

Dialéticas na tríade
Envelhecimento, Políticas Sociais e Serviço Social

Fernanda da Conceição Bento Daniel

Compilação de artigos especialmente elaborados para obtenção do grau de
Doutora em Serviço Social

Orientador: Prof.º Doutor Jorge Manuel Ferreira, Professor Auxiliar do
ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Coorientadora: Prof.ª Doutora Rosa Monteiro, Professora Auxiliar do
Instituto Superior Miguel Torga

dezembro, 2017



Instituto Universitário de Lisboa

Escola de Sociologia e Políticas Públicas
Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas

**Dialéticas na tríade
Envelhecimento, Políticas Sociais e Serviço Social**

Fernanda da Conceição Bento Daniel

Compilação de artigos especialmente elaborados para obtenção do grau de

Doutora em Serviço Social

Júri

Doutor Luís Capucha, Professor Auxiliar, ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa
(Presidente)

Doutora Yolanda Robles, Professora Catedrática, Universidade de Jaén

Doutor José António Pereirinha, Professor Catedrático Jubilado, ISEG - Universidade
Técnica de Lisboa

Doutora Clara Santos, Professora Auxiliar, Universidade de Coimbra

Doutora Júlia Cardoso, Professora Auxiliar Convidada, ISCTE – Instituto Universitário
de Lisboa

Doutor Jorge Ferreira, Professor Auxiliar, ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa
(Orientador)

Doutora Rosa Monteiro, Professora Auxiliar, Instituto Superior Miguel Torga
(Coorientadora)

dezembro, 2017

IUL School of Sociology and Public Policy
Department of Political Science and Public Policy

**Dialectic in the triad
Aging, Social Policies and Social Work**

Fernanda da Conceição Bento Daniel

Compilation of papers specially presented for the completion of the PhD degree
in Social Work

Jury

PhD Luís Capucha, Assistant Professor, ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

PhD Yolanda Robles, Full Professor, Universidade de Jaén

PhD José António Pereirinha, Full Professor (Retired), ISEG - Universidade Técnica de
Lisboa

PhD Clara Santos, Assistant Professor, Universidade de Coimbra

PhD Júlia Cardoso, Assistant Professor (Guest), ISCTE – Instituto Universitário de
Lisboa

PhD Jorge Ferreira, Assistant Professor, ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

PhD Rosa Monteiro, Assistant Professor, Instituto Superior Miguel Torga

December, 2017

Fábula

Título: La Housse Partie

Autor presumido: Trouvador Bernier

Período: Século XIII, Idade Média central

Retirado do livro: uma seleção especial de autores franceses, século medieval e XVI.

Século XIX, de Louis Petit de Julleville

Le Début de l'histoire

Pour permettre à son fils de marier une noble, un riche bourgeois d'Abbeville lui a cédé tous ses biens; l'homme vit donc, désormais, chez le couple mais sa belle fille, lassée de l'entretenir presse son mari de mettre son père dehors ce que l'époux ingrat autant que soumis consent finalement à faire.

«La couverture partagée»
Traduction, adaptation en vers

Celui qui sa femme redoute
Maintenant vient trouver son père
Et lui dit d'un air empressé
«Père, père, allez-vous en.
Allez chercher pitance ailleurs,
On vous a donné à manger
En ce logis douze ans ou plus
Mais faites vite et sans tarder»
Le père l'entend, durement pleure,
vient à maudire le jour et l'heure
Qui l'ont fait vivre si longtemps:
«Ha! Beau doux fils que me dis-tu?
Par Dieu, si honneur tu me portes
Laisse-moi ici devant la porte
J'y occuperais peu de place
ne demanderais point de feu
ni courte-pointe ni tapis
Je me tiendrai dehors, ici
sous le couvert de l'appentis
fais-moi porter un peu de paille.

(Le fils, hélas, reste intraitable,
Et voilà le père qui s'en va,
Mais avant de sortir de là
Il supplie encore son fils
de lui concéder un service)

«Beau doux fils, tout mon coeur tremble
Je redoute tant la froidure
Donne moi une couverture
De celle dont tu couvres ton cheval
Que le froid ne me fasse mal.»
Pressé de s'en débarrasser
et voyant qu'il ne peut le faire
s'il ne lui donne quelque chose
Avant que son père s'en aille
L'homme fait appeler son fils

Quand il l'appelle l'enfant accourt
«Que vous plait sire?» dit l'enfant
«Mon cher fils, je te demande
Si tu trouves l'étable ouverte,
donne à mon père la couverture
qui est sur mon cheval noir.

(L'enfant descend à l'écurie,
Prend la couverture sur la bête,
La coupe en deux et s'en revient
Une moitié dans une main.
«Pourquoi donc l'as-tu coupée?»
Demande le père irrité.
Donne-lui au moins les deux moitiés!)

«Je n'en ferais rien, dit l'enfant
Avec quoi seriez-vous payé?
Je vous en garde l'autre moitié!
Car de moi vous n'aurez pas plus
Et si je suis un jour le maître
je serais juste avec vous
Comme vous le fûtes envers lui.
Et comme il vous légua ses biens
Pareillement je les veux bien
Et de moi, alors n'obtiendrez
Qu'autant que vous lui donnerez
Si le laissez mourir chétif
Tel ferais de vous si je vis
Le père l'entend et puis soupire
entre en lui-même et réfléchit
Et des paroles que l'enfant dit
L'homme, un grand exemple, prit
Lors, vers son père tourna le chef,
«Père fait-il, revenez donc là,
C'était le Diable et le péché
qui, par ma bouche, s'exprimaient
Mais qu'a Dieu plaise, ce ne peut-être
Et je vous fais seigneur et maître
de ma maison à tout jamais...»

Nota: A fábula e as informações reproduzidas nesta página foram retiradas do site com o seguinte endereço eletrônico: <http://www.moyenagepassion.com/index.php/tag/louis-petit-de-julleville/>

Agradecimentos

Embora uma investigação conducente a um doutoramento seja, pela sua natureza, um trabalho essencialmente individual, recebe contributos de natureza diversa que não podem nem devem deixar de ser realçados. Desejo, por esta razão, expressar os meus sinceros agradecimentos a todos que contribuíram para este trabalho.

Em primeiro lugar dirijo-me a todos/as assistentes sociais que aceitaram o repto de refletirem sobre as suas competências profissionais. Sei que despenderam muito do seu precioso tempo para responderem a um longo e moroso questionário com perguntas abertas e fechadas. Agradeço as suas disponibilidade e cooperação.

Ao meu orientador e à minha coorientadora agradeço o seu constante incentivo bem como as suas sempre oportunas sugestões.

Agradeço a todas pessoas de idades avançadas, causa primeira da existência deste trabalho, esperando que as ideias aqui expostas contribuam, de alguma forma, para a reflexão crítica sobre o atual modelo de sociedade onde se ocultam os cabelos brancos e as rugas.

Por último – e com um afeto muito especial – o meu agradecimento aos meus ativos pais, considerados, nesta sociedade, grandes idosos com os seus 82 e 88 anos, pelo seu constante e incondicional apoio.

Nota Prévia e Declaração

Nota prévia: O trabalho de investigação que aqui apresentamos foi delineado com base no artigo 35.º, alínea 2, do Despacho n.º 9887 de 2011 relativo às Normas regulamentares gerais dos Doutoramentos, que prevê a “compilação de artigos especialmente elaborada para a obtenção do grau de doutor”.

Declaração: Dos quatro artigos que compõe este trabalho de investigação o primeiro “**Cartografia da oferta pública e privada de serviços dirigidos à população idosa em Portugal**” já foi publicado na revista Serviço Social & Sociedade (link: <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n126/0101-6628-sssoc-126-0235.pdf>), os dois seguintes “**Propriedades Psicométricas da *Geriatric Social Work Competencies Scale II***” e “**Competencias éticas en la práctica profesional de los trabajadores sociales con *personas mayores***” foram submetidos e aceites em revistas com comités de seleção de reconhecido mérito e indexadas em bases internacionais e obtido parecer positivo para publicação”. Referimo-nos à *Revista Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social* (link: <https://alternativasts.ua.es/index>) e à *Papers — Revista de Sociologia* (link: <http://papers.uab.cat/>). O último “***The new challenges of ageing and assessment competencies in Social Work***” encontra-se em processo de avaliação — *Under Review*.

Resumo

Esta investigação, que compila quatro artigos científicos com metodologias quantitativas, dá conta da expressão numérica do campo da gestão da velhice, analisando, concomitantemente, as competências destes profissionais nos domínios da “ética” e da “avaliação”.

O artigo “**Cartografia da oferta pública e privada de serviços dirigidos à população idosa em Portugal**” analisa as respostas sociais para este segmento desde 1974, apontado para descoincidências e ausências que implicam a redefinição de políticas com efetiva sincronização entre diagnósticos sociais e serviço público. O artigo “**Propriedades Psicométricas da *Geriatric Social Work Competencies Scale II***” apresenta resultados que sugerem boas/adequadas características psicométricas da escala. No seguinte, “*Competencias éticas en la práctica profesional de las/los trabajadoras/es sociales con personas mayores*”, apresentam-se os resultados da aplicação da subescala “valores, éticas e perspectivas teóricas”. Esta subescala apresenta uma estrutura bifatorial (transversais vs. especializadas). Os resultados indicam que, apesar da ausência de um código de ética português, o projeto educativo e profissional assenta na centralidade dos valores e da ética. Por fim, o artigo “*The new challenges of ageing and assessment competencies in Social Work*” apresenta os resultados da administração da subescala “Avaliação”. É identificada uma estrutura unifatorial e, apesar das diferentes perspectivas teóricas do Serviço Social que poderiam matizar as competências da prática profissional, verificam-se similitudes nas pontuações dos/as assistentes sociais quando comparados com os congéneres Norte Americanos.

Estes resultados sugerem o reforço tanto da formação no domínio técnico-operativo dos/as assistentes sociais como do seu papel como investigadores, avaliadores/as e propositores, para além de executores de políticas sociais.

Palavras-chave: Pessoas idosas; serviço social; competências; ética, avaliação.

Abstract

This research, which compiles four scientific papers with quantitative methodologies, gives an account of the measure of social responses and, at the same time, analyzes the competences of social workers in the fields of “ethics” and “assessment”.

The article “**Mapping of the public and private offers of services for the elderly in Portugal**” analyzes the social responses to this segment of the population since 1974, pointing to disincidences and absences that imply the redefinition of policies with an effective synchronization between social diagnoses and public service. The article “**Psychometric Properties of Geriatric Social Work Competencies Scale II**” presents results that suggest good / adequate psychometric characteristics of the scale. In the next paper, “**Ethical competencies in the professional practice of social workers with older people**”, the results of the application of the subscale “values, ethics and theoretical perspectives” are scrutinized. This subscale has a two-factor structure (transversal competences versus specialized competences related to professional practice). The results indicate that, despite the absence of a Portuguese code of ethics, the educational and professional project is based on the centrality of values and ethics. Finally, the article “**The new challenges of ageing and assessment competencies in Social Work**” presents the results of the subscale “Assessment”. A single-factorial structure is identified and, although different theoretical perspectives of the Social Work could tinge the competences of professional practice, there are similarities in the scores of the social workers when compared with their North American counterparts.

These results suggest the reinforcement of training of social workers, not only in the technical-operative field, but also as researchers, proponents, implementers and evaluators of social policies.

Keywords: Older people; social work; competencies; ethics, assessment.

Índice

<i>Fábula</i>	III
<i>Agradecimentos</i>	VII
Nota Prévia e Declaração	IX
Resumo	XI
Abstract	XII
Índice de tabelas e figuras	XIV
Acrónimos e Siglas	XV
Introdução	1
Enquadramento temático	5
Reflexões sobre a metodologia de investigação	26
Estudo 1 — <i>Mapeamento e análise das Respostas Sociais dirigidas à população Idosa</i>	35
Estudo 1 — Artigo 1: Cartografia da oferta pública e privada de serviços dirigidos à população idosa	37
Estudo 2 — <i>Competências dos/as Assistentes Sociais na área do Envelhecimento</i>	69
Estudo 2 — Artigo 1: Propriedades Psicométricas da <i>Geriatric Social Work Competencies Scale II</i>	71
Estudo 2 — Artigo 2: <i>Competencias éticas en la práctica profesional de las/los trabajadoras/es sociales con personas mayores</i>	93
Estudo 2 — Artigo 3: <i>The new challenges of ageing and assessment competencies in Social Work</i>	125
Discussão e Conclusão	149
Referências Bibliográficas	162
Apêndice	II
Anexo	VI

Índice de tabelas e figuras

Tabela 1. Competências de conhecimento	18
Tabela 2. Competências de Habilidades	19
Tabela 3. Competências de Prática Profissional	21
Figura 1. Considerações sobre o Material e Métodos — Estudo 1	29
Figura 2. Considerações sobre o Material e Métodos — Estudo 2	30

Acrónimos e Siglas

BG – Bulgária

DE – Alemanha

EE – Estónia

EL – Grécia

ES – Espanha

EU – União Europeia

FFMS – Fundação Francisco Manuel dos Santos

HR – Croácia

HU – Hungria

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

LT – Lituânia

LV – Letónia

PL – Polónia

PT – Portugal

RO – Roménia

SI – Eslovénia

SK – Eslováquia

Introdução

De entre as transformações sociais da sociedade portuguesa contemporânea o fenómeno do envelhecimento populacional, constatado tanto no *terminus* do sec. XX como no início do sec. XXI, afigura-se como uma das transformações mais relevantes. A par deste fenómeno a gestão do campo da velhice tem vindo a constituir-se como um grande desafio para a política pública. Segundo Cardoso, Santos, Baptista e Clemente (2012, p. 627) a “matriz da gestão pública da velhice é complexa e dominada por fortes contradições”. Nos últimos decénios a política pública tem estimulado a criação de vários tipos de respostas sociais, contudo estas não têm tido, segundo Fernandes (1997), “em conta as dimensões em que se decompõe a problemática social da velhice e os resultados afastam-se, muitas vezes, dos objetivos propostos” (p. 163).

