

O papel do Serviço Social num serviço de apoio domiciliário em tempos de pandemia – uma experiência no contexto português

The role of Social Work in a home support service in times of a pandemic – an experience in the Portuguese context

Cezarina Maurício*
José Vicente**

Resumo: O presente artigo tem por objetivo apresentar um estudo sobre as adaptações e as medidas tomadas pela Direção e os Colaboradores de um SAD-Serviço de Apoio Domiciliário, durante a Pandemia Covid-19, particularmente entre 13 de março e 31 de maio de 2020. O estado de emergência foi declarado em território português em março de 2020, com fundamento na verificação de uma situação de calamidade pública e de forma a permitir que se adotasse medidas necessárias à contenção da propagação da doença COVID-19. Neste sentido, face às necessidades e às especificidades dos/das beneficiários/as do Serviço de apoio domiciliário, esta resposta social não teve oportunidade de entrar em confinamento ou fechar as suas portas. Perante esta realidade, toda a planificação e organização das atividades, as estruturas das relações sociais e operacionais exigiram que a Instituição executora do SAD e os seus recursos humanos, se adaptassem a novos modelos de atuação e intervenção social. Estas alteração surgiram pelas adversidades e desafios causados pelo distanciamento socio relacional e profissional, como forma de evitar do contágio do vírus SARS-CoV-2 e respeitar as Diretrizes emanadas pela da (DGS) Direção Geral da Saúde de Portugal. Para a realização deste trabalho, optou-se por recorrer à metodologia qualitativa, centrado num estudo de caso, usando como técnicas de recolha de dados a observação participante e a análise documental. Pelos dados, recolhidos, constatou-se que a dedicação, a motivação e a determinação foram os principais fatores para manter a intervenção social, garantir serviços de qualidade e contribuir para reforçar o papel da instituição junto da comunidade.

Palavras-Chave: serviço de apoio domiciliário, idosos, serviço social, pandemia

* Professora Adjunta da Escola de Educação e Ciências Sociais do Politécnico de Leiria. E-mail: cezarina.mauricio@ipleiria.pt

** Professor Adjunto Convidado da Escola de Educação e Ciências Sociais do Politécnico de Leiria. E-mail: jose.vicente@ipleiria.pt



This content is licensed under a Creative Commons attribution-type BY

Abstract: This article aims to present a study on the adaptations and measures taken by the Management and Employees of a SAD - Home Support Service, during the Covid-19 Pandemic, particularly between March 13 and May 31, 2020. A state of emergency was declared in Portuguese territory in March 2020, based on the verification of a situation of public calamity and in order to allow the necessary measures to be taken to contain the spread of the COVID-19 disease. In this sense, given the needs and specificities of the beneficiaries of the Home Support Service, this social response did not have the opportunity to go into confinement or close its doors. Faced with this reality, all the planning and organization of activities, the structures of social and operational relationships demanded that the institution executing the SAD and its human resources, adapt to new models of action and social intervention. These changes arose due to the adversities and challenges caused by socio-relational and professional distancing, as a way of avoiding the contagion of the SARS-CoV-2 virus and respecting the Guidelines issued by the (DGS) General Directorate of Health of Portugal. To carry out this work, we chose to use a qualitative methodology, centered on a case study, using participant observation and document analysis as data collection techniques. From the data collected, it was found that dedication, motivation and determination were the main factors to maintain social intervention, guarantee quality services and contribute to strengthening the institution's role in the community.

Keywords: home support service; seniors; social service; pandemic

Recebido em 20/06/2021. Aceito em 20/04/2022

Enquadramento Teórico

Velhice e Envelhecimento

Apesar da velhice e do envelhecimento fazerem parte de todas as sociedades e culturas, tornou-se pertinente adquirir mais conhecimentos sobre a questão, no século XX.

A necessidade de obtenção de mais conhecimentos acerca dos idosos, do processo de envelhecimento, de como ele se encaixa na história de cada indivíduo e das suas consequências sobre a condição de vida quotidiana, ganhou uma pertinência a partir do fim da II Guerra Mundial. (FONSECA, 2004, p. 15)

A velhice é uma das etapas da vida do ser humano que tem adquirido relevância notória, sendo de sublinhar que os olhares compreensivos em seu entorno têm registado alterações. “Sabemos que a velhice dos indivíduos varia com a sua história, com o seu percurso de vida, tendo tanto mais probabilidades de se diversificar quando maior for a duração da vida e a riqueza das experiências”. (QUARESMA, 2006, p.21)

Ao longo dos tempos o processo do envelhecimento sempre fez parte da humanidade, sendo considerado um processo complexo, multidimensional, universal, inevitável e irreversível. Atualmente, trata-se de uma realidade cada vez mais presente em todos os países do mundo e um dos fenómenos mais preocupantes das sociedades modernas, com reflexos no âmbito social, económico e cultural. Segundo *Guillermard* “O envelhecimento não é só um fenómeno demográfico, ele é portador de transformações sociais, económicas e culturais, que o fazem como fenómeno estruturante das nossas sociedades.”, (1991, in *QUARESMA*,2006, p.22)

O envelhecimento da população mundial, com particular ênfase da população europeia, é um tema incontornável. São vários os organismos internacionais e nacionais que elaboram estudos e projeções que apontam de forma consensual o aumento do número de idosos e/ou o alcance de uma maior longevidade. Assim, o *Ageing Report* da Comissão Europeia (2012), apresenta uma projeção para 2060 que estima a existência de 152,6 milhões de idosos, prevendo-se que o número de pessoas com 80 ou mais anos registe 62,4 milhões. A referida projeção para o ano de 2060 menciona que um em cada três europeus terá mais de 65 anos.

