro que a situação fica mais bem resolvida e a intervenção é mais completa” (E6);</i></p>	4

				<i>“(…). Neste momento, o que está a começar a existir é a partilha de ideias, de conhecimentos e partilha de informação. (...)” (E7).</i>	
			Intervenção holística / completa	<i>“Poder trabalhar num todo, ser o bio-psico-social, é a forma holística. Porque consegue-se a informação toda. Temos de trabalhar a pessoa num todo. É a vantagem. (...)” (E4);</i> <i>“(…) Muitas vezes sozinhos conseguimos obter algum resultado, mas tendo outras áreas que nós possamos ir buscar outras ideias, claro que a situação fica mais bem resolvida e a intervenção é mais completa” (E6).</i>	2
		Ao nível do bem-estar do idoso	Garantia da satisfação e dos direitos dos residentes	<i>“O benefício principal é saber que o utente ficou satisfeito da envolvimento de todos os serviços para dar a resposta que ele necessita (...)” (E2);</i> <i>“Os benefícios do trabalho em equipa foram fundamentais, que foram garantir maior segurança para o idoso, garantir uma igualdade dos cuidados e dos direitos para todos os idosos (...)” (E3).</i>	2
		Ao nível do desempenho da equipa	Processo mais célere	<i>“(…) maximizar aquilo que nós pretendíamos em relação ao bem-estar do próprio idosos e minorar o tempo para atingi-lo. (...). Sempre que haja respeito, por todas as áreas, sempre que haja autonomia, ou seja, nós gerirmos aquilo que achamos melhor para a nossa área, mas também haja independência, que é nós concretizarmos aquilo que nós queremos, eu acho que o processo se torna muito mais célere e não mais lento” (E3).</i>	1