Conhecer, sistematizar e produzir dialéticas entre serviço social, envelhecimentos e políticas sociais constitui-se como o repto inicial para este trabalho de investigação que assumiu o formato de compilação de artigos científicos. Foram inicialmente delineados os seguintes objetivos:

- . Analisar a política de proteção social dirigida à população de idade avançada no que concerne às respostas sociais;
- . Identificar e avaliar as competências dos/as assistentes sociais nas respostas sociais dirigidas à população de idade avançada;
- . Contribuir para a validação da *Geriatric Social Work Competency Scale II*.

Assim a presente investigação apresenta dois estudos, “*Mapeamento das respostas sociais dirigidas à população idosa*” (Estudo 1) e “*Competências dos/as assistentes sociais na área do envelhecimento*” (Estudo 2), que se operacionalizaram em quatro artigos. O primeiro estudo, “*Mapeamento e análise das respostas sociais dirigidas à população idosa*”, originou um artigo titulado “**Cartografia da oferta pública e privada de serviços dirigidos à população idosa em Portugal**”. Problematiza-se a adequação das respostas sociais dirigidas às pessoas idosas, como parte integrante das políticas de proteção social na velhice, em expansão, em Portugal desde o processo de democratização e modernização do pós 25 de abril de 1974. São

analisadas as respostas sociais dirigidas à população idosa desde 1974. Conclui-se por desconincidências e ausências que implicam redefinição de políticas com efetiva sincronização entre diagnósticos sociais e serviço público.

O segundo estudo, avalia as “*Competências dos/as assistentes sociais na área do envelhecimento*”. Descreve as propriedades psicométricas da *Geriatric Social Work Competencies Scale II* e analisa os domínios “Valores, Ética e Perspetivas Teóricas” e “Avaliação”.

O artigo “*Propriedades Psicométricas da Geriatric Social Work Competencies Scale II*” teve como objetivo examinar as suas propriedades numa amostra de assistentes sociais portuguesas que trabalham com pessoas idosas. A consistência interna, medida através do alfa de Cronbach, foi superior a 0,9 em todas as dimensões da escala. Elevadas correlações entre a escala e as suas dimensões foram observadas (> 0,85). A Análise Fatorial Confirmatória foi utilizada para testar o modelo, baseado em uma estrutura de cinco dimensões, o teste do Qui-quadrado de ajustamento (χ^2/gl) = 3,129 apresentou adequado índice de ajustamento.

O artigo “*Competencias éticas en la práctica profesional de las/los trabajadoras/es sociales con personas mayores*” tem como objetivo apresentar os resultados da administração, em Portugal, da subescala que avalia as competências de assistentes sociais que trabalham com utilizadores de serviços para idosos relativamente aos “Valores, Ética e Perspetivas Teóricas”. O estudo, além de examinar a estrutura fatorial e as propriedades psicométricas da subescala, compara as pontuações médias com a de amostras recolhidas em outros países. A pesquisa, de coorte transversal, foi efetuada com assistentes sociais que assumem funções de chefia em respostas sociais dirigidas à população idosa ($n = 387$). Os resultados indicam uma estrutura bifatorial (competências transversais vs. competências especializadas relativas à prática profissional), que explica cerca de 64,72% da variância. A consistência interna foi de 0,90 (α de Cronbach). As diferenças médias encontradas, superiores em Portugal, nomeadamente nas competências transversais, que remetem para a integração dos valores e da ética na prática profissional, levam-nos a ponderar que apesar da ausência de um código de ética português o projeto educativo e profissional destes profissionais assenta na centralidade dos valores e da ética.

O último artigo “*The new challenges of ageing and assessment competencies in Social Work*” apresenta os resultados da administração da subescala Competências de Avaliação em uma amostra de assistentes sociais que trabalha com pessoas idosas ($n = 534$). No estudo examinamos a estrutura fatorial, propriedades psicométricas e medidas de tendência central e dispersão da subescala. Os resultados indicam uma estrutura unifatorial que explica cerca de 58,93% da variância e uma consistência interna de 0,92 (α de Cronbach). A média dos diferentes itens da subescala está compreendida entre $2,46 \pm 1,05$ e $3,22 \pm 0,64$. Apesar de existirem diferentes perspectivas teóricas do Serviço Social, que poderiam matizar as competências da prática profissional, encontramos similitudes relativamente às autopercepções das Competências de Avaliação dos/as assistentes sociais em Portugal, quando comparados com os seus congêneres Norte Americanos, dos Estados Unidos e do Canadá.

A preceder os quatro artigos apresentamos o enquadramento temático que expõe a tríade de eixos de análise que elegemos para título do nosso doutoramento “Envelhecimento, Políticas sociais e Serviço Social” e as reflexões sobre a metodologia. Segue-se a apresentação dos quatro artigos e, a terminar, a discussão e conclusão. As referências bibliográficas que suportaram o enquadramento temático, as reflexões sobre a metodologia de investigação e a discussão e conclusão são igualmente apresentadas.

Enquadramento temático

O enquadramento temático estrutura-se a partir de três eixos de análise “Envelhecimento”, “Políticas Sociais” e “Serviço Social”

Envelhecimento

O envelhecimento, enquanto objeto investigativo, tem emergido nos tempos recentes como uma área de eleição. Lembremos que é neste início de século que o *bulldózer universitário*, expressão de Philippe Ariès (1983), contribui para a construção da biblioteca sobre o envelhecimento. Concorreu para esta construção o facto de esta temática se apresentar como um dos principais desafios das sociedades contemporâneas.

Quem são os “velhos” nas sociedades hodiernas? É consabido que, nas sociedades ocidentais contemporâneas, se classificamos os indivíduos com base em idades cronológicas, períodos de tempo, medido nas batidas do relógio, desancorado de bases biológicas e psicológicas. Assim se determinam direitos e deveres (Debert, 1999). É através de um sistema de medição do tempo que nos informam que somos “velhos”, apesar de biologicamente começarmos a envelhecer, em velocidades diferentes, desde o nascimento (Fontaine, 2000; Minois, 1999). Recordemos que a utilização da idade cronológica (Daniel, 2006a; Daniel, Antunes, & Amaral, 2015), como critério para a constituição de grupos socialmente reconhecidos, foi contestada na literatura, há quase um século, pelo sociólogo francês Maurice Halbwachs (1935), ao afirmar que o uso da idade não é um dado natural, mesmo quando utilizado para medir a evolução biológica dos indivíduos. A literatura reporta (Halbwachs, 1935; Lenoir, 1998) que é em resultado de práticas sociais, sobretudo por necessidades organizativas, que os agrupamentos etários, constituídos a partir da variável idade, podem ser considerados “noções sociais”.

Assim, uma questão teoricamente importante consiste em analisar as idades a que correspondem os grupos que, no século XXI, são considerados “velhos”, ao nível da “linguagem demográfica”. Se analisarmos o último agrupamento de idades — o designado eufemisticamente como sendo o das “pessoas idosas” —, verificamos que

este é constituído pelas pessoas com 65 e mais anos de idade. No entanto, se recuarmos 100 anos até ao V Censo de 1 de dezembro de 1911, verificamos a existência de três grandes agrupamentos, sendo que o último era composto pelas pessoas de mais de 60 anos. No Censo de 1911, o último agrupamento era denominado como os de mais de 60 anos. A rotulagem de “idosos” não figurava no censo. É consabido que qualquer limite cronológico é arbitrário, porque omite a heterogeneidade interindividual, não traduzindo as múltiplas dimensões da evolução do ser humano (Daniel, 2010, 2011; Instituto Nacional de Estatística (INE), 1999).

Quantos são os “velhos”? Portugal, à semelhança de muitos outros países denominados desenvolvidos, tem vindo a experienciar um processo de transformações demográficas tendente ao envelhecimento da população. As alterações censitárias irão continuar e por esse facto consideradas “dramáticas” no *Ageing Report Economic* (2015). Nesse mesmo relatório é mencionada a necessidade de combater o impacto do envelhecimento da população sobre os modelos sociais europeus. Devido à dinâmica da fecundidade, da esperança de vida e da migração, a estrutura etária da população da União Europeia irá alterar-se fortemente nas próximas décadas. Espera-se que o número total de pessoas seja maior em 2060 quando comparado com o de 2013. No entanto em alguns países que constituíam a União Europeia em 2013, entre os quais Portugal, perspectiva-se um decréscimo (BG, DE, EE, EL, ES, HR, LV, LT, HU, PL, PT, RO, SI e SK). Contudo antevê-se que estes países sejam constituídos proporcionalmente por um maior número de pessoas mais velhas. Como resultado dessas diferentes tendências entre os grupos etários, o rácio de dependência dos idosos (pessoas com 65 anos ou mais anos em relação ao grupo etário dos 15 – 64 idade) deverá aumentar de 27,8% para 50,1% na UE. Isto implica que a UE deixará de ter quatro pessoas em idade ativa para cada pessoa com mais de 65 anos para ter cerca de duas pessoas em idade ativa. Portugal destaca-se nas estimativas como sendo um dos países do Mundo com maior proporção de pessoas idosas no futuro próximo (3.^a posição em 2030 e 7.^a posição em 2050) (variante média) (United Nations, Departmente of Economic and Social Affairs, 2015). O crescimento da proporção de pessoas idosas na população total, em ritmos nunca antes conhecidos, torna, do nosso ponto de vista, pertinentes as investigações sobre estes novos protagonistas que emergem de forma tão expressiva.

Neste novo cenário de transformações demográficas verificam-se, igualmente, importantes alterações na estrutura e nos modelos de família, que se repercutem nas

relações entre as várias gerações. A estrutura familiar caracterizada por uma coabitação intergeracional transforma-se progressivamente em uma estrutura familiar com características tendencialmente nucleares. Quanto ao tipo de agregado doméstico privado, ainda que o casal com filhos permaneça como o padrão de organização dominante, regista-se uma estagnação (1.461.088 em 1992 vs. 1.447.809 em 2016), paralela a um aumento das famílias unipessoais (402.400 em 1992 vs. 885.016) e das famílias monoparentais (203.654 em 1992 vs. 436.375 em 2017) que duplicaram entre o período de 1992 e 2016 (FFMS, 2017). A par deste processo verifica-se uma cada vez maior mobilidade geográfica, uma crescente inserção das mulheres no mercado de trabalho que alteram a dinâmica familiar, transformando os modos de vida e conduzindo ao desenquadramento familiar e social de algumas de estas pessoas idosas. Para dar conta deste tipo de transformações, Remi Lenoir introduz o conceito de “desfamiliarização” (Lenoir, 1985), que pretende significar o processo de perda de certas práticas sociais na família e de isolamento do núcleo familiar (Lenoir, 1985, Fernandes, 1997). Estas modificações vieram dificultar, ou mesmo impossibilitar, em muitos casos, o cuidado familiar dos entes vulneráveis no espaço doméstico. Surgem assim várias respostas sociais dirigidas à população idosa (cf. artigo **Cartografia da oferta pública e privada de serviços dirigidos à população idosa em Portugal**).

Apesar de a doença não ser uma característica de uma determinada idade, a imagem social dos “velhos” associa-se à patologia. Contudo, ressalta da literatura que a forma como envelhecemos é extremamente heterogénea, diversa e eivada de assimetrias várias (Daniel, 2015; Daniel, Antunes, & Amaral, 2015; Fonseca, 2005). Heterogeneidade essa que é geralmente ocultada por assunções homogeneizadoras que retratam este processo como um mesmo, categorizando as pessoas idosas como um grupo homogéneo. Generalizações excessivas desse processo são contudo denunciadas em alguns estudos críticos que evidenciam que o processo de envelhecimento, plástico e diverso, oculta diferenças e desigualdades (Ginn & Arber, 1996). Diferenças étnicas, etárias, sexuais e socioeconómicas concorrem para a diversidade da experiência do envelhecimento (Daniel, Simões, & Monteiro, 2012; WHO, 2002). De entre os múltiplos fatores determinantes que concorrem para a heterogeneidade do(s) envelhecimento(s) destacam-se os: transversais (cultura e género); relacionados com os sistemas de saúde e serviço social; comportamentais; relacionados a aspectos pessoais, ambiente físico e ambiente social e fatores económicos (WHO, 2002). Estes

determinantes concorrem para perfis clínico-epidemiológicos diferentes. De entre os distintos grupos de pessoas com idades avançadas as pessoas desfavorecidas não só sofrem maior incidência de doenças, como também apresentam maior número de doenças crónicas e incapacidades em idade precoce, como consequência da deterioração da qualidade de vida (Luiz & Kayano, 2001).

Apesar da heterogeneidade evidenciada nos múltiplos perfis clínico-epidemiológicos que encontramos nas idades avançadas as dinâmicas sociodemográficas, associadas a um processo de construção da representação da pessoa idosa como “ser diminuído, carenciado, alguém que precisa da nossa solidariedade, da nossa ajuda” (Fernandes, 1997, p. 13), contribuem para a configuração da velhice como um “problema social”.