À semelhança de outros países da Europa e do mundo, também em Portugal se tem assistido a um aumento da população idosa. De acordo com vários autores o aumento de esperança de vida e a redução da fecundidade tem contribuído para um crescente envelhecimento populacional (*CARNEIRO*, 2012; *GC*, 2013; *CABRAL*, 2013). Para além disso, muitos jovens portugueses emigraram nos anos sessenta e setenta do século XIX, para outros países. Presentemente com o seu retorno, muitos voltaram já idosos para Portugal, o que constitui mais um fator do envelhecimento da população portuguesa (*NAZARETH*,2009). Aliás, parece natural que os inúmeros progressos científicos e médicos, bem como os melhoramentos sociais, evidentes nas condições de habitabilidade e higiene, tenham repercussões positivas nas taxas de mortalidade e na esperança média de vida. (*ROSA*, 2012)

De acordo com os dados obtidos do INE (Instituto Nacional de Estatística), Portugal é um país envelhecido, como é possível verificar através do índice de envelhecimento. Utilizando os resultados de dois censos, separados por um longo período temporal, é possível verificar que em 1960 o referido índice apresentava um valor de 27,8, e em 2011 o valor cresceu para 127,8. No que concerne ao índice de longevidade também é possível referir um aumento: um valor de 33,6 em 1960 ; um valor 47,9, em 2011.

Existem outras evidências que podem complementar esta leitura. É o caso do aumento da esperança média de vida à nascença, bem visível num período de 10 anos. Em 2018, regista-se uma esperança média de vida de - 80,9, contra 78,9 em 2008. A esperança média de vida aos 65 anos regista, igualmente, uma conquista de tempo: 18,3 anos, em 2008; 19,6 anos em 2018. Outro dado que pode ser relevante é o aumento dos agregados unipessoais com pessoas com 65 ou mais anos: 2009:405,4; 513,6 em 2019.

Mais preocupante é a continuidade destes resultados no futuro, não se aguardando uma inversão da situação. As projeções elaboradas para o ano de 2060 permitem estimar um aumento significativo e rápido do número de pessoas idosas, numa população em declínio demográfico. A população portuguesa em 2061 pode não chegar aos 8 milhões. De acordo com este exercício é possível sublinhar alguns dos seus resultados, nomeadamente o aumento do número de reformados que podem representar 40% na população total (ainda que vai depender das políticas sociais e da idade de reforma), o aumento da esperança de vida das mulheres ou o aumento do Índice de envelhecimento (266,2 em 2061;127,8 em 2011).

A evolução da realidade sociodemográfica, marcada pelo aumento da longevidade e do peso relativo das pessoas idosas na população, coloca diversos desafios ao nível das políticas sociais e das respostas sociais para esta população.

Políticas Sociais para a Velhice em Portugal: o serviço de apoio domiciliário

As organizações de dimensão internacional têm contribuído para consciencializar os países na atuação em relação a diferentes grupos populacionais, incluindo os mais idosos. A partir dos anos 80 do século XX até aos dias de hoje, a ONU¹ foi sem dúvida a grande impulsionadora de iniciativas e resoluções para a população mundial mais envelhecida. Em conjunto com as outras organizações, nomeadamente de âmbito europeu, promoveu a elaboração de programas, convenções e outras medidas com o objetivo de assegurar e proteger os cidadãos mais velhos. As orientações emanadas dessas organizações influenciaram a tomada de posição legislativa.

Tendo também em consideração que os idosos não constituem um grupo homogêneo e que a diversidade de problemáticas e situações tende a aumentar, urge que se tomem ações “(...) ao nível de três pilares básicos: a saúde, a segurança e a participação social (...)” (RIBEIRO; PAÚL, 2011, p.3). Isto é, pretende-se que a sociedade crie infraestruturas e mecanismos de acompanhamento e apoio a idosos que lhes garantam não só diagnósticos de saúde adequados, mas também condições de segurança no que se refere aos locais que habitam, ao planeamento urbanístico e prevenção de violência, bem como condições de participação ativa na vida familiar, social e no exercício de cidadania.

Outro aspeto relevante para a compreensão e sucesso do envelhecimento é a cultura, uma vez que abrange todos os indivíduos e populações, condicionando de algum modo a forma como se envelhece. Por outras palavras, a cultura influencia claramente os fatores determinantes do envelhecimento ativo já aqui citados. Com efeito, valores culturais e tradições estabelecem, em larga medida, como uma determinada sociedade encara as pessoas idosas e como perspetiva o seu processo de envelhecimento. “As pessoas a viver em meios rurais ou urbanos, em países do norte ou do sul, europeus, americanos, asiáticos ou africanos, envelhecem igualmente, mas as suas vivências e estratégias de adaptação são diferentes, como são os seus recursos.” (RIBEIRO, PAÚL 2011, p.5). Consequentemente, todas as políticas e programas de apoio ao envelhecimento precisam de respeitar culturas e tradições e considerar a diversidade e complexidade dentro de cada país, entre regiões e até entre cada género. As políticas para a terceira idade não podem desviar-se de valores universais que transcendem a cultura e o género, como a ética, os direitos humanos e a qualidade de vida.

Do mesmo modo, o investimento no relacionamento com os outros surge como fator potenciador de um verdadeiro envelhecimento (ativo), dado que, nesta fase da vida, é preponderante “(...) reforçar os laços sociais, consolidando a integração na família bem como a aproximação à comunidade, através da participação nas organizações e instituições locais, redes de vizinhança, desmistificando a ideia de uma velhice continuamente associada ao abandono e ao isolamento.” (ARAÚJO, MELO, 2011, p.41). Na linha do que defendem estas autoras, o apoio e o contacto próximo com família e amigos resulta em benefícios a nível afetivo, emocional, de perceção de si e do

¹ Exemplos: Em 1982 promoveu a Primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento (1982); Princípios das Nações Unidas para as Pessoas Idosas (1991); Ano Internacional das Pessoas Idosas: uma sociedade para todas as idades (1999); Segunda Assembleia Mundial sobre Envelhecimento (2002). Em 2012 o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações

mundo. O convívio social e a manutenção das redes familiares e sociais, previne o isolamento, atenua as tristezas, ajuda na resolução de problemas ou na realização de tarefas.

Consideram-se Políticas Sociais da Velhice o “(...) conjunto de intervenções públicas, ou ações coletivas, que estruturam, de forma explícita ou implícita, as relações entre a velhice e a sociedade (...)” (FERNANDES, 1997, p.22). Note-se que estas medidas são dirigidas à população não produtiva, que vive num período de vida que se apresenta com necessidades e problemas sociais comuns.