A velhice é representada como uma fase da vida em que as possibilidades de uma identidade pública parecem diminuídas e que impõe, por outro lado, grandes necessidades de apoio e de recursos (Daniel, 2006a, 2006b). As pessoas idosas são categorizadas fora da esfera da produção, num tempo onde o trabalho é a principal fonte de socialização secundária e de produção de identidade. É sabido que a saída do mercado de trabalho condiciona fortemente o estatuto social da pessoa e o seu processo de inserção social. O valor pessoal e o prestígio estão fortemente vinculados ao desempenho ocupacional quando surge a “idade da reforma” surgem os “ex-qualquer coisa” que têm que se adaptar a “uma nova condição porque socialmente, de facto, [são/]somos olhados como reformados, como aposentados, ou seja, como alguém que teve uma história prévia e que agora vive numa espécie de ex-qualquer coisa dessa história prévia que teve” (Fonseca, 2009, p. 154). Paradoxalmente observa-se uma certa reação contra as pessoas idosas que estão integradas na estrutura de produção (Börch-Supan, 2009). Belo (2002) constatou que estas pessoas são vistas como aquelas que ocupam os postos de trabalho destinados aos jovens desempregados, num contexto em que o desemprego aumenta consideravelmente. São muitos os aspetos que contribuem para que este grupo heterogéneo seja encarcerado numa bipolaridade essencialmente negativa. Numa sociedade que venera a produtividade, o facto de não se trabalhar ativamente diminui aquele que não trabalha; as pessoas idosas são, assim, vistas como não produtivas. O facto de serem consideradas como não contributivas, mas auferirem rendimentos em virtude das suas reformas/pensões, contribuí para serem percecionadas como sorvedoras de recursos do orçamento de Estado. Num contexto de crise

económica onde os recursos são “aparentemente” escassos, frequentemente vemos postos em causa os direitos dos reformados de hoje, tal como o próprio sistema de reciprocidade dos compromissos entre gerações – “Os ativos começam a duvidar que as gerações seguintes contribuam para a sua reforma com a mesma “convicção” com que eles se quotizam para os reformados de hoje” (Cardoso et al., 2012, p. 611). Neste cenário paira a incerteza por parte dos ativos sobre a capacidade de o sistema gerar receitas suficientes para assegurar as suas reformas potenciando-se conflitos intergeracionais, intensificando as clivagens e segregação sociais assentes na idade (Zaidi, 2006). São ilustrativas as seguintes palavras de um cronista acerca da opinião de uma ex-ministra portuguesa – “Ferreira Leite recusa corte de 10%. Eu não sei se terei 10% de reforma. (...) os mais novos, ora essa, têm de pagar as reformas de quem já está reformado e, ao mesmo tempo, têm de fazer PPR privados porque o sistema não terá dinheiro suficiente para as reformas do futuro” (Raposo, 2013, s.p).

Neste palco é expectável que emergja o idadismo termo que dá conta da discriminação etária que tanto os jovens como os mais velhos podem ser objeto (cf. artigo *Competencias éticas en la práctica profesional de las/los trabajadoras/es sociales con personas mayores*).

Recordemos que o “anti-idadismo é uma dimensão da justiça social” (MacDonald, 2004, p. 7) e os/as assistentes sociais ao terem por função defender os direitos, a autonomia e a participação das pessoas idosas (Carvalho, 2011) devem desconstruir o idadismo já que este mina o direito à autodeterminação, na medida em que as premissas idadistas tendem a ser internalizadas por pessoas mais velhas (Thompson & Thompson, 2001). Estes profissionais “precisam de habilidades finas para alcançar o equilíbrio “certo” entre promover a autodeterminação e a independência (...) ao mesmo tempo em que garante que os indivíduos vulneráveis tenham proteção adequada” (Kerr, Gordon, MacDonald, & Stalker, 2005, p. 5). Há muito espaço para uma abordagem positiva e pró-ativa do Serviço Social com as pessoas em idades avançadas, “por exemplo, através da maximização do rendimento, da promoção dos pontos fortes, da capacidade individual e da reconstrução de confiança e redes após perda ou mudança” (Kerr et al., 2005, p. 5).

Políticas Sociais

O sistema de proteção social de velhice, tal como hoje se conhece, foi o resultado de uma série de deliberações associadas à instauração da democracia, em 1974. O Estado-Providência português tem paternidade revolucionária — não existe consenso sobre o tema¹ —, “nasce” quando noutros países europeus já se afixava uma crise nos seus Modelos de Estado-Providência. A maioria dos sistemas de segurança social dos países europeus passou a defrontar-se, nos anos setenta do século XX, com um “quadro de factores muito desfavoráveis” (Direcção-Geral da Solidariedade e Segurança Social [DGSSS], 2002, p. 1).

É teoricamente relevante afirmar que é num período politicamente agitado que se tomam as primeiras medidas, em Portugal, que alteram um regime de proteção social de cariz minimalista que caracterizou o Estado Novo. Em 27 de maio de 1974, através do Decreto-Lei n.º 217, são enunciadas medidas que objetivam a substituição dos sistemas de previdência e assistência por um sistema integrado de segurança social. Institui-se a pensão social que abrange as pessoas que não estavam até então incluídas nos regimes de previdência e se encontravam inscritas nas instituições de assistência.

Apesar do que foi vertido em lei apresentar um carácter restritivo, limitativo, inicia-se, um novo paradigma: a cobertura de garantias numa base não contributiva, ressaltando a passagem de garantias baseadas no *workfare* (bem-estar em resultado do trabalho) para um Estado de *welfare* (bem-estar como direito). Passados seiscentos e setenta e seis dias, a Assembleia Constituinte, reunida na sessão plenária de 2 de abril de 1976, aprova e decreta a Constituição da República Portuguesa, que institui o direito à segurança social como direito de cidadania. Inscreve-se na lei fundamental o articulado basilar para que a agenda política reflita em clausulado e implemente, concomitantemente, as condições de reorganização das instituições para a efetivação

¹ A produção científica associada ao Centro de Estudos Sociais em Coimbra refere o insipiente modelo “providência” português antes do 25 de abril quando comparado com os modelos dos países do norte da Europa. “À luz destes atributos o Estado português fica muito aquém de um Estado-providência, é um *semi-Estado-providência* ou um *lúmpen-Estado-providência*” (Santos, 1992, p. 47). O facto de o conceito de *Welfare State* poder ser apreendido a partir de diferentes conceções contribuiu igualmente para a produção de múltiplos registos teóricos (Esping-Andersen, 1990; Silva, 2002).

deste direito. Desta forma, cumpre-se a prerrogativa dos cidadãos exigirem serem protegidos na velhice. Assim se consagra na Constituição Portuguesa um direito de 2.^a geração — o direito social de ser protegido na velhice. Dando letra de forma ao consagrado constitucionalmente, o despacho normativo n.º 59 de 14 de Março de 1977 determina que poderão habilitar-se à pensão social as pessoas que cumpram o critério etário, idade igual ou superior a 65 anos, que não desempenhem atividades remuneradas e que não se encontrem abrangidas por “quaisquer esquemas de previdência social, ou estando inscritas, não satisfaçam os prazos e as garantias estabelecidas nos respectivos regulamentos, desde que, em qualquer dos casos os seus rendimentos não ultrapassem 1250\$ mensais”. Também poderão habilitar-se “os idosos ou inválidos internados em lares assistenciais, desde que satisfaçam os critérios” já mencionados.

Estavam assim criadas as condições para a universalidade do direito à reforma de velhice². Concomitantemente com a universalização do direito à reforma é expectável que estas pessoas, cumpridos os critérios estabelecidos, saiam do mercado de trabalho. Por esse facto, a literatura reporta que é com a institucionalização do direito à reforma que se inicia o processo de categorização social dos destinatários da medida como pessoas inativas, improdutivas. A reforma assume, assim, o carácter de ritual de passagem para o estatuto de idoso (Fernandes, 1997; Gaullier, 1999).

As medidas de políticas sociais são ações que visam a promoção do bem-estar são perspectivadas, segundo Faleiros (1991, p. 8) “como mecanismos de manutenção da força de trabalho, ora como conquista dos trabalhadores, ora como arranjos do bloco no poder ou bloco governante, ora como doação das elites dominantes, ora como instrumento de garantia do aumento da riqueza ou dos direitos do cidadão”. Estas medidas quando dirigidas à população idosa são comumente denominadas como políticas sociais de velhice e definidas “comme un projet global visant à promouvoir l’insertion sociale de la population âgée par un ensemble coordonné de mesures agissant sur le milieu de vie du groupe âgé — habitat et cadre de vie, emploi, santé et ressources” (Guillemard, 1983, p. 110) isto é são entendidas como “o conjunto das intervenções públicas que estruturam, de forma explícita ou implícita, as relações entre a velhice e a sociedade (Fernandes, 1997, p. 139). Importa aqui referir que a gestão da velhice foi, durante muito tempo, considerada um campo pertencente à esfera privada e

² Sobre o tema sugerimos a leitura do artigo “Pensão Social como primeiro pilar de uma rede universal de Assistência Social em Portugal” de Francisco Branco (2003).

familiar saltando “apenas” para a esfera assistencial quando associada à pobreza (Fernandes, 1997). A intervenção pública da gestão pública da velhice na Europa é relativamente recente à escala da humanidade assumindo maior ou menor intensidade de acordo com finanças públicas e planos ideológicos.

Após o 25 de abril as despesas sociais “dilataram-se” de forma significativa. Este acúmulo da despesa é explicável tanto na forte mobilização político-social como no minimalismo dos níveis de benefícios então existentes. Neste quadro os problemas associados à consolidação democrática foram amortecidos pelo desenvolvimento de políticas sociais (Silva, 2002). Destacam-se investimentos em apoios e políticas sociais para o segmento da população mais idosa nomeadamente no período da preparação e pós-adesão à então Comunidade Económica Europeia (Cardoso et al., 2012a; Carvalho & Almeida, 2014). O período, iniciado em Janeiro de 1986 com a adesão de Portugal à CEE/EU, traduziu-se segundo Pereirinha e colaboradores numa europeização do Estado-providência português e que consistiu numa alteração do contexto, do conteúdo da intervenção e da orientação dessa política (Nunes & Pereirinha, 2006; Pereirinha & Carolo, 2006). Estas intervenções eram então concomitantes com o período de “desmantelamento”, de crise e pós-crise dos Estados-Providência (Mishra, 1995). Em Portugal como refere Santos (1992) e Ferreira (2000) o período não pode ser denominado de “crise” de um Estado-Providência pois este não chegou a existir na sua plenitude.

Em tempos de crise (Capucha, 2014), mais concretamente durante o programa de assistência financeira e ajustamento estrutural podemos constatar através da análise da narrativa do discurso político, efetuada por Fonseca e Ferreira (2016), a Paulo Portas, último governo constitucional, que “crise económica e social”, surge associada às consequências de uma gestão pouco parcimoniosa dos dinheiros públicos em Portugal. Segundo Fonseca e Ferreira (2016, p. 913) a estratégia discursiva, no caso de Paulo Portas, baseia-se “na identificação de políticas erradas do passado que resultaram numa elevada despesa pública, em défices orçamentais e numa dívida soberana insustentável como responsáveis pela crise portuguesa”. A crise financeira, com origem nos Estados Unidos, é secundarizada. Contudo a análise da literatura remete-nos para a importância de uma gestão ineficaz dos créditos bancários, coadjuvada com uma desregulamentação do setor financeiro, a par da ausência dos controlos sobre o movimento de capitais como estando na origem da crise vivenciada em economias de muitos países, com em especial

relevo para as economias intervencionadas pela tríade Fundo Monetário Internacional (FMI), Banco Central Europeu (BCE) e Comissão Europeia – como é o caso de Portugal. Em Portugal a endémica dívida pública, a dependência energética a par do aumento especulativo do preço do petróleo e seus efeitos nas economias, a desindustrialização em virtude da migração da produção industrial para as economias emergentes, sobretudo para a China e Índia, em condições que distorcem as regras da competitividade; são também apontados como fatores que podem estar na origem do fenómeno (Daniel, Monteiro, & Ferreira, 2016). Em virtude desta crise são “revelados gigantescas crateras financeiras” (Silva, 2010). Em Portugal a crise económica e financeira reflete-se num débil desempenho macroeconómico. Em face destes constrangimentos as políticas públicas nacionais e comunitárias tem assumido estratégias que longe de prevenirem os efeitos sociais da crise, económica e financeira, têm contribuído para os agravar aumentando os seus impactes visíveis no desemprego na diminuição dos rendimentos do trabalho, — é neste contexto que se desenham políticas sociais que valorizam a singularidade priorizando medidas compensatórias, focalizadas, que se refletem na intervenção do/a assistente social.

No que concerne às pessoas idosas, mais concretamente à legislação que define as condições de organização, funcionamento e instalação a que devem obedecer as “estruturas residenciais para pessoas idosas”, Portaria n.º 67 de 21 de março constata-se, no XIX governo constitucional — período de austeridade —, um retrocesso legislativo. As disposições da portaria n.º 67/2012³ estipulam que 20 % dos quartos das estruturas residenciais para pessoas idosas devem corresponder a quartos individuais ao invés dos 50 % previstos no despacho anterior, n.º 12/1998. Introduce-se pela primeira vez quartos triplos no cenário legislativo com uma área mínima de 20,5 m². Os quartos de casal desaparecem enquanto que no despacho n.º 12/98 estavam previstos com uma área mínima de 15 m². Quanto às casas de banho o despacho normativo 12/98 previa que “Todos os quartos têm instalação sanitária própria, com acesso privado” enquanto a Portaria n.º 67/2012 estipula “Instalações sanitárias próprias, podendo servir, no máximo, quatro residentes, sendo de acesso privado ou localizando-se na proximidade dos quartos: 4,5 m²”. Estas disposições legislativas vêm reduzir o espaço pessoal dos utentes. Ao reduzir o espaço pessoal disponível para cada pessoa idosa aumenta-se a capacidade das estruturas residenciais.

³ A análise foca-se apenas nas áreas de alojamento — quartos e instalações sanitárias.

O preâmbulo da portaria n.º 67/2012 menciona também a necessidade de rentabilizar a capacidade instalada, contudo entendemos que essa rentabilização não deve gerar desconforto. Partilhar um quarto com alguém desconhecido, que não se escolheu, pode refletir-se em mal-estar. Os quartos devem espelhar, ao nível da tipologia, as necessidades dos residentes e as práticas organizativas devem potencializar o controlo do espaço por quem o habita – detendo o residente um papel deliberativo sobre a utilização do seu próprio quarto. É nossa persuasão (Daniel, 2006) que a necessidade de partilhar o espaço é um dos fatores que pesa negativamente no processo de institucionalização como experiência de desenraizamento, perda de identidade pessoal e privacidade, constituindo uma expressão particularmente marcada do que Erwin Goffman (1992, p. 24) designa a “mortificação” do Eu. Porque o idadismo contra os mais idosos se combate, também, com a mudança legislativa sugerimos a revogação da Portaria n.º 67/2012.

Envelhecer com dignidade deve ser assumido com um direito que requer, por parte do Estado, investimento.

Serviço Social

O Serviço Social é uma disciplina académica e uma profissão de intervenção, inserida na divisão sociotécnica do trabalho, que promove o desenvolvimento e a mudança social, a coesão social, o empowerment e a promoção da Pessoa. Os princípios de justiça social, dos direitos humanos, da responsabilidade coletiva e do respeito pela diversidade são centrais ao Serviço Social (Definição aprovada pela IFSW [Reunião Geral] e pela IASSW [Assembleia Geral] em julho de 2014). Realiza a sua ação profissional no âmbito das políticas sociais, tanto no sector público e privado.

Apesar de os/as assistentes sociais serem uma categoria profissional com um referencial definido de competências mobilizáveis (cf. Estudo “O Sector dos Serviços de Proximidade – Serviços de Acção Social” da autoria do Instituto para a Qualidade na Formação, 2005) encontram-se atualmente esquarterados por tensões identitárias que decorrem de “processos de formação inicial e contínua em mudança e muito diversificados; divisão social do trabalho incoerente e com sobreposição de fronteiras; (des)regulação e instabilidade dos sistemas sociais com que interagem; mudança

acelerada dos problemas e das tecnologias profissionais; crescente incerteza nas trajetórias individuais e colectivas dos profissionais dos grupos populacionais com quem trabalham” (Granja, 2008, p. 116). Acresce as mudanças ocorridas nas relações de trabalho e emprego caracterizadas pela flexibilização/precarização e que atingem o trabalho do/a assistente social “nos diferentes espaços institucionais em que se realiza, pela insegurança do emprego, precárias formas de contratação, intensificação do trabalho, aviltamento dos salários, pressão pelo aumento da produtividade e de resultados imediatos, ausência de horizontes profissionais de mais longo prazo, falta de perspectivas de progressão e ascensão na carreira, ausência de políticas de capacitação profissional, entre outros” (Raichelis, 2011, p. 422).

Na área do envelhecimento e com intervenção direta diríamos que os/as assistentes sociais trabalham exclusivamente no sector privado solidário e lucrativo. Nessas instituições os/as assistentes sociais assumem funções que pressupõe um referencial de competências mobilizáveis ao nível dos “saberes-fazer técnicos”, “saberes” e “saberes-fazer sociais e relacionais” e que se operacionalizam em múltiplas atividades segundo Relatório do IQF⁴.

-
- ⁴Colabora na definição de políticas e na elaboração de diagnósticos sociais e no desenvolvimento de serviços de acção social.
 - Elabora, implementa, acompanha e avalia programas e projectos na área das políticas sociais.
 - Concebe, com equipas multidisciplinares, projectos de intervenção junto de populações e comunidades com necessidades de apoio social.
 - Estuda e diagnostica as carências sociais das comunidades e populações com as quais actua. Concebe e realiza programas de prevenção.
 - Gere, tendo em conta as regras existentes, os projectos de intervenção social.
 - Contacta e estabelece relações de cooperação e parceria com outras instituições e entidades, articulando-se com estas na resolução dos problemas dos clientes/utilizadores.
 - Colabora na inserção social de: pessoas com deficiência e doença mental, pessoas com toxicod dependência, reclusos e ex-reclusos, sem-abrigo, grupos étnicos ou com problemas de integração, crianças e jovens em perigo, mulheres vítimas de violência, entre outros.
 - Atende os clientes/utilizadores e os familiares, ajudando-os na resolução dos seus problemas sociais.
 - Estuda e elabora o processo dos clientes/utilizadores, recolhendo informação necessária para identificar o melhor tipo de resposta.
 - Analisa a situação do utente, informando-o e encaminhando-o para as várias respostas e esclarecendo-o sobre os seus direitos e deveres.
 - Acompanha e avalia a evolução dos clientes/utilizadores e mantém o seu processo actualizado.
 - Define e presta o apoio social. Concebe e coordena as equipas de trabalho. Efectua as visitas domiciliárias e/ou contactos com os clientes/utilizadores.

As atividades elencadas no referido estudo remetem para o domínio da ação social descrita como o “Apoio a grupos especialmente vulneráveis (crianças, jovens, pessoas idosas, doentes, pessoas com deficiência)”. Por esse facto podemos afirmar que as atividades são transversais às diferentes fases do curso da vida. São atividades de natureza macro ou micro e onde a componente de intervenção psicossocial é subsumida e maximizada a componente social. Vejamos de seguida instrumentos, de outras latitudes, que nos permitem afunilar a análise nas competências no domínio específico do serviço social gerontológico.

O referencial para a intervenção com pessoas idosas está definido nos Estados Unidos, país elaborou a *Geriatric Social Work Competencies Scale II* (cf. artigo 2, 3 e 4). Importa referir que o processo de construção da *Geriatric Social Work Competencies Scale II* foi complexo. Enxertado no paradigma das competências, isto é, o de que as profissões precisam definir competências pois só desta forma se fornecem referências tanto para os conteúdos curriculares como para a prática profissional, surge em 2000 nos Estados Unidos da América o *National Gerontological Social Work Competencies Survey*. As questões centrais que orientaram o *National Gerontological Social Work Competencies Survey* foram segundo Curl, Tompkins, Rosen e ZlotniK (2010, p. 258) três:

- (1) Quais as competências gerontológicas que todos os/as assistentes sociais necessitam?
- (2) Que estratégias metodológicas podem ser ativadas para ajudar os estabelecimentos de ensino de Serviço Social a incorporar competências gerontológicas no plano curricular de Serviço Social?
- (3) Como a operacionalização e a implementação bem-sucedida dessas competências podem influenciar a preparação para a prática de assistentes sociais em uma população cada vez mais diversificada e em envelhecimento?

-
- Anima e participa em redes sociais.
 - Negoceia com as escolas, autarquias e centros de saúde, entre outras entidades, determinadas condições que permitam a melhoria das condições de vida e de assistência a determinados grupos.
 - Elabora estudos com vista ao desenvolvimento e aperfeiçoamento de métodos e técnicas de ação social.
 - Elabora relatórios de actividade e de planeamento dos serviços e projectos em que participa.
- (Instituto para a Qualidade na Formação, 2005, p. 10)

Esta pesquisa de âmbito nacional surge num contexto sociodemográfico marcado por um aumento tanto da população de idade avançada como da diversidade racial e étnica, acompanhado de novas e adicionais necessidades de saúde e serviços sociais para as pessoas idosas e suas famílias e que sugerem que os profissionais devam possuir competências básicas de gerontologia, independentemente da sua área ou nível de prática (Curl et al., 2010). Cerca de dez anos antes Damron-Rodriguez, Dorfman, Lubben e Beck (1992) reportando-se à formação afirmavam que os currículos deveriam plasmar o contexto demográfico preparando os/as assistentes sociais competências em gerontologia.

É neste contexto que surge o *National Gerontological Social Work Competencies Survey*. Um questionário com oito páginas foi enviado por correio a uma amostra de 2.400 profissionais de Serviço Social selecionados para fornecer uma amostra credível de profissionais e académicos a partir de quatro fontes diferentes escolhidas: (1) *Association of Social Work Boards* (organização que administra o exame de licenciamento de Serviço Social); (2) *Council on Social Work Education* (órgão de acreditação da educação graduada e pós-graduada); (3) *National Association of Social Workers* (organização profissional de assistentes sociais) – foram selecionados membros que indicaram que forneciam serviços a pessoas idosas; (4) *Association for Gerontology Education in Social Work* (organização de educadores/professores de Serviço Social com interesse ou especialização em gerontologia) (Curl et al., 2010).

Um esboço preliminar do questionário foi testado usando uma amostra de conveniência de 20 assistentes sociais. Para cada item os/as entrevistados/as indicaram o nível de prática para a qual a competência era apropriada ou necessária (1 = Todos [BSWs – *Baccalaureate Social Workers* e MSWs], 2 = MSWs – *Master of Social Work*, 3 = Especialistas [assistentes sociais especializados em trabalho com adultos mais velhos]) (Curl et al., 2010, p. 261-264).

Tabela 1

<i>Competências de conhecimento</i>		
Itens de conhecimento	Classifi- -cação	%
1. Alterações físicas, psicológicas e sociais normais na vida adulta.	TODOS	88.2%
2. Diversidade de atitudes em relação ao envelhecimento, às doenças mentais e aos papéis familiares.	TODOS	77.5%
3. Influência do envelhecimento na dinâmica familiar.	TODOS	73.6%
4. Diversidade de atitudes dos mais velhos em relação à aceitação da ajuda.	TODOS	71.7%
5. Diversidade de adaptações bem sucedidas às transições de vida no envelhecimento.	TODOS	69.4%
6. Disponibilidade de recursos e sistemas de recursos para as pessoas idosas e suas famílias.	TODOS	68.0%
7. Modelos teóricos de envelhecimento biológico e social.	TODOS	66.1%
8. A relação da diversidade com as variações no processo de envelhecimento (por exemplo, sexo, raça, cultura, status económico, etnia e orientação sexual).	TODOS	61.4%
9. Conceitos de bem-estar e prevenção para pessoas idosas.	TODOS	57.5%
10. O efeito de experiências geracionais (por exemplo, a Depressão, Guerra Mundial, Guerra do Vietnã) sobre os valores de adultos mais velhos.	TODOS	53.3%
11. Amor, intimidade e sexualidade entre as pessoas idosas.	TODOS	51.5%
12. O impacto das políticas de velhice e serviços sobre os membros dos grupos minoritários.	MISTO	49.1% Todos & 27.3% Especialistas
13. O impacto das políticas de velhice e serviços sobre as mulheres.	MISTO	48.2% Todos & 27.4% Especialistas
14. O impacto de políticas, regulamentos e programas na intervenção com adultos mais velhos.	MISTO	39.4% Todos & 33.2% Especialistas
15. Políticas de cuidados de saúde dirigidos a pessoas idosas e adultos com deficiência.	MISTO	37.8% Todos & 36.2% Especialistas
16. Políticas, regulamentos e programas para pessoas idosas em saúde, saúde mental e cuidados de longa duração.	MISTO	38.2% Todos & 39.1% Especialistas
17. Farmacologia básica e interação de medicamentos que afetam as pessoas idosas.	MISTO	49.1% Todos & 27.3% Especialistas

Legenda: TODOS = *Bachelor's* e Assistentes sociais graduados com o nível de *Master's*; Especialistas = assistentes sociais especializados no trabalho com pessoas adultas, tradução nossa.

As trinta e duas competências seguintes referem-se a *Habilidades*.

Tabela 2

<i>Competências de Habilidades</i>		
Itens de Habilidades	Classificação	% de Concordância
18. Usar habilidades de gestão de casos de Serviço Social (como mediação, advocacia, supervisão e planejamento da alta) para ligar pessoas idosas e suas famílias a recursos e serviços.	TODOS	74.2%
19. Reunir informações sobre a história social do indivíduo, tais como: funcionamento social, suporte social primário e secundário, nível de atividade social, habilidades sociais, situação financeira, histórico cultural e envolvimento social.	TODOS	71.5%
20. Colaborar com outros profissionais de saúde na prestação de serviços a adultos mais velhos.	TODOS	68.2%
21. Envolver os cuidadores familiares na manutenção da sua própria saúde mental e física.	TODOS	64.1%
22. Ajudar os indivíduos e as famílias a reconhecer e lidar com questões de perda e luto.	TODOS	56.3%
23. Ajudar as famílias que estão em situações de crise em relação aos membros adultos mais velhos da família.	TODOS	58.3%
24. Reconhecer e identificar na família, comunidade e sociedade fatores que contribuem e apoiem a maior independência possível do usuário/utente mais velho.	TODOS	64.9%
25. Melhorar as capacidades de adaptação das pessoas idosas.	TODOS	58.6%
26. Incorporar o conhecimento do abuso de idosos (físico, sexual, emocional e financeiro) na realização de avaliações e intervenção com os usuários/utentes e suas famílias.	TODOS	55.9%
27. Avaliar os fatores psicossociais que afetam a saúde física das pessoas idosas.	TODOS	53.3%
28. Usar intervenções empáticas e protetoras, como reminiscência ou revisão da vida, grupos de apoio e aconselhamento no luto.	TODOS	54.5%
29. Demonstrar consciência das limitações sensoriais, linguísticas e cognitivas dos usuários de serviços/utentes ao entrevistar adultos mais velhos.	TODOS	54.4%
30. Reunir informações sobre o estado mental, história de qualquer psicopatologia passada ou atual, satisfação com a vida, habilidades de enfrentamento, afeto e espiritualidade.	MISTO	43.0% Todos & 46.0% MSW
31. Desenvolver planos de serviços que incorporem arranjos de vida apropriados e apoio psicossocial para pessoas idosas.	TODOS	53.3%
32. Ajudar as pessoas idosas em transições de e para contextos institucionais.	TODOS	54.6%