Nas palavras da citada autora a “gestão da velhice” passou a ser da competência da esfera pública. Algumas das funções assumidas pelas famílias foram assumidas por outros agentes. Efetivamente, nas sociedades tradicionais a família cuidava dos seus familiares mais velhos. Inicialmente, os pais cuidavam dos filhos e depois mais tarde os filhos retribuía-lhes.

A família de hoje não é a mesma de ontem (...) a família de antigamente tinha papéis mais rígidos, mais demarcados, mais estáveis e definidos, com um maior grau de hierarquização, enquanto a família de hoje é mais dinâmica e flexível, com uma hierarquia menor e papeis que mudam com mais facilidade.” (ZIMERMAN, 2000, p.51)

O Estado português tem um papel relevante e interventivo na área da velhice. Essa preocupação está presente no documento central do sistema político português - Constituição da República Portuguesa. No seu artigo 72º é clarificado que:

1-As pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem e superem o isolamento ou a marginalização social.

2-A política de terceira idade engloba medidas de carácter económico, social e cultural tendentes a proporcionar às pessoas idosas oportunidades de realização pessoal, através de uma participação activa na vida da comunidade.

De acordo com Guedes (2014), a política social destinada às pessoas mais velhas ganha expressão significativa no pós 25 de abril de 1974, com o surgimento de um sistema de segurança social.

De acordo com Pimentel:

O Estado assumiu-se como o grande promotor do bem-estar social, e o aumento das transferências de fundos deu origem a novos agentes (...). Assim, com o objectivo de melhorar as condições de vida das pessoas idosas, especialmente daquelas cujas redes de solidariedade primária são inexistentes ou insuficientes, surgiu um conjunto de serviços e equipamentos diversificados, de modo a abranger diferentes necessidades e diferentes níveis de carência.” (PIMENTEL, 2001, p..65).

As políticas sociais da velhice integram diferentes dimensões e são transversais a várias áreas de intervenção. Assim, Carvalho (2013) salienta que as medidas e os programas delineados na última década visam promover a autonomia das pessoas idosas, prevenir a institucionalização e a dependência, evitar a exclusão social e a pobreza e possibilitar a permanência na própria habitação, tanto tempo quanto o possível. Para tal, registou-se investimento na alteração das respostas e dos equipamentos que permitam a manutenção dos idosos no domicílio. Um dos pilares do Estado para a prossecução destas políticas é a área da segurança social. A segurança social é a entidade estatal responsável por garantir as pensões/reformas, assegurar programas e medidas específicos para as pessoas idosas ou transversais a diferentes públicos, incluindo os

mais velhos. Mas existe ainda outra possibilidade que se prende com respostas sociais que podem consubstanciar-se em serviços e equipamentos (CARVALHO, 2013, GUEDES, 2014).

O Estado permite que estas respostas sociais são criadas e desenvolvidas pelas Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), sem fins lucrativos. De sublinhar que este setor já está reconhecido na Constituição da República Portuguesa (CRP) e no seu artigo 46º que constitucionaliza a liberdade de associação, consagrando o direito dos cidadãos, livremente e sem dependência de qualquer autorização, constituírem associações, desde que estas não se destinem a promover a violência e os respetivos fins não sejam contrários à lei penal. Na mesma Lei fundamental e no seu artigo 63º, reconhece-se expressamente o direito de constituição de Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), com vista à prossecução dos objetivos da segurança social consignados neste mesmo artigo, na alínea b) do n.º 2 do artigo 67º, no artigo 69º, na alínea d) do n.º 1 do artigo 70º e nos artigos 71º e 72º, os quais se referem respetivamente à proteção à família, à infância, à juventude, aos deficientes e à terceira idade. De acordo com o preceituado, no artigo 63º, as IPSS são regulamentadas por lei, sujeitas à fiscalização do Estado e obrigadas a registo.

Parece evidente que as referidas instituições são constituídas sem finalidade lucrativa, por iniciativa de particulares, com o propósito de dar expressão organizada ao dever moral de solidariedade e de justiça entre os indivíduos. Não podem ser administradas pelo Estado, nem por um grupo autárquico, caracterizando-se pelo desenvolvimento de uma atividade que prossegue o bem-estar social, através da oferta de bens e serviços, quase públicos ou quase privados. Como exemplo da prestação desses serviços enunciam-se o apoio a crianças e jovens; o apoio à família; o apoio à integração social e comunitária; a proteção dos cidadãos na velhice e na invalidez e em todas as situações de falta ou diminuição de meios de subsistência ou de capacidade para o trabalho; a promoção e proteção de saúde, nomeadamente através da prestação de cuidados de medicina preventiva, curativa e de reabilitação; a educação e formação profissional dos cidadãos e a resolução dos problemas habitacionais das populações. Outra característica deste setor prende-se com o lucro. A sua procura não é interdita, mas é obrigatória a sua afetação à realização dos objetivos das organizações em virtude das suas regras constitutivas, não podendo distribuir os lucros gerados na atividade às pessoas que as controlam (membros, diretores, administradores, etc.). Como já foi evidenciado, as IPSS podem revestir diferentes formas. Assim, podem ser de natureza associativa (associações de solidariedade social, as associações de voluntários de ação social, as Irmandades da Misericórdia); podem ser de natureza fundacional (as fundações de solidariedade social; os centros sociais paroquiais) e associações de socorros mútuos.

Uma das respostas sociais desenvolvidas na área da velhice é o SAD - Serviço de Apoio Domiciliário. Este serviço iniciou-se em meados da década de 1980, verificando-se a sua expansão nos anos noventa (GUEDES, 2014). Esta resposta consiste na prestação de cuidados individuais e especializados no domicílio, a indivíduos e/ou famílias quando estes não conseguem assegurá-las de forma autónoma por períodos temporários ou permanentes. Pode incluir refeições, tratamento de roupas, higiene pessoal e higiene da habitação, acompanhamento a consultas ou ao exterior, apoio na saúde, apoio psicossocial, entre outros serviços.

Ora, surge, com as políticas sociais, o Serviço de Apoio Domiciliário, que presta um conjunto de serviços individualizados e/ou personalizados como higiene pessoal e habitacional, alimentação, acompanhamento ao médico e realização de pequenas tarefas diárias, a partir de um conjunto de técnicas de intervenção profissional.