Itens de Habilidades	Classificação	% de Concordância
33. Elaborar planos de serviços que incluam abordagens intergeracionais para as necessidades e pontos fortes das pessoas idosas, suas famílias ou outras pessoas significativas.	MISTO	48.5% Todos & 29.6% MSW
34. Reunir informações sobre o estado físico, tais como: deficiências, doenças crônicas ou agudas, estado nutricional, deficiência sensorial, medicamentos, mobilidade e atividades da vida diária (ADLs) e atividades independentes da vida diária (IADLs).	MISTO	48.1% Todos & 26.4% Especialistas
35. Fornecer informações aos cuidadores familiares para auxiliá-los no papel de cuidador, como informações sobre as fases e comportamentos da doença de Alzheimer e outras demências.	MISTO	46.5% Todos & 29.2% Especialistas
36. Realizar uma avaliação biopsicossocial abrangente da pessoa idosa.	MISTO	37.0% Todos & 36.7% MSW
37. Definir objetivos realistas e mensuráveis com base no status funcional, objetivos de vida, sintomatologia e nível financeiro e social dos adultos mais velhos e suas famílias.	MISTO	37.6% Todos & 33.2% MSW
38. Reavaliar serviços ou planos de assistência para adultos mais velhos de forma contínua, incorporando mudanças físicas, sociais e cognitivas e ajustando planos conforme necessário.	MISTO	37.4% Todos & 31.9% MSW
39. Avaliar e intervir com problemas de álcool e abuso de substâncias em pessoas idosas.	MISTO	33.6% Todos & 38.9% MSW
40. Avaliar a eficácia organizacional no atendimento das necessidades das pessoas idosas e seus cuidadores.	MISTO	33.7% Todos & 34.7% MSW
41. Conduzir o planejamento de cuidados a longo prazo com as pessoas idosas e suas famílias atendendo às necessidades financeiras, legais, habitacionais, médicas e sociais.	MISTO	37.8% Todos & 38.7% Especialistas
42. Identificar distúrbios mentais e necessidades de saúde mental em pessoas idosas.	MSWs	52.0%
43. Demonstrar conhecimento e habilidade para usar classificações diagnósticas relevantes como o DSM-IV no trabalho com pessoas idosas.	MSWs	60.0%
44. Identificar questões legais para adultos mais velhos, incluindo: diretrizes avançadas, testamentos de vida, procuração de plenos poderes, testamentos e ordens de não-ressuscitação (DNR).	MISTO	31.6% Todos & 43.7% Especialistas
45. Adaptar abordagens psicoeducacionais para trabalhar com adultos mais velhos.	MISTO	36.1% MSWs & 38.8% Especialistas

Itens de Habilidades	Classificação	% de Concordância
46. Avaliar a memória de curto prazo, a história de enfrentamento, as mudanças nos padrões de socialização, o comportamento e a adequação do humor e do afeto em relação aos eventos de vida dos que envelhecem.	MISTO	39.5% MSWs & 37.1% Especialistas
47. Adaptar protocolos de avaliação e técnicas de intervenção para que sejam adequados para adultos mais velhos e vulneráveis.	MISTO	32.6% MSWs & 42.2% Especialistas
48. Avaliar a demência, o delírio e a depressão em adultos mais velhos.	MISTO	39.9% MSWs & 46.6% Especialistas
49. Conduzir intervenções clínicas para problemas de saúde mental e deficiência cognitiva em adultos mais velhos.	MISTO	47.4% MSWs & 44.2% Especialistas

Legenda: TODOS = *Bachelor's* e Assistentes sociais graduados com o nível de *Master's*; Especialistas = assistentes sociais especializados no trabalho com pessoas adultas, tradução nossa.

As últimas, dezasseis, competências referem-se à prática profissional.

Tabela 3

<i>Competências de Prática Profissional</i>		
Itens de prática profissional	Classificação	% de Concordância
50. Avaliar os próprios valores e preconceitos relativos ao envelhecimento, à morte e ao morrer.	TODOS	93.3%
51. Educar-se para dissipar os principais mitos sobre o envelhecimento.	TODOS	93.7%
52. Aceitar, respeitar e reconhecer o direito e a necessidade das pessoas idosas de fazerem suas próprias escolhas e decisões sobre suas vidas dentro do contexto das preocupações com a lei e segurança.	TODOS	92.7%
53. Respeitar e atender às necessidades e crenças culturais, espirituais e étnicas dos adultos mais velhos e dos membros da família.	TODOS	82.5%
54. Identificar questões de fronteiras éticas e profissionais que geralmente surgem no trabalho com adultos mais velhos e seus cuidadores, como autodeterminação do utilizador de serviço/utente, decisões de fim de vida, conflitos familiares e tutela.	TODOS	72.8%
55. Avaliar as questões de segurança e grau de risco para si e utilizador de serviço/utente mais velhos.	TODOS	69.2%
56. Aplicar conhecimento de técnicas de proximidade com adultos mais velhos e suas famílias.	TODOS	61.0%

Itens de prática profissional	Classificação	% de Concordância
57. Assegurar a clareza dos papéis do Serviço Social na prestação de serviços a utentes mais velhos, seus cuidadores, outros profissionais e a comunidade.	TODOS	54.3%
58. Empenhar-se e trabalhar com adultos mais velhos de diferentes níveis de necessidades funcionais no domicílio, comunidades e instituições.	TODOS	53.3%
59. Defender o emprego e a retenção de assistentes sociais com formação profissional na rede de envelhecimento e no sistema de prestação de serviços.	TODOS	54.0%
60. Manter-se informado sobre mudanças na teoria, pesquisa, política e prática em serviços de Serviço Social para pessoas idosas.	MISTO	49.9% Todos & 29.0% Especialistas
61. Educar o público, outras agências e quadros profissionais sobre as necessidades e as questões de um crescente envelhecimento da população.	MISTO	46.4% Todos & 31.4% Especialistas
62. Engajar-se e mediar com as pessoas idosas, membros da família e membros mais irritados, hostis e resistentes.	MISTO	36.2% Todos & 39.2% MSWs
63. Desenvolver estratégias para combater a discriminação etária em relação à saúde, habitação, emprego e transporte.	MISTO	43.6% Todos & 32.5% Especialistas
64. Utilizar criativamente políticas, procedimentos e recursos organizacionais para facilitar e maximizar a prestação de serviços aos adultos mais velhos e seus cuidadores familiares.	MISTO	36.6% Todos & 34.5% Especialistas
65. Desenvolver estratégias para abordar a fragmentação de serviços e barreiras dentro do sistema de prestação de serviços de envelhecimento.	MISTO	31.2% Todos & 41.6% Especialistas

Legenda: TODOS = *Bachelor's* e Assistentes sociais graduados com o nível de *Master's*; Especialistas = assistentes sociais especializados no trabalho com pessoas adultas, tradução nossa.

Segundo Curl, Tompkins, Rosen e Zlotnik (2010) as respostas ao questionário vão no sentido de que a ética e os valores profissionais são, de todas as competências avaliadas na pesquisa, as que emergem como fundamentais. Os itens de competência relacionados com as habilidades clínicas, como a avaliação da demência e do abuso de álcool/substâncias, foram designados como exigindo mais educação ou especialização, sugerindo que as competências de habilidades clínicas são da competência de profissionais de nível mais avançado (Assistentes sociais graduados com o nível de *Master's*; Especialistas = assistentes sociais especializados no trabalho com pessoas adultas). Um pouco mais da metade de todos os entrevistados ($n = 507$, 54,5%)

relatarem ter recebido alguma formação, curso ou educação continuada, em “treino/formação especializada em envelhecimento / gerontologia”. Os resultados do inquérito indicaram que o corpo docente tinha menos formação do que todos os grupos da amostra relativamente ao envelhecimento e gerontologia. Com base nessa evidência definiu-se desenvolver materiais curriculares que pudessem ser difundidos em cursos de Serviço Social. Na análise por subgrupo constatou-se que os/as assistentes sociais de todas as quatro amostras identificaram as competências relacionadas com conhecimento sobre o comportamento humano e o ambiente social (doravante HBSE) como sendo fundamentais para a prática do Serviço Social mais do que as competências relacionadas com as questões macro, programas e políticas sociais. Os/as assistentes sociais na globalidade, em todas as quatro amostras, indicaram que os conteúdos relativos ao desenvolvimento humano/teoria (quando comparado com conteúdos de políticas) devem ser dominados por todos/as os/as assistentes sociais *Bachelor's Degree in Social Work* (doravante BSW) e *Master of Social Work* (doravante MSW). Num subgrupo das quatro amostras, membros da CSWE identificaram que tanto o tipo de conteúdo de política como o de HBSE eram necessários para todos/as assistentes sociais com graduação ao nível BSW e MSW. Finalmente, aqueles que haviam feito apenas o exame ASWB Basic foram os que mais classificaram as competências associadas às políticas como estando mais próximas associadas aos trabalhadores sociais, contrariamente aos/as assistentes sociais com graduações de nível superior (Curl et al., 2010).

Os resultados revelaram que os profissionais com formação pós-graduada, particularmente aqueles com grau de MSW, identificaram com maior frequência a necessidade de maior educação ou especialização em relação às competências práticas. Por seu turno os/as assistentes sociais que intervinham na prática direta tendem a indicar que as competências relacionadas tanto com o HBSE como com os itens de política são necessárias para os MSWs e especialistas (Curl et al., 2010).

Tanto a revisão de literatura que permitiu o lançamento do *National Gerontological Social Work Competencies Survey* como a *International Federation of Social Workers* (2010, 2012) partilham da tese de que os/as assistentes sociais estão numa posição única para criar, implementar e defender políticas, programas, serviços e pesquisas que beneficiem os adultos mais velhos. Os/as assistentes sociais podem assumir um papel importante na realização da inclusão das pessoas idosas já que têm uma base ética para integrar utilizadores de serviços idosos nos processos de tomada de

decisões, respeitando o direito à autodeterminação. A *International Federation of Social Workers* (2010, 2012) reconhece que o envelhecimento da população afeta profundamente todos os setores da sociedade, e por isso estimula o engajamento dos adultos mais velhos em todas as políticas, apoiando especificamente os seguintes princípios políticos promotores de bem-estar:

- Participação das pessoas idosas na concepção, implementação e avaliação de programas, políticas e pesquisas de envelhecimento;
- O respeito pela qualidade de vida das pessoas idosas (física, psicológica, social, intelectual e financeira) e a autodeterminação;
- Apoio, proteção e fortalecimento dos direitos humanos para as pessoas idosas, incluindo a eliminação do abuso físico, emocional e sexual, exploração financeira e material, e negligência, abandono e auto-negligência; implementação da legislação e convenções de direitos humanos;
- O acesso universal e igualitário de pessoas idosas a serviços acessíveis, abrangentes e coordenados em todos os setores da sociedade, independentemente de raça, etnia, gênero, orientação sexual, identidade ou expressão de gênero, crença ou afiliação religiosa ou política, Física, psicológica ou cognitiva, localização geográfica ou outros fatores de diversidade;
- Eliminação das disparidades socioeconômicas e de saúde e atitudes, práticas e políticas discriminatórias que impedem a participação dos idosos na sociedade;
- Promoção da plena integração social de idosos – incluindo pessoas com deficiências físicas, psicológicas e cognitivas, doenças e doenças, bem como migrantes intra e internacionais – através da aprendizagem ao longo da vida, participação política, relações intergeracionais, culturais, sociais e voluntárias Atividades remuneradas e emprego remunerado;
- Alojamento seguro e acessível para idosos em contextos comunitários e institucionais; Acessibilidade física de espaços e serviços comerciais públicos e amplamente utilizados;
- Introdução, preservação e fortalecimento dos sistemas de previdência pública, privada e comercial que garantam renda adequada para atender às necessidades pessoais dos idosos; Erradicação da pobreza entre os adultos mais velhos, especialmente as mulheres mais velhas
- Saúde e cuidados de saúde mental, incluindo iniciativas de promoção para prevenir e melhorar a deficiência física, psicológica e cognitiva e doenças, distúrbios de uso de substâncias e suicídio entre adultos mais velhos;

- Cuidados primários e agudos, incluindo medicamentos eficazes e cuidados de saúde sexual; Serviços de reabilitação e tecnologia assistida; Psicoterapia e tratamento de abuso de substâncias; Cuidados paliativos e de cuidados paliativos; E serviços especializados de saúde geriátrica e gerontológica e de saúde mental;
- Serviços e apoios a longo prazo – disponíveis em residências, comunidades e instalações, incluindo serviços especializados para idosos com doença de Alzheimer e outros distúrbios cognitivos – que maximizam a qualidade de vida dos idosos e facilitam a participação contínua na comunidade;
- Mercado de trabalho, suporte económico e psicossocial, e apoios para cuidadores familiares de todas as idades;
- Atenção especializada às necessidades e contribuições das pessoas idosas em situações de emergência, como catástrofes naturais e crises humanitárias;
- Promoção e expansão da educação e treinamento de competências gerontológicas, geriátricas e culturais para todos os trabalhadores sociais e outros prestadores de serviços de saúde, saúde mental e serviços sociais; Recrutamento e retenção de especialistas gerontológicos e geriátricos; ambientes de trabalho seguros, condições justas e justa compensação para todos os trabalhadores no campo do envelhecimento;
- Promoção e fortalecimento do papel do Serviço Social no atendimento das necessidades biopsicossociais dos adultos mais velhos através da prática, política, pesquisa e advocacia. (IFSW, 2012, s.p) (tradução nossa).

Reflexões sobre a metodologia de investigação

Escrever sobre a metodologia que assumimos percorrer nesta investigação significa descrever um exercício, difícil, com múltiplas particularidades e generalidades, e que se iniciou com a seleção dos domínios correlatos à pesquisa já que o domínio central estava convictamente definido há muito tempo – as pessoas de idades avançadas. O “caos original”, repleto de dúvidas e desordens, esteve presente no início da nossa investigação e a “gula livresca” perseguiu-nos do princípio até ao fim.

Subsequentemente importava escolher, dentro da diversidade dos enfoques paradigmáticos, o método a seguir.

Quivy e Campenhoudt quando se pronunciam sobre a fase inicial das investigações afirmam “Sabemos vagamente que queremos estudar tal ou tal problema (...), mas não sabemos muito bem como abordar a questão. Desejamos que este trabalho seja útil e resulte em proposições concretas, mas temos a sensação de nos perdermos nele ainda antes de o termos realmente começado” (2005, p. 20). Quanto ao método a escolher, apesar de termos as nossas preferências, queríamos estar convictos que a opção que tomaríamos seria a mais apropriada. Recordamos que o método pode ser entendido sob diferentes perspetivas, mas aquele que aqui gostaríamos de partilhar, e que seguimos, é o que pensa nele como uma *rede de pesca*, em que o tipo de *malha* é fulcral, pois contempla pressupostos epistemológicos, axiológicos e ontológicos. Segundo Quivy e Campenhoudt “os métodos não são mais do que formalizações particulares do procedimento⁵, percursos diferentes concebidos para estarem mais adaptados aos fenómenos ou domínios estudados” (2005, p. 25). Um bom método para Minayo e Sanches (1993, p. 239) é “aquele, que permitindo uma construção correta dos dados, ajude a refletir sobre a dinâmica da teoria. Portanto, além de apropriado ao objeto da investigação e de oferecer elementos teóricos para a análise, o método tem que ser operacionalmente exequível”.

⁵ Segundo Quivy e Campenhoudt “um procedimento é uma forma de progredir em direcção a um objectivo. Expor o procedimento científico consiste, portanto, em descrever os princípios fundamentais a pôr em prática em qualquer trabalho de investigação” (2005, p. 25).

Que método utilizar? Quantitativo ou qualitativo? São duas vias paralelas ou cruzadas? Os métodos quantitativos são segundo Matos (2014, p. 4) “métodos de pesquisa que assentam na estatística” ao contrário dos métodos qualitativos que “remetem para uma realidade bem menos definida e precisa: a do conjunto de métodos e técnicas que não recorrem à estatística nem aos “números” para descrever, analisar, explicar a realidade social”. Optar por um método pode ser tarefa fácil se tivermos certezas que “o isolamento artificial dos objectos de pesquisa” (Pinto, 1994, p. 41) é procurado. Nesse caso dentro dos métodos quantitativos procedimentos experimentais rígidos, controlados poderão ser uma opção. A vantagem de desenhos baseados na metodologia quantitativa é que este tipo de investigação pode ser replicado. Recordamos que o avanço tecnológico é, também, fruto da medição e da aferição dos objetos pesquisados. Contudo estas análises, baseadas em métodos quantitativos, não dão conta da diversidade e “são débeis em termos de validade interna (nem sempre sabemos se medem o que pretendem medir), entretanto são fortes em termos de validade externa: os resultados adquiridos são generalizáveis para o conjunto da comunidade”(Serapioni, 2000, p. 188).

Controlar variáveis, manipulá-las, medir os resultados, expressos em escalas de medida, para posteriormente serem replicados pode e deve ser efetuado através da utilização de métodos quantitativos. Suportados pela estatística estas pesquisas trazem-se “à luz dados, indicadores e tendências observáveis” (Serapioni, 2000, p. 188), “gerando medidas confiáveis, generalizáveis e sem vieses)” (Landim, Luna, Andrade Lourinho, Lidia Cavalcante Muniz Lira, & Souza Araujo Santos, 2006, p. 55). Note-se que as evidências reportadas, a partir da análise do objeto de estudo, somente têm validade se as relações entre as variáveis forem eficientemente controladas e quantificadas. O investigador deve neste tipo de investigação aquando do reporte das evidências distanciar-se do objeto de estudo, excluindo a subjetividade, para registar numericamente as manifestações observadas. Considera-se, neste tipo de investigação, boa ciência a que passa pela prova da réplica observável. Importa contudo recordar que grandes descobertas científicas, varíola, penicilina, estetoscópio e lei hidrostática, são fruto do acaso⁶ e de “mentes preparadas” (Coppo, 2012, p. 71).

⁶ Segundo Consolaro (2008, p. 24) algumas descobertas “foram mesmo por acaso, mas muitas outras assim consideradas são agora atribuídas à serendipidade. Quando um fenómeno, um evento, uma observação são detectados por mentes preparadas e adequadamente interpretadas podem gerar descobertas, inventos, teorias, enfim conhecimento para que o homem se adegue

Consideramos que métodos qualitativos e quantitativos não se excluem. Recordamos que “a utilização de única abordagem pode ser insuficiente para abarcar toda a realidade observada. Portanto, elas podem e devem ser utilizadas, em tais circunstâncias, como complementares, sempre que o planejamento da investigação esteja em conformidade” (Landim et al., 2006, p. 58). No mesmo sentido vão as reflexões de Fonseca (2008, p. 8) quando se pronuncia sobre as potencialidades e limitações da abordagem quantitativa e qualitativa “Se utilizadas dentro dos limites das suas especificidades, na base da teoria da relatividade, ambas podem contribuir efectivamente para a procura de construção de teorias, formulação e teste de hipóteses, ou seja, melhor conhecimento da realidade”.

Tendo em conta o objetivo da presente investigação optou-se por utilizar a metodologia quantitativa.

O presente estudo tem por **objetivo** *avaliar as competências dos/as assistentes sociais que trabalham em equipamentos de prestação de serviços de ação social (Estudo 2), com respostas sociais dirigidas a pessoas de idade avançada mapeando e analisando simultaneamente a sua distribuição geográfica (Estudo 1).*

Com base neste objetivo geral formulámos distintos objetivos **específicos**:

1. Identificar a capacidade e o número de utilizadores de serviços dirigidos à população idosa, nomeadamente, “Centro de Dia, “Centro de Convívio, “Serviço de Apoio Domiciliário, “Centro de Noite” e “Estrutura Residencial para Idosos” (cf. artigo 1 – Estudo 1).
2. Aplicar indicadores para avaliar as taxas de utilização e cobertura das respostas sociais (cf. artigo 1 – Estudo 1).
3. Adaptar culturalmente e validar a versão portuguesa da “*Geriatric Social Work Competency Scale IP*” (cf. Artigo 1 sobre as propriedades psicométricas da *Geriatric Social Work Competency Scale* – Estudo 2 e informações relativas ao tópico sobre o “Instrumentos utilizados na recolha dos dados”).
4. Caraterizar ao nível sociodemográfico e profissional os/as assistentes sociais que *trabalham em equipamentos de prestação de serviços de ação social, com*

cada vez mais ao seu mundo. Quantas maçãs e outros frutos não caíram sobre a cabeça de pessoas ou de animais antes de Newton formular sua teoria sobre a lei da gravidade! Mas a sua mente preparada permitiu uma interpretação adequada do evento e sua transformação em conhecimento. Isto se chama “serendipidade”. Pasteur afirmava: “No campo da observação, o acaso favorece apenas a mente preparada”.”

respostas sociais dirigidas a pessoas de idade avançada (cf. artigo 1, 2 e 3 – Estudo 2).

5. Aplicar um instrumento de medida que avalie as competências ao nível dos “Valores, Ética e Perspetivas Teóricas” dos/as assistentes sociais com funções de chefia que *trabalham em equipamentos de prestação de serviços de ação social, com respostas sociais dirigidas a pessoas de idade avançada* (cf. artigo 2 – Estudo 2).
6. Aplicar um instrumento de medida que avalie as competências de “Avaliação” dos/as assistentes sociais que *trabalham em equipamentos de prestação de serviços de ação social, com respostas sociais dirigidas a pessoas de idade avançada* (cf. artigo 3 – Estudo 2).

Quanto às opções metodológicas dos estudos estas recaem sobre uma pesquisa de natureza quantitativa de corte transversal. Em seguida apresentamos considerações sobre o **Material e Métodos**.

Figura 1

Considerações sobre o Material e Métodos – Estudo 1	
Tipo de estudo	<ul style="list-style-type: none">• Pesquisa quantitativa, transversal
Objeto de Estudo ⁷	<ul style="list-style-type: none">• 1. Entidades prestadoras de serviços de ação social com respostas sociais dirigidas à população idosa (“Centro de Dia”, “Centro de Convívio”, “Serviço de Apoio Domiciliário”, “Centro de Noite” e “Estrutura Residencial para Idosos”)• 2. Instituto Nacional de Estatística – Censos de 2011
Área geográfica	<ul style="list-style-type: none">• Portugal Continental (artigo 1 – Estudo 1).

⁷ O estudo teve como universo populacional as respostas sociais dirigidas a pessoas de idade avançada (Centro de Convívio, Centro de Dia, Centro de Noite, Estrutura Residencial para Idosos e Serviço de Apoio Domiciliário) em instituições sediadas em Portugal continental. O processo de operacionalização iniciou-se com o levantamento de todas as instituições com pelo menos uma das respostas sociais dirigidas à população idosa. Este procedimento foi efetuado recorrendo ao sítio eletrónico oficial do Instituto de Solidariedade Social, Instituto Público (<http://www.cartasocial.pt/index2.php>), onde se encontra disponível informação atualizada das instituições legalmente constituídas.

Figura 2

Considerações sobre o Material e Métodos – Estudo 2	
Tipo de estudo	<ul style="list-style-type: none">• Pesquisa quantitativa, transversal<ul style="list-style-type: none">– Questionário estruturado, de autopreenchimento <i>on-line</i> (artigo 1, 2 e 3 – Estudo 2).
Público-Alvo ⁸	<ul style="list-style-type: none">• Assistentes Sociais que trabalham em entidades prestadoras de serviços de ação social com respostas sociais dirigidas para a população idosa (artigo 1, 2 e 3 – Estudo 2)• Assistentes Sociais com funções de chefia que trabalham em entidades prestadoras de serviços de ação social com respostas sociais dirigidas para a população idosa (artigo 2 – Estudo 2)
Área geográfica	<ul style="list-style-type: none">• Portugal Continental (artigo 1 e 2 – Estudo 1).

1.4 – Instrumentos utilizados na recolha dos dados

Estudo 1:

Suporta-se numa pesquisa documental

Carta Social: Unidades de análise identificadas “distrito”, “freguesia”, “capacidade” da resposta social, número de “utentes” que frequenta a resposta social, tipo de “resposta social”, “natureza jurídica” e “entidade proprietária”.

Instituto Nacional de Estatística, censos 2011: população com idade ≥ 65 anos e ≥ 75 anos por distritos e nas freguesias do distrito de Coimbra.

⁸ O estudo teve como universo populacional os/as assistentes sociais que trabalham em respostas sociais dirigidas a pessoas de idade avançada (Centro de Convívio, Centro de Dia, Centro de Noite, Estrutura Residencial para Idosos e Serviço de Apoio Domiciliário) em instituições sediadas em Portugal continental.

O processo de operacionalização iniciou-se com o levantamento de todas as instituições com pelo menos uma das respostas sociais dirigidas à população idosa. Este procedimento foi efetuado recorrendo ao sítio eletrónico oficial do Instituto de Solidariedade Social, Instituto Público (<http://www.cartasocial.pt/index2.php>), onde se encontra disponível informação atualizada das instituições legalmente constituídas. Do processo em causa resultou a obtenção de um total de 3.615 endereços eletrónicos institucionais.

Estudo 2:

O estudo utiliza como instrumento principal a “*Geriatric Social Work Competency Scale*”. Importa referir que tendo por nós objetivo identificar e avaliar as competências dos/as assistentes sociais que trabalham com a população envelhecida iniciámos um processo de pesquisa, e revisão bibliográfica, que culminou com o “encontro” da referida escala considerada por nós de interesse para o nosso estudo. A referida escala foi desenvolvida pelo *Council on Social Work Education, CSWE – Gero-Ed Center Competency Goals* e o *Hartford Partnership Program in Aging Education, HPPAE*. Após pesquisa exaustiva em bases de dados e consulta, numa fase subsequente, aos autores que colaboraram na construção da versão original da escala, constatou-se que não existiam estudos em Portugal com a referida escala. Após permissão de utilização da escala pela investigadora principal do CSWE - *National Center on Gerontological Social Work Education* iniciou-se o processo de tradução, adaptação e validação do instrumento na versão portuguesa pois importava iniciar o processo que permitiria a utilização da escala por nativos língua portuguesa.

O processo cumpriu seis fases:

1. Tradução instrumento;
2. Retroversão;
3. Avaliação das dissemelhanças;
4. Retroversão de itens dissemelhantes;
5. Teste-piloto;
6. Estudo da fidedignidade (consistência interna) e validação (análise fatorial confirmatória).

Na primeira fase, o questionário foi traduzido para a Língua Portuguesa por uma editora de uma revista da *Oxford Academic*. Especialista na área cognitivo-comportamental. A tradução incidiu sobre a equivalência conceitual dos termos, ou seja, não alterar o significado original de cada item.

Na segunda fase foi efetuada uma retroversão para a língua original e contou-se com a colaboração de um especialista em língua inglesa, doutorado numa Universidade Inglesa, com tese publicada em Inglês. O retradutor apenas teve a cópia da escala traduzida para o Português e não teve acesso à escala original. Em face da

complexidade da redação de alguns itens, não houve uma sobreposição completa entre a retroversão e a versão original.

Na terceira fase, recorremos a professores de Serviço Social, com domínio na língua inglesa, para discussão das discrepâncias entre a versão original e a versão portuguesa da escala. A essa equipa foi entregue a versão original e a versão traduzida. As propostas apresentadas foram registadas.