(...) o SAD, como resposta social, deve procurar desempenhar funções preventivas, educativas, assistenciais e reabilitadoras no domicílio pois trata-se de um serviço dotado de meios humanos e técnicos para apoiar as pessoas idosas com algum tipo de dependência a residirem no seu meio natural, no seu domicílio. (MAGALHÃES, 2014, p.186)

Como objetivos deste serviço são evidenciados os seguintes: contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e família; contribuir para retardar ou evitar a institucionalização; assegurar aos indivíduos e famílias a satisfação das necessidades básicas; prestar cuidados de ordem física e apoio psicossocial aos indivíduos e famílias de modo a contribuir para o seu equilíbrio e bem estar; colaborar na prestação de cuidados de saúde; incentivar as relações familiares; prevenir situações de dependência e prover a autonomia (BONFIM E VEIGA, 1996; GUEDES, 2014).

Serviço Social na área da velhice

Em Portugal, os assistentes sociais trabalham em diferentes áreas de intervenção e com diferentes públicos. A área da velhice e envelhecimento é uma delas e já assumidas pelas pioneiras do serviço social como Richmond e Adams (RIBEIRINHO, 2013). O serviço social gerontológico tem grande expressão nas organizações do denominado setor social ou terceiro setor. Este tipo de organizações constitui, atualmente, um campo de trabalho fulcral para os assistentes sociais (BRANCO, 2009). Segundo o autor:

Com a restrição da admissão de efetivos na administração pública e crescimento da oferta de serviços sociais convencionados entre o Estado e as IPSS, este setor apresenta-se, atualmente, como o maior empregador dos assistentes sociais em Portugal, estimando-se que o seu contingente tenha já ultrapassado o constituído pelo emprego público (BRANCO, 2009, p.68).

O Serviço Social Gerontológico enquadrado nas *organizações sociais não lucrativas* pode assumir “funções de direção técnica destas estruturas associativas de solidariedade social, sendo por isso responsáveis pela coordenação e administração de equipamentos e serviços sociais com particular incidência nas áreas do apoio à família e idosos” (BRANCO, 2009, p.81). A análise de documentos produzidos pelos serviços Segurança Social e concretamente relativas à resposta social Serviço de Apoio Domiciliário permite identificar a figura do Diretor Técnico, enquanto responsável pela organização e desenvolvimento dos serviços. No caso do Serviço de Apoio Domiciliário são explicitas outras competências, nomeadamente: dirigir o serviço, assumindo a responsabilidade pela programação, execução e avaliação de atividades; garantir o estudo da situação do utilizador e a elaboração do plano de cuidados; coordenar e supervisionar o pessoal do serviço; sensibilizar o pessoal sobre face à problemática das pessoas a atender e promover a sua formação (Bonfim & Veiga, 1996).

Quando falamos especificamente do Serviço Social na velhice, devemos considerar que o assistente social deve ser o elo de ligação entre a equipa de saúde, a comunidade, a família e o indivíduo. Assim, “(...) o objeto de intervenção no campo da velhice é a pessoa idosa (individual ou coletivamente) que, em interação com um meio concreto, vive uma situação determinada como necessidade ou como desejo de a melhorar (...)” (RIBEIRINHO, 2013, p.179).

Para além disto, a mesma autora salienta ainda que o Serviço Social na área da velhice “(...) intervém em populações heterogéneas, com problemáticas muito complexas e multidimensionais

(...)” (RIBEIRINHO, 2013, p.178). Ora isto exige do assistente social não só um vasto conhecimento sobre as questões que estão na origem dos problemas, mas também uma evidente competência para contextualizar esses problemas, encontrando estratégias para a sua resolução.

Por outro lado, o Serviço Social na velhice tem como princípio basilar “(...) a dignidade humana, ao reconhecer o seu valor intrínseco enquanto indivíduo, enquanto ser único.” (RIBEIRINHO, 2013, p.179). Por isso, o assistente social não pode nunca ignorar que está a intervir junto de um grupo social ou um indivíduo particularmente vulnerável e exposto à discriminação social, que carece de apoio específico a vários níveis. Nesta linha, o Serviço Social Gerontológico deve ter como objetivo identificar as necessidades dos idosos, intervindo ativamente no sentido de suprir essas necessidades, melhorar o sistema de bem-estar social, recorrendo às políticas sociais dirigidas à velhice em vigor. A atenção centrada no idoso e a respetiva avaliação é efetuada em áreas como: área clínica (exploração das capacidades físicas), área funcional (capacidades dos idosos para desempenhar tarefas da vida diária), área mental (alterações ao nível cognitivo e afetivo) e área social (interação e integração no meio social) (RIBEIRINHO, 2013).

Mas o eixo de intervenção do assistente social não se centra somente no idoso. Outra preocupação é a prestação de apoio psicossocial ao utente/cliente e família, a integração na instituição, articulando e informando da melhor forma a família, o utente/cliente e a comunidade, para que seja possível a satisfação das necessidades dos mesmos, enquanto seres humanos com características, necessidades e expectativas específicas. O assistente social não deve apenas promover a integração do idoso, mas também potenciar e reforçar os laços deste com a família e com a comunidade (RIBEIRINHO, 2013)

Num período de pandemia e de emergência nacional a intervenção dos assistentes sociais que trabalham na área da velhice é colocada à prova nestes diferentes níveis de intervenção.

Abordagem Metodológica

Nas ciências sociais encontramos uma “diversidade de métodos e propósitos de investigação social em que uma abordagem metodológica é essencial não só para justificar, identificar o objeto de estudo como também para identificar as próprias técnicas utilizadas no estudo”. (ENGENHEIRO, 2008, p. 57)

Esta investigação tem como principal objetivo perceber quais as adaptações e as medidas tomadas pela Direção e os Colaboradores de um SAD- Serviço de Apoio Domiciliário durante a Pandemia Covid-19, particularmente entre 13 de março e 31 de maio de 2020.

Neste sentido, o fundamento da dimensão análise tem como base, a impossibilidade do SAD (Serviço de Apoio Domiciliário), não poder deixar de assegurar permanentemente, a satisfação e as necessidades básicas e outras atividades da vida diária dos utentes, assim como, a obrigatoriedade de cumprir as normas da DGS-Direção Geral da Saúde em vigor no território nacional resultante do contexto pandémico naquele período.