A quarta fase contou com a participação tanto do elemento selecionado na segunda fase para a retroversão como de um especialista, professor de língua inglesa. Foi efetuada retroversão de itens que apresentavam algumas dissemelhanças. Após discussão das dissemelhanças assumimos que estávamos em presença da versão final da escala.

Na quinta fase, realizou-se um teste piloto, aplicação experimental da escala, com duas assistentes sociais.

A sexta fase pressupôs o estudo da fidedignidade nomeadamente a consistência interna e a validação fatorial.

Importava iniciar o processo de inquirição. A versão enviada aos/às assistentes sociais é composta por duas partes.

A *primeira* é destinada tanto à caracterização sociodemográfica e profissional do/a assistente social como à caracterização da instituição onde trabalha (i) a *segunda* avalia as suas competências. Importa referir que a análise “intensiva” foi efetuada relativamente aos domínios “Valores, Ética e Perspetivas teóricas” como à “Avaliação” (ii). A acompanhar o instrumento foi enviada uma mensagem com a *Apresentação do Estudo* – enquadramento e objetivos. A garantia da confidencialidade dos dados era assegurada.

- Tanto a caracterização do/a assistente social como da instituição incluem perguntas que são respondidas maioritariamente a partir múltiplas escolhas. A caracterização do/a assistente social remete para características sociodemográficas (como por exemplo o sexo e a idade) e profissional (como por exemplo a categoria profissional) (cf. apêndice 1).

A escala mapeia competências dos *Gero social workers* e foi construída com base entendimento que estes profissionais detêm o conhecimento e as competências para usar métodos de avaliação multidisciplinares e multidimensionais ao intervir com adultos idosos. Estes profissionais altamente qualificados entendem as forças e os limites dos métodos de avaliação, usando-os para avaliar o funcionamento físico, mental, cognitivo, social, e biopsicossocial, bem como as necessidades de diversas pessoas idosas e seus cuidadores. Selecionam também as ferramentas de avaliação mais apropriadas, podendo adaptá-las e modificá-las para trabalhar com pessoas de diferentes grupos (em termos de sexo, etnia, nacionalidade, orientação sexual) (CSWE, 2008).

A escala desenvolvida, como já referido, tanto pelo *Council on Social Work Education, CSWE – Gero-Ed Center Competency Goals* como pelo *Hartford Partnership Program in Aging Education, HPPAE*, começou com uma revisão abrangente da literatura de Serviço Social Gerontológico, produzindo um conjunto de 128 possíveis competências profissionais. Cópia dos 128 itens foi enviada a consultores acadêmicos especializados em gerontologia, investigadores e profissionais. Este painel de especialistas foi convidado a avaliar os itens e sugerir supressões, adições e modificações. Um pré-teste foi, em seguida, enviado aos/às assistentes sociais. Com base nas recomendações do painel e do pré-teste, foram identificados 65 itens relativos a 3 grandes domínios profissionais: (i) Conhecimento sobre as pessoas idosas e suas famílias (17 itens); (ii) Habilidade profissional (32 itens); (iii) Prática profissional (16 itens). Após a revisão dos itens relativamente à redundância, clareza e especificidade para a prática gerontológica foram pré-testados e avaliados numa amostra de conveniência. O questionário final foi distribuído a 2.400 assistentes sociais, professores e pesquisadores.

As diferentes subescala são compostas por 10 itens e cada item é respondido numa escala de likert de 5 pontos, em que 0 significava “Nada competente (não tenho experiência com esta competência)”, 1 “Competência inicial (tenho de trabalhar para desenvolver esta competência)”, 2 “Competência moderada (esta competência começou a ser integrada na minha prática)”, 3 “Competência avançada (esta competência é realizada com confiança e faz parte integral da minha prática)” e 4 “Competência especializada (realizo esta competência com mestria suficiente para a ensinar a outros)”.

Estudo 1

Mapeamento e análise das Respostas Sociais dirigidas à população Idosa

Estudo 1

Artigo 1 – Cartografia da oferta pública e privada de serviços dirigidos à população idosa

Fernanda Daniel

Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra / Instituto Superior Miguel Torga – fernanda-daniel@ismt.pt

Rosa Monteiro

Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra / Instituto Superior Miguel Torga – monteiro.rosa14@gmail.com

Jorge Ferreira

Centro de Investigação e Estudos de Sociologia – Instituto Universitário Lisboa / ISCTE – Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas – jmlfa@iscte-iul.pt

Artigo publicado na revista *Serviço Social & Sociedade*

Segundo a pesquisadora Maria Ozanira da Silva e Silva "é o único periódico na América Latina que chegou ao número 100, mantendo fluxo regular de publicação durante trinta anos". A mesma pesquisadora ressalta ainda a "recente classificação no Estrato A1 no Sistema Qualis Periódicos da Capes/MEC". (Cf. Silva e Silva, 2009: 601).

Objetivos: Dar visibilidade à produção acadêmica e profissional de assistentes sociais e de pesquisadores de áreas afins, bem como contribuir com o debate e o aprofundamento crítico e analítico da teoria social, enfocando, preferencialmente, temas que dizem respeito à realidade brasileira e latinoamericana.

Cartografia da oferta pública e privada de serviços dirigidos à população idosa em Portugal

Mapping of the public and private offers of services for the elderly in Portugal

Fernanda Daniel

Doutorada em Psicologia (Desenvolvimento e Intervenção Psicológica), Doutoranda em Serviço Social, professora do Instituto Superior Miguel Torga, investigadora do Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra – Coimbra, Portugal.

fernanda-daniel@ismt.pt

Rosa Monteiro

Doutorada em Sociologia do Estado, Direito e Administração, professora do Instituto Superior Miguel Torga, investigadora do Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra – Coimbra, Portugal.

monteiro.rosa14@gmail.com

Jorge Ferreira

Doutorado em Serviço Social, professor e diretor da Licenciatura e do Doutoramento em Serviço Social do ISCTE — Instituto Universitário de Lisboa, investigador do Centro de Investigação e Estudos de Sociologia do Instituto Universitário de Lisboa – Lisboa, Portugal.

jorge.manuel.ferreira@iscte.pt

Resumo: Este artigo problematiza a adequação das respostas sociais dirigidas às pessoas idosas, como parte integrante das políticas de proteção social na velhice, em expansão, em Portugal desde o processo de democratização e modernização do pós-25 de abril de 1974. São analisadas as respostas sociais dirigidas à população idosa desde 1974. Conclui-se por descoincidência e ausências que implicam redefinição de políticas com efetiva sincronização entre diagnósticos sociais e serviço público.

Palavras-chave: Pessoas idosas. Respostas sociais. Serviço Social. Políticas de proteção social.

Abstract: In this article it is discussed the adequacy of the social responses aimed at the elderly, as an integrating part of the social protection policies in old age. Such policies have been expanding in Portugal since the post-25th-of-April-of-1974 democratization and modernization process. The social responses aimed at the elderly from 1974 on are analyzed. The conclusion is that there are non-coincidences and absences that imply policy redefinition with effective synchronization between social diagnoses and the public service.

Keywords: The elderly. Social responses. Social Work. Social protection policies.

Introdução

Portugal, num ritmo e num tempo diferentes do que aconteceu na maior parte dos países da Europa Ocidental, viu alguns dos direitos sociais serem concretizados em políticas sociais a contraciclo dos países congéneres europeus avançados.¹ Significa isto que no período em que se verificava um aumento da despesa pública em política social em Portugal, constatava-se uma desaceleração das intervenções sociais públicas que tinham sido implementadas logo após a Segunda Guerra Mundial nos países centrais. Assim, num período de recessão económica, consagram-se, em Portugal, um conjunto de direitos sociais que se constituem como um bilhete identitário da Revolução de Abril de 1974. Surgem, assim, várias medidas de política social direcionadas às pessoas idosas.

Recordemos que no Estado Novo² a proteção social na velhice era minimalista, focalizada em situações de extrema vulnerabilidade, longe de ser universal e equânime, tinha um caráter sobretudo assistencialista. A Revolução de Abril marca o início do período de alargamento de garantias e de ampliação dos riscos sociais cobertos pelo Estado.

A denominada “crise” financeira parece, todavia, incompatibilizar-se com ideários de Estados-providência. Em Portugal, face do débil desempenho económico,³ as políticas públicas nacionais e comunitárias assumem estratégias que, longe de prevenirem os efeitos sociais da crise, económica e financeira, têm contribuído para a agravar, aumentando os seus impactes visíveis na retração do Estado social. Postula-se uma política orçamental

1. Contrariamente aos países do Norte da Europa, o Estado-providência em Portugal surgiu tardiamente e nunca atingiu a maturidade. Contribuiu para esta dissociação a “industrialização tardia e a fragilidade de uma economia pequena e atrasada, sob o controlo apertado de um regime repressivo e avesso a qualquer modernização” (Estanque, 2012, p. 56).

2. Estado Novo é o nome do regime político que vigorou em Portugal no período de 1926 a 1974. Regime ditatorial, antipartidário e corporativista de Estado que viria a ser derrubado na manhã do dia 25 de abril de 1974 pelo Movimento das Forças Armadas.

3. A endêmica dívida pública, a dependência energética e a desindustrialização (em virtude da migração da produção industrial para as economias emergentes, em condições que distorcem as regras da competitividade) contribuíram negativamente para os fracos desempenhos económicos.

recessiva estabelecendo-se a base para uma redefinição regressiva do lugar dos diferentes grupos sociais na repartição do rendimento nacional (Reis et al., 2013). “O capitalismo avançado que criou o Estado-providência distancia-se progressivamente da sua criação” (Santos, 1998, p. 205). Em vários domínios constata-se um recuo da provisão pública, sendo o campo da intervenção social um espelho cabal das lógicas de ação neoliberais que têm dominado o espectro político. Enfatizam-se os critérios de eficiência e eficácia da despesa social, privilegiando-se uma visão “assistencialista e emergencialista da ação social em detrimento de uma abordagem pelos direitos e sustentada em medidas preventivas, que hiperboliza o combate à fraude em determinadas prestações sociais a ponto de se questionar a sobrevivência do próprio sistema de proteção social” (Hespanha, Ferreira e Pacheco, 2013, p. 161).

Respostas institucionais dirigidas a pessoas idosas: atores, constrangimentos e paradoxos

Fora do Estado ganham terreno, no campo das funções sociais, instituições da rede solidária e lucrativa. As entidades da rede solidária compreendem instituições de natureza associativa ou fundacional, entidades oficiais e a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (primeira Santa Casa a ser criada em Portugal, no ano 1498, sendo considerada uma pessoa coletiva de direito privado e utilidade pública). As associações e fundações beneficiam de isenções fiscais e outros apoios financeiros quando registadas como instituições particulares de solidariedade social (IPSS).⁴ O Estado, nesse processo, assume um papel tutelar, acompanhando-as de forma distanciada e com uma fiscalização complacente (Hespanha et al., 2001). O perfil idiosincrático das IPSS apresenta uma “fraca presença de trabalho voluntário, com uma relativa acentuada governamentalização dos seus meios materiais

4. As IPSS e as instituições equiparadas a IPSS têm um peso aproximado de 87% relativamente ao total das respostas sociais para idosos (Caetano, 2012).

e humanos e com uma estratégia de gestão dos recursos mais orientada pelas regras de sobrevivência econômica do que pelas necessidades da população utente” (Idem, p. 312). Apesar de terem, algumas delas, uma história anterior ao 25 de abril, atualmente a sua dependência relativamente ao Estado é indiscutível, em virtude de a sua sobrevivência depender fortemente das transferências da Segurança Social.

Sucessivos governos pós 25 de abril têm estimulado a criação e a ampliação da rede solidária e lucrativa, nomeadamente através de programas de apoio ao investimento. O Estado, em virtude da necessidade de determinadas respostas sociais, plasmada em extensas listas de espera, tem vindo a legislar no sentido de flexibilizar a regulamentação que outrora tinha produzido.

A esse propósito, vejamos a produção legislativa sobre a estrutura residencial para idosos. O Despacho Normativo n. 30 de 2006 determinou que “a capacidade máxima dos estabelecimentos correspondentes a estruturas residenciais é, em regra, de 120” e “a capacidade dos quartos é de uma ou duas camas, sendo que, pelo menos, 25% dos mesmos devem corresponder a quartos individuais”. Se analisarmos o Despacho Normativo anterior, n. 12, de 1998, que define as normas reguladoras das condições de instalação e funcionamento dos lares de idosos, verificamos um retrocesso legislativo⁵ plasmado na diminuição da percentagem de quartos individuais, de 50% para 25% e no aumento da capacidade que não devia ser até então “superior a quarenta e, em casos devidamente justificados e avaliados, poderá ir até sessenta” para 120 — número que foi posteriormente retificado pela Portaria n. 67/2012, em vigor, que uniformiza a legislação existente, integrando as respostas residenciais para pessoas idosas, nomeadamente os lares de idosos, sob uma única legislação. Em 2012 constata-se novo retrocesso legislativo: a Portaria n. 67 vem reduzir potencialmente a qualidade dessas respostas sociais ao diminuir, novamente, a proporção de quartos individuais,

5. Os “lares de idosos” e as “estruturas residenciais” eram, então, considerados estabelecimentos com objetivos semelhantes, mas com estruturas próprias.

que passa a ser de 20%, ao aumentar o número de quartos duplos e ao introduzir, pela primeira vez na legislação, os quartos triplos. Recordemos que a detenção de um espaço pessoal que o utente possa controlar⁶ potencia a qualidade de vida. É através da redução do espaço disponível para cada pessoa idosa que se aumenta a capacidade dessas estruturas residenciais. As casas de banho em cada quarto deixam de ser obrigatórias, podendo agora localizar-se próximo dos quartos e servir quatro utentes. Porém essa “proximidade” não é clarificada. A área da sala de estar e atividades também sofre alterações, passando de 2,5 m² para 2 m² por residente, para uma utilização em simultâneo de 80% dos residentes. Verifica-se que essas medidas vieram reduzir ainda mais o espaço de privacidade, intimidade e convívio dos utentes.