Pelas premissas apresentadas e objetivos da investigação, efetuou-se uma análise multi-dimensional, optando-se por recorrer à metodologia qualitativa, centrado num estudo de caso, usando como técnicas de recolha de dados a observação participante e a análise documental. Para analisar os dados recolhidos recorreu-se à análise de conteúdo.

A observação participante é uma técnica de recolha de dados fundamental quando a investigação “ocorre em ambientes comunitários ou em locais que se acredita ter alguma relevância para as questões de pesquisa. O método é diferenciado porque o pesquisador se aproxima

dos participantes da pesquisa em seu próprio ambiente.” (MARIETTO, 2018, p. 2). A técnica de análise documental reforçou este trabalho, sustentado as diferentes dimensões da análise em documentos e orientações produzidos pela Direção Geral da Saúde, a legislação produzida para o efeito e o plano de contingência covid-19 elaborado pela própria Instituição responsável pelo Serviço de Apoio Domiciliário.

A escolha do tema desta investigação prende-se com o interesse dos investigadores em aprofundar o conhecimento do Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), “dado que é um serviço que permite à pessoa quer seja autónoma ou não, de permanecer na sua casa, no seu espaço, no seu ambiente social e cultura.” (ROSA, 2012, p. 3)

Apresentação e Discussão dos Resultados

Os serviços prestados pelo SAD no período de emergência

No caso português, o primeiro período de emergência teve início no dia 18 de março e terminou no dia 3 de maio. Efetivamente, a 18 de março de 2020 é declarado o estado de emergência com fundamento de uma verificação de calamidade pública (Decreto do Presidente da República nº 14-A/2020 de 18 de março).

A nova estirpe de coronavírus, foi descoberta em 31/12/19, após casos registados na China, na cidade de Wuhan. Até à data, nunca tinha sido identificado em seres humanos. Inicialmente designada de 2019, foi posteriormente titulada pelo Coronavírus Study Group, como SARS-COV-2. Rapidamente, demonstrou a sua capacidade de transmissão, sendo certa e inevitável a sua propagação global. No dia 11 de março de 2020, a Organização Mundial de Saúde qualificou a emergência de saúde pública ocasionada pela doença COVID – 19 como pandemia internacional, constituindo uma calamidade pública.

Apesar de um quadro totalmente novo e inesperado, foi considerado crucial manter em funcionamento o serviço de apoio domiciliário às populações de risco, como é o caso dos utentes mais velhos. Reconhecendo que alguns dos seus utentes apresentam um quadro social específico, considera-se importante ter em atenção as suas necessidades e a correspondente prestação de cuidados. Isto significa que os idosos continuaram a usufruir da maioria dos serviços contratualizados, nomeadamente apoio social; apoio na saúde, serviço de alimentação; cuidados de higiene e conforto pessoal; tratamento de roupas; higiene habitacional; apoio social à família do cliente.

A análise à prestação de serviços permite, ainda, referir dois serviços foram reduzidos ou mesmo eliminados como é o caso do acompanhamento ao exterior e o desenvolvimento de atividades socioculturais. Mas noutros casos/serviços - o apoio na saúde e o apoio social na vertente da prestação da informação – verifica-se o respetivo reforço, como vamos desenvolver no ponto seguinte.

O Decreto-lei nº 10-A/2020, de 13 de março determinou a suspensão das atividades de apoio social desenvolvidas em centros de dia, entre outras respostas sociais. De acordo com as instruções da Direção Geral de Saúde é necessário ter em consideração as medidas de prevenção, com destaque para a redução dos contatos sociais e de atividades de grupo.

Dado o encerramento dos centros de dia, mas atendendo aos seus utentes, foi realizada uma avaliação sobre as suas necessidades e auscultadas as respetivas famílias. Nesta sequência,

realizou-se o que podemos denominar uma domiciliação dos serviços prestados, que se iniciou no período de emergência e que se prolongou até maio/junho de 2021.

Isto significa que foi observado um princípio importante na intervenção do assistente social: ir ao encontro da pessoa idosa, repensando nas suas necessidades, num contexto novo e desafiante. Foi redesenhado o seu plano de cuidados personalizado, com a adequação à sua situação, mas também à emergência vivida. Foi necessário reconfigurar o equilíbrio entre a dimensão individual (e organizacional) e a dimensão nacional, bem marcada com as condições impostas e pelos normativos, entretanto saídos.

Esta preocupação com suprir as necessidades dos idosos e contribuir para o seu bem estar é orientada pelo princípio basilar do respeito pela dignidade humana e o reconhecimento do seu valor intrínseco enquanto indivíduo. (RIBEIRINHO, 2013). Esta intervenção exige do assistente social não só um vasto conhecimento sobre as questões que estão na origem dos problemas, mas também uma evidente competência para os contextualizar, encontrando estratégias para a sua resolução (RIBEIRINHO, 2013). Neste caso, a exigência foi maior face à realidade em questão, podendo arriscar que se trata de uma vivência de contornos únicos. É possível afirmar que na história da democracia em Portugal, pós 25 de abril de 1974, é a primeira vez que os cidadãos e organizações enfrentam um estado de emergência e as suas respetivas implicações.

No que concerne aos serviços prestados e como já foi referido são centrais para a qualidade de vida dos utentes idosos. O garante das necessidades básicas dos utentes, o combate ao isolamento social, garantir a permanência no domicílio e evitar a institucionalização são identificados como virtualidades desse serviço (GUEDES, 2014). Atendendo à situação de pandemia e ao drama que ocorreu nas estruturas residenciais de idosos no contexto português, estas duas últimas vantagens emergem como muito relevantes para a redução de risco de contágio.

Relacionamento com os Idosos e Famílias

O relacionamento é considerado fundamental no âmbito do exercício do Serviço Social, ganhando outros contornos numa situação de emergência. Esse processo interativo \ assistente social e utente implica compreensão, unidade/ligação com o outro, criação de contextos de apoio e acompanhamento que pode conduzir à mudança, em áreas como: comportamento; perceção da realidade; capacidade para enfrentar as situações da vida; capacidade de decisão. “A competência relacional do assistente social é fundamental para o estabelecimento de uma relação positiva com a pessoa idosa e uma condição para o desenvolvimento de toda a intervenção” (RIBEIRINHO, 2013, p. 188). De acordo com a mencionada autora, só pela via da relação se podem desenvolver ações no âmbito gerontológico que são vitais, designadamente, aumentar a autoestima e o sentimento de segurança da pessoa idosa.

No contexto de emergência, o relacionamento (re)construído de forma contínua com os utentes permitiu reforçar o apoio social e de forma mais concreta o apoio informacional. Foi considerado vital a passagem/transmissão de um conjunto vasto de informação, como seja: a adoção de novos procedimentos de conduta social, (“exemplos: eliminação do aperto de mão, abraços e os beijos a pessoas conhecidas e a pessoas familiares significativas); frisar a necessidade do distanciamento entre pessoas; sensibilização e cumprimento dos procedimentos de etiqueta respiratória (exemplos: evitar tossir ou espirrar para as mãos; tossir ou espirrar para o antebraço ou manga, com o antebraço fletido ou usar lenço de papel; higienizar as mãos); sensibilizar para os procedimentos básicos para higienização das mãos. O apoio informacional foi constante ao longo do período de emergência, tendo em consideração os nossos utentes e respetivos familiares.

Foi considerado que a sua efetivação devia ser num ambiente de proximidade, de relação *face to face*, através de (algumas) visitas domiciliárias realizadas pelo assistente social, ainda que mais espaçadas em termos temporais, e sempre que possível através de contatos telefónicos e/ou outros meios.

O relacionamento permitiu trabalhar em prol de equilíbrios diários: a necessidade de lidar com os medos e sublinhar as expectativas animadoras/positivas; o cumprimento de regras de segurança e a possibilidade de interação; o cumprimento de regras e o combate da solidão e/ou isolamento; o cumprimento de regras e o acesso a cuidados.

Isto significa que se registou um trabalho direto com a pessoa idosa e com a sua família (DAMRON-RODRIGUEZ, 2008);. Este trabalho incidiu de forma predominante na informação, orientação, aconselhamento perante este novo quadro e as necessidades específicas dos sujeitos. O assistente social é o profissional que assume um papel relevante no apoio que presta para lidar com esta patologia que é nova e que causa temor e impacto social.

Cada idoso tem a sua história de vida, a sua biografia, e, como tal, com formas diferenciadas de ser e estar nesta fase da vida, o que permite estar atento e recetivo a cada situação (QUARESMA, 2006). Neste tempo de crise, impôs-se a preocupação com a constante avaliação da pessoa idosa, inserida num determinado contexto familiar e social (RIBEIRINHO, 2013). Essa múltipla avaliação, no sentido de captar alterações, diz respeito à dimensão funcional (execução das atividades da vida diária); à dimensão mental (ex. estar atento à aparência, comportamento, linguagem, memória, atenção e orientação) e à dimensão social (exemplo: a existência ou não de rede social, a frequência dessa relação, identificar o nível de stress/medos, a forma de ocupação do tempo livre).

A articulação com entidades parceiras/serviços

Durante o período de emergência registou-se a necessidade de estabelecer um contato permanente com diferentes entidades. De acordo Damron-Rodriguez (2008), trata-se de trabalhar na adaptação de procedimentos e recursos de forma a facilitar a provisão de serviços aos idosos e familiares bem como identificar a disponibilidade de recursos.

A entidade de referência para as comunidades é a entidade administrativa junta de freguesia com quem se estabeleceu uma permanente relação de proximidade e troca de informação. É de sinalizar que a instituição em causa localiza-se num território do interior de Portugal, identificado como de baixa densidade demográfica, marcado pelo despovoamento e envelhecimento. Seguindo a hierarquia das entidades oficiais, emerge a câmara municipal que criou uma linha de apoio telefónico de emergência.

Outra ligação importante foi sem dúvida com os serviços da tutela – segurança Social-, representados pelo centro distrital de segurança social de referência. A ligação foi predominantemente estabelecida pela assistente social, responsável pela cooperação. No período de emergência foram contabilizados vários contatos via email, com diferentes informações e solicitações

Como já foi mencionada outra área objeto de articulação foi a saúde. Apesar desse trabalho ser evidente ao longo do ano, foi reforçado no período de emergência nacional, tendo em consideração o serviço prestado aos idosos de apoio na saúde. Foram realizados diferentes contatos com instituições de saúde, locais e/ou regionais (exemplos: centros de saúde, hospital ou centro de diálise). Em causa estiveram a remarcação de consultas de medicina geral e familiar, consultas de outras especialidades, a remarcação de meios complementares de diagnóstico e terapêutica

ou ainda a prescrição de medicação. Foi privilegiado o contato não presencial, recorrendo ao email institucional. Alguns dos cuidados de saúde foram cancelados por iniciativa dos próprios serviços de saúde.

A vivência do período de emergência mostrou que é fulcral a mobilização dos recursos comunitários e institucionais. A vivência do período de emergência mostrou que são fulcrais os serviços públicos e como um Estado organizado, capaz de desenhar e implementar políticas sociais fortes e consistentes.

O trabalho com os recursos humanos

Como foi referido o Serviço Social Gerontológico enquadrado no terceiro setor e mais concretamente nas organizações com respostas sociais direcionadas para os idosos pode exercer funções de direção técnica. Nesse âmbito, uma vertente de trabalho que o assistente social, também diretor técnico, tem à sua responsabilidade é a coordenação e na otimização de recursos, incluindo com os recursos humanos existentes e que são fundamentais na prossecução da missão dessas organizações e das suas respostas sociais.

A situação de pandemia conduziu a uma reorganização do funcionamento da organização, sendo necessário proceder à revisão das rotinas e tarefas diárias. As mudanças necessárias (e exigidas/decretadas) foram orientadas pelas autoridades de saúde (Ministério da Saúde/Direção Geral de Saúde através dos respetivos documentos normativos) e pelos serviços da segurança social (Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social).

Uma das premissas orientadoras desse reajustamento foi sem dúvida a proteção de toda a sua população idosa, considerada de risco e numa situação particular de vulnerabilidade (idade avançada, a maior incidência de comorbilidades, dependência para a realização de determinadas atividades diárias). A outra premissa prende-se com a própria proteção dos colaboradores e a adoção de medidas de prevenção.

Para a prossecução destes objetivos foi crucial a elaboração de um plano de contingência, solicitado pelas autoridades de saúde. Esse plano que permitiu identificar diferentes aspetos nomeadamente medidas gerais para a redução do risco de transmissão do SARS – COV-2: adoção de novos procedimentos de conduta social, nomeadamente alterar a frequência e/ou a forma de contacto entre os colaboradores e entre estes e os utentes (“eliminação do aperto de mão, abraços e os beijos); promoção do distanciamento entre pessoas (exemplos: entre colaboradores nos diferentes espaço; diminuição de concentração de pessoas nos diferentes espaços; sensibilização e cumprimento dos procedimentos de etiqueta; procedimentos de colocação de máscara cirúrgica; identificação de limitações no acesso à instituição).

Outra área contemplada no plano de contingência, igualmente relevante, é a de comunicação, informação e formação aos colaboradores. Nesse sentido foram definidos e trabalhados os seguintes procedimentos: comunicação das medidas gerais de prevenção e de contenção (adotar na instituição, mas também autocuidados, proteção pessoal e familiar);atualização regular da informação sobre a doença; divulgação e análise do Plano Contingência para a pandemia Coronavírus; afixação de cartazes com medidas de prevenção e sintomatologia; constituição de um dossiê com material informativo que serve de base para a realização de pequenas sessões informativas/formativas com os colaboradores; atribuição de recursos para proteger colaboradores e outras pessoas (EPI – equipamento de proteção individual).

No plano de contingência são, igualmente, incluídos preparativos para fazer face a um possível caso de infeção (exemplo: a existência de uma sala de isolamento), diretrizes específicas a adotar perante caso suspeito na instituição (seja colaborador, seja utente), indicação de pessoas de referência na instituição, bem como a indicação de uma equipa que garante o funcionamento do serviço numa situação de ausência forçada dos colaboradores.

Concluindo e no que concerne a esta dimensão, o Serviço Social teve como preocupações a informação/formação, a proteção pessoal, a gestão do stress/medo(s).

Conclusão

Da investigação desenvolvida é possível concluir que, os serviços prestados pelo SAD no período de emergência tiveram em conta o nível de dependência dos idosos relativamente à alimentação, à toma da medicação, dos cuidados de higiene pessoal (roupas) e limpeza da habitação. Foi igualmente importante e determinante, a atenção dos recursos humanos do SAD, relativamente às queixas ou necessidades de saúde de modo a rastrear qualquer problemática que colocasse a vida do idoso em risco. Neste contexto, a principal diretriz vinda da Tutela era “ficar em casa”, os recursos humanos do SAD, alinhados com essa orientação artilharam-se de todas as ferramentas práticas e teóricas assentes nas dinâmicas da intervenção social para poder minimizar o impacto da pandemia Covid-19 na vida dos beneficiários do SAD.

Nesta fase, foi necessário e obrigatório, modificar a forma de planificar todas as atividades desenvolvidas pelo SAD, para não haver contágio por SARS-COV-2, entre profissionais e entre profissionais e beneficiários, este processo criou uma atitude de compromisso de emergência na modificação de comportamentos, especialmente, ao nível da interação. Apesar de ser obrigatório por lei o uso de equipamentos individuais, a forma de ser, de estar e de fazer também foi repensada e reestruturada. O inter-relacionamento surge como uma abordagem que continuou para garantir a continuidade da dinâmica relacional e da relação de ajuda no processo de intervenção.

Para os profissionais do SAD, envolvidos na prestação de cuidados e suporte social foi um desafio. Mas o seu profissionalismo esteve na base de toda a organização do trabalho, sem nunca descurem o valor das práticas. Nesta permanente incerteza foi-lhes, reiteradamente, solicitado para assegurarem, dentro do possível a normalidade das atividades que contribuem para a manutenção das capacidades físicas e psíquicas dos beneficiários.

No decorrer de todo este período, os serviços do SAD, disponibilizaram-se para criar a ponte entre os beneficiários e das suas famílias. O objetivo consistiu em trabalhar em prol de equilíbrios e de contribuir para que os beneficiários continuassem a manter contactos sociofamiliares, considerados estabilizadores emocionais.

A proximidade e a troca de informação, entre os responsáveis da instituição e todos os parceiros estratégicos constituiu-se fundamental para viver este momento de vulnerabilidade social e de incertezas. O contacto/comunicação entre as autoridades de saúde, da segurança social e a estrutura autárquica revelou-se importante, mostrando as exigências e a necessidade do trabalho colaborativo.

A coordenação da assistente social foi fundamental para a *normalização* do período de emergência instalado, nomeadamente pelas orientações transmitidas a todos os envolvidos, na elaboração do plano de contingência solicitado pelas autoridades de saúde, nas articulações (familiares, organizacionais, comunitárias/políticas) desenvolvidas, na prossecução do bem estar dos idosos.

Face ao exposto, o funcionamento da resposta social SAD assumiu um relevância central, no decorrer do período em análise. A prestação dos diferentes serviços essenciais ao quotidiano dos beneficiários, foi basilar para manterem o sentimento de pertença, sem correr o risco de solidão e isolamento social. A lógica de funcionamento do SAD, centrou-se em intervir no âmbito das questões sociocomunitárias, mantendo a preocupação nos procedimentos por parte dos profissionais, com um rigor acrescido no cumprimento das medidas preventivas e de Saúde Pública, sem nunca esquecer o bem-estar holístico dos beneficiários no seu contexto social.

Referências Bibliográficas

ARAÚJO, L., MELO S. Relacione-se com os outros. In C. PAÚL, O. RIBEIRO, (coord.). Manual de Envelhecimento Activo. Lisboa, Editora Lidel, 2011.

BOMFIM, C., SARAIVA, M.G. **Guião técnico de Centro de Dia**. Lisboa, Direção Geral de Ação Social, 1996.

BRANCO, F. A Profissão de Assistente Social em Portugal. *Locus Social*, 3, 61-89. 2009.

BORHANINEJAD, V., RASHDI, V. (2020). COVID-19 Pandemic: Opportunity to Advanced Home Care for Older Adults. *Journal of Gerontological Social Work*, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/01634372.2020.1769790> 3-3

CABRAL, M.V. **Processos de Envelhecimento em Portugal** -usos de tempo, redes sociais e condições de vida. Lisboa, Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2013.

CAMPBELL, A.D. Practical Implications of Physical Distancing, Social Isolation, and Reduced Physicality for Older Adults in Response to COVID-19. *Journal of Gerontological Social Work*. 2020. Disponível em <https://doi.org/10.1080/01634372.2020.1772933>. 1-4

CARNEIRO, R. **O Envelhecimento da População**: Dependência, Ativação e Qualidade. Lisboa, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Católica Portuguesa, 2012.

CARVALHO, M. I. **Serviço Social, Desafios do Passado e do Futuro**: Perspetivas. Espanha, Editorial Académica Española, 2012.

CARVALHO, M. I. **Serviço Social no envelhecimento**. Lisboa, Lidel, 2013.

Constituição da República Portuguesa. 8ª Edição. Coimbra, Coimbra Editora, 2011.

European Commission. The 2012 Ageing Report: economic and budgetary projections for the 27 EU Member States (2010-2060). European Commission, Directorate-generale for economic and financial affairs. 2012.

CONSELHO ECONOMICO E SOCIAL (CES). Parecer de iniciativa sobre as consequências económicas, sociais e organizacionais decorrentes do envelhecimento da população. Lisboa, CES. 2013.

Decreto do Presidente da República nº 14-A/2020 de 18 de março. Diário da República 3º Suplemento, Série I. Lisboa: Presidência da República.

Decreto-Lei nº 172-A/2014 de 14 de novembro. Diário da República, 1º Suplemento, Série I. Lisboa: Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social.

Decreto-Lei nº 10-A/2020, de 13 de março. Diário da República, 1º Suplemento, Série I. Lisboa: Presidência do Conselho Ministros.

Direção Geral da Saúde. Norma da de Higienização das mãos nº 007/2019 de 16/10/2019;

Direção Geral da Saúde. Orientação n.º 006/2020 de 26/2/2020.

Direção Geral da Saúde. Orientação nº 02A/2020 atualizada a 9/3/2020.

Direção Geral da Saúde. Orientação 009/2020 de 11/3/2020.

ENGENHEIRO, S. P. **Apoio Domiciliário e Qualidade: Um Estudo de Caso**. Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Política, Universidade Técnica de Lisboa, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Lisboa. 2008. Obtido em 7 de 12 de 2020, de <https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/3382/2/PDF%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20MPS.pdf>

FERNANDES, A. A. **Velhice e Sociedade**. Oeiras, Celta, 1997.

FONSECA, A. M.. **Uma abordagem psicológica da “passagem à reforma”-Desenvolvimento, envelhecimento, transição e adaptação**. Dissertação de Doutoramento. Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, 2004.

FONSECA, A.M., PAÚL, M. C.; MARTIN, I., AMADO, J. Condição psicossocial de Idosos Rurais numa Aldeia do Interior de Portugal. in: M.C. PAÚL e A. FONSECA (coord.). **Envelhecer em Portugal** (pp.97-108). Lisboa, Climepsi, 2005.

FONSECA, A.M. **Envelhecimento, saúde e doença novos desafios para a prestação de cuidados a idosos Lisboa**, Coisas de Ler, 2014

FONSECA, A. M. (org)- **Ageing in place. Boas práticas de Ageing in Place**. Divulgar para valorizar. Guia de Boas Práticas. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian e Universidade Católica Portuguesa, 2018.

G.C. – GABINETE DOS CENSOS. Caracterização da população e das famílias a residir em Portugal, com base nos Censos de 2011. **Revista de Estudos Demográficos**, (51-52), 5-37. 2013.

INE. Projeções da População Residente em Portugal – 2008:2060. Lisboa, IN., 2009.

INE. Estatísticas Demográficas 2012. Lisboa, IN., 2012

INE. Anuário Estatístico da Região Centro 2012. Lisboa, INE, 2012

LEÃO, C., ATAÍDE, Â., REVÉS, M.; MARQUES, M., PONTE, S. A **Globalização do envelhecimento** – o caso português. Centro de Estudos da População, Economia e Sociedade, População e Prospetiva. Lisboa: Working Papers. 2011.

NAZARETH, J.M. **Crescer e envelhecer**. Constrangimentos e oportunidades do envelhecimento demográfico. Lisboa, Editorial Presença, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde** (Resumo). OMS. Recuperado em 2 de abril, 2018, de <http://apps.who.int/iris/handle/10665/186468>

PAÚL, C., RIBEIRO, O. **Manual de Envelhecimento Activo**, Lisboa, Editora: LIDEL, 2011.

PINTO, C. Uma prática de Empowerment com adultos idosos. In M.I. CARVALHO, **Serviço Social no envelhecimento**, Lisboa, Lidel, 2013.

RIBEIRINHO, C. Serviço Social Gerontológico: Contextos Sociais e Práticas Profissionais in . In: CARVALHO, M.I. **Serviço Social no envelhecimento**. Lisboa, Lidel, 2013.

RIBEIRO, D. (2001). **Envelhecimento in Acção Social na Área da Família**, Lisboa: Universidade Aberta.

ROSA, M. J. V. **O envelhecimento da Sociedade Portuguesa**. Lisboa, Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2012.

ROSA, M. F. Serviço de apoio domiciliário: um estudo sobre a qualidade dos serviços. Dissertação com vista à obtenção do Grau de Mestre em Gerontologia Social, Universidade do Algarve, Faro.2012. Obtido em 7 de 12 de 2020, de <https://core.ac.uk/download/pdf/216326858.pdf>

STARK, R. **Social Work Beyond Borders: The importance of relationships**. IFSW Suíça, 2019.

TRUELL, R.; CROMPTON (2020). **To The Top of The Cliff how Social work Cwith Changed COVID – 19** IFSW,2020.

VAZ, E. *A Velhice na Primeira Pessoa*. Penafiel: Editorial Novembro. Veloso, E. (2008). “A análise da Política da Terceira Idade em Portugal, de 1976 a 2002”. In VI Congresso Português de Sociologia. Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Nova de Lisboa.2008.

ZIMERMAN, G. I. Aspectos Biopsicossociais, São Paulo, AGE – Assessoria Gráfica e Editorial Ltda,2000.