A par da produção legislativa surge pelo país respostas sociais dirigidas à expressiva população idosa. Importa por isso analisar o local onde estão sediadas essas respostas sociais, pois reconhecemos que essa variável, ao ser contaminada pela ação de determinados atores, atua de forma incoerente na organização espacial dos recursos. É significativo o seguinte registo do entrevistado por Almeida (2011, p. 137):

Uma IPSS nem sempre nasce porque é necessária. Às vezes nasce por necessidade de protagonismo de um líder local. [...]. Muitas vezes, temos a consciência de que a IPSS que ali vai nascer já é a mais. Ajudamos a instituição, tentamos que ela perceba, mas quando não percebe, os processos vão para Lisboa... às vezes não são mesmo registadas, mas outras vezes a pressão é de tal ordem que há mesmo registo. (CDSS2)

É consabido que a configuração espacial da rede quando disfuncional gera efeitos perversos. Muitas investigações sobre “lares de idosos” dão conta da separação das pessoas idosas em relação ao local de residência

6. Segundo Fisher (1994, p. 25-26), “uma característica particular da relação no espaço é a nossa tendência para ocupar um território de maneira a controlá-lo a nele exercer uma espécie de direito de posse; [...] podemos ver nele uma espécie de extensão do eu”.

quando da sua institucionalização (Rodrigues, 2001; Andrade, 2007; Guedes, 2007). A institucionalização pressupõe nesses casos “uma maior dificuldade de adaptação, uma vez que se trata de um novo local de residência com o qual não têm afinidades, nem mantêm relações familiares ou de amizade” (Guedes, 2007, p. 116). No mesmo sentido, o Instituto de Migraciones y Servicios Sociales — Imserso refere que “[n]uma perspectiva humana é melhor uma pequena ou média Estrutura Residencial, próxima do meio social em que se desenvolve a vida dos utentes, que a grande Estrutura Residencial, localizada na capital da província, a qual, além de massificar as pessoas, as desenraíza da sua família e do seu meio” (2000, p. 98).

Importa, igualmente, referir que poderá concorrer para a disfuncionalidade na rede o facto de “o processo de criação de uma sociedade civil secundária por iniciativa do Estado, tão característico de sociedades semi-periféricas como a portuguesa” (Lopes, 2000, p. 138), ficar mais dependente da vontade deste e de estratégias eleitoralistas ou de reforço político-partidário local, do que de necessidades devidamente diagnosticadas (Almeida, 2011). Isto, como refere Leal (1998, p. 151), num contexto onde “o controlo das instituições particulares é uma das manifestações clássicas de caciquismo. O poder político pode também ser tentado a adoptar critérios discriminatórios na concessão de subvenções particulares, de harmonia com os seus interesses partidários ou eleitoralistas, e não com as necessidades das populações”.

Tanto a produção legislativa que referenciámos quanto a implantação “contaminada” de respostas sociais podem ser analisadas, numa leitura mais crítica, como um paradoxo entre a função para que foram criadas as respostas e as contratualizações, a evolução que se verificou no sentido de qualificar física, técnica e humanamente as respostas, e os cortes e reduções que se verificam atualmente.

Partindo desse quadro analítico e reflexivo, este artigo pretende, através da cartografia das respostas sociais para a população idosa, relacionar a capacidade instalada com a população residente, a partir de dois cortes etários (≥ 65 anos e ≥ 75 anos). Procura-se, assim, demonstrar algumas das

irracionalidades na instalação e localização das respostas face às necessidades locais, mensuradas pelo número de pessoas idosas residentes nas freguesias. Segundo Machado (1996, p. 34), a escolha para a implantação do edifício Lar (nós estendemos a todas as respostas em equipamento) é “determinante para o tipo de relações que se irão estabelecer entre os idosos e o sítio onde vivem, ou seja, irá determinar a dificuldade na comunicação destes com o local onde irão permanecer”. Um equipamento situado num local isolado e distante geograficamente da anterior residência “provocará o próprio isolamento da pessoa idosa em relação à comunidade e aos entes mais próximos. [Já que] estes terão a mesma dificuldade em procurá-lo e visitá-lo no Lar, prejudicando os laços familiares e de amizade”.

Material e métodos

O estudo suporta-se numa pesquisa documental baseada na primeira publicação da Carta Social: Rede de Serviços e Equipamentos (Ministério do Trabalho e da Solidariedade, 2000) bem como nos dados obtidos no último recenseamento da população portuguesa (2011) e no site da Carta social.⁷ Pesquisámos no site as seguintes unidades de análise: “distrito”, “freguesia”, “capacidade” da resposta social, número de “utentes” que frequentam a resposta social, tipo de “resposta social”, “natureza jurídica” e “entidade proprietária”. No Instituto Nacional de Estatística obtivemos informação sobre a população idosa por distrito e por freguesia. Foram criadas novos indicadores para responder às nossas perguntas de partida. Utilizámos para análise dos dados a estatística descritiva e inferencial. Na descrição univariada das variáveis, recorreremos a medidas de tendência central e dispersão. A apresentação gráfica de medidas-sumário utilizou, além de tabelas, o diagrama extremos-e-quartis. Na análise bivariada recorreremos ao coeficiente de correlação de Spearman, após verificar a normalidade da distribuição.

7. Disponível em: <<http://www.cartasocial.pt>>. Acesso em: mar. 2015.

Resultados

Das sete respostas sociais dirigidas à população idosa, a Carta social mapeia cinco, a saber: “Centro de Dia”, “Centro de Convívio”, “Serviço de Apoio Domiciliário”, “Centro de Noite” e “Estrutura Residencial para Idosos”.

Na Tabela 1 podemos observar que a resposta social “Centro de Dia” era praticamente inexistente em Portugal antes do 25 de abril de 1974. Refletindo a quase ausência dessa resposta, o primeiro governo constitucional, 1976-78, estimula a sua criação, como se pode verificar no seguinte trecho do programa do governo:

As carências de equipamento social de resposta aos problemas da terceira idade provocam a necessidade da criação de estruturas adequadas, nomeadamente de equipamento de apoio às pessoas idosas residentes nos seus domicílios — “os centros de dia”. Este tipo de serviços, praticamente inexistente, terá uma dupla função: proporcionar, através do convívio e de atividades adequadas, a quebra do isolamento [...], por outro lado, permitir uma avaliação mais correta das verdadeiras necessidades de alojamento. Em consequência, proceder-se-á à criação de centros de dia.

Atualmente esta resposta encontra-se disseminada por todos os distritos, apresentando capacidade para 64.448 pessoas. A taxa de utilização (coeficiente que exprime a relação existente o número de utentes e a capacidade) é, para o continente, de 66,3%. Sendo Beja o distrito que apresenta menor taxa de utilização (40,6%), o seu antípoda é o distrito de Braga (82,8%). A taxa de cobertura (coeficiente que exprime a relação existente entre a capacidade e a população abrangida) para o continente é de 3,3%, se considerarmos a população com idade igual ou superior a 65 anos, e 6,9% para a população com idade igual ou superior a 75 anos. A taxa de cobertura apresenta uma distribuição geográfica bastante irregular, chegando mesmo a triplicar entre os distritos.

Tabela 1 — Centros de Dia

Distritos	Ano de entrada em funcionamento*				Total		Tx. ut. (%)	Tx. cob. ≥ 65	Tx. cob. ≥ 75	
	Até 1974	1975 a 1998	1986 a 1998	1996 a 1998	2015	Capacidade				Utentes
Aveiro	0	11	54	15	145	4.379	3.456	78,9	3,4	7,3
Beja	1	9	10	8	51	1.760	715	40,6	4,5	8,6
Braga	0	7	38	23	118	2.744	2.273	82,8	2,2	4,8
Bragança	0	8	44	15	80	1.847	780	42,2	4,7	9,3
Castelo Branco	1	23	60	18	126	3.401	1.837	54,0	6,2	11,5
Coimbra	4	24	56	8	162	4.942	3.271	66,2	5,1	10,2
Évora	2	9	31	21	85	2.002	1.319	65,9	4,9	9,1
Faro	0	17	26	7	61	2.322	1.106	47,6	2,6	5,4
Guarda	0	14	65	24	180	3.666	1.788	48,8	7,9	14,8
Léiria	2	6	31	4	113	2.928	1.728	59,0	3,0	6,3
Lisboa	8	59	82	45	232	11.402	8.538	74,9	2,8	5,9
Portalegre	2	17	30	6	70	1.734	852	49,1	5,4	9,7
Porto	1	24	60	18	195	7.192	5.515	76,7	2,5	5,6
Santarém	0	21	43	25	130	4.332	2.874	66,3	4,1	8,1
Setúbal	3	36	30	16	106	5.098	3.347	65,7	3,3	7,3
Viana do Castelo	0	4	14	12	46	1.321	917	69,4	2,3	4,7
Vila Real	1	4	15	6	49	1.159	802	69,2	2,3	4,7
Viseu	0	13	38	10	97	2.219	1.611	72,6	2,6	5,2
Total	25	306	727	281	2046	64.448	42.729	66,3	3,3	6,9

Legenda: Tx. ut. (%) = Taxa de utilização em percentagem; ** Tx. cob. ≥ 65 ou ≥ 75 = População abrangida ≥ 65 ou ≥ 75; ***

* O conteúdo das quatro colunas relativas ao “ano de entrada de funcionamento” consta na Carta social — rede de serviços e equipamentos de 2000.

** Rácio que permite definir a relação entre os utentes e a capacidade, expressa em percentagem. Fórmula de cálculo: Taxa de utilização (%) = utentes/capacidade × 100.

*** Relação entre a capacidade instalada e a população residente no distrito com idade igual ou superior a 65 anos ou superior a 75 anos, expressa em percentagem. Fórmula de cálculo: Taxa de cobertura = População residente ≥ 65 ou ≥ 75/ Capacidade × 100.

A Tabela 2 apresenta informação relativa à resposta social “Centro de Convívio”. Como podemos constatar, essa resposta apenas se encontrava instalada até 1974 em cinco distritos e a sua expressão, com exceção do distrito de Lisboa, era residual. Atualmente essa resposta encontra-se disseminada por todos os distritos, apresentando 474 equipamentos com uma capacidade instalada para 24.314 pessoas. A taxa de utilização é, para o continente, de 82,5%. A taxa de cobertura apresenta uma distribuição geográfica bastante irregular, com 1,3% para o total do continente no caso da população com idade ≥ 65 anos, e 2,6% no caso das pessoas com idade ≥ 75 anos.

As “Estruturas Residenciais para Idosos” já existiam em todos os distritos de Portugal sob a designação de “lares de idosos”, contudo a sua representação numérica estava longe da atual expressão, 2.271 equipamentos, apresentando uma capacidade instalada para 89.443 pessoas. A taxa de utilização é, para o continente, de 91,4%. A taxa de cobertura apresenta uma distribuição geográfica bastante irregular, com uma média de 5,9% ($DP = 2,5$; $Min. = 2,8$; $Máx. = 10,9$) para o total do continente, no caso da população com idade ≥ 65 anos, e de 11,64% ($DP = 4,2$; $Min. = 6,2$; $Máx. = 20,3$) no caso das pessoas com idade ≥ 75 anos.

A observação da Tabela 4 permite-nos afirmar que a resposta social “Serviço de Apoio Domiciliário” não existia na maioria dos distritos de Portugal ($N = 6$; 33,3%). Refletindo a quase ausência dessa resposta, o programa do II e III governos constitucionais, em 1978, estimularam a sua criação, como poderá ser observado nos trechos dos dois programas do governo:

Intensificação do esforço que vem sendo desenvolvido no que se refere a equipamentos sociais para a terceira idade [...] e o de instituições privadas de solidariedade social não lucrativas, esforços a que se conferirá carácter de primeira prioridade, designadamente no que se refere ao aumento e cobertura territorial e à aplicação de soluções que evitem a marginalização do idoso em relação à família e à comunidade. Os centros de dia e o apoio domiciliário à

Tabela 2 — Centro de Convívio

Distritos	Ano de entrada em funcionamento				Total	Tx. ut. (%)	Tx. cob. ≥ 65	Tx. cob. ≥ 75		
	Até 1974	1975 a 1988	1986 a 1988	1996 a 1998					2015	Capacidade
Aveiro	0	1	4	5	28	710	538	75,8	0,6	1,2
Beja	0	0	2	1	5	140	137	97,9	0,4	0,7
Braga	1	3	16	4	18	764	580	75,9	0,6	1,3
Bragança	0	0	2	1	6	245	185	75,5	0,6	1,2
Castelo Branco	0	3	6	1	10	788	552	70,1	1,4	2,7
Coimbra	1	2	15	0	12	514	459	89,3	0,5	1,1
Évora	0	4	9	6	30	2.351	2.235	95,1	5,8	10,7
Faro	0	1	2	1	9	530	479	90,4	0,6	1,2
Guarda	0	0	0	0	4	138	86	62,3	0,3	0,6
Leiria	0	0	6	5	36	894	556	62,2	0,9	1,9
Lisboa	15	50	66	24	90	6.173	5.254	85,1	1,5	3,2
Portalegre	0	0	5	1	18	1.826	1.601	87,7	5,7	10,2
Porto	2	26	37	15	102	4.389	3.657	83,3	1,6	3,4
Santarém	0	0	12	2	42	1.961	1.474	75,2	1,9	3,7
Setúbal	1	13	12	2	30	1.935	1.541	79,6	1,2	2,8
Viana do Castelo	0	0	2	6	20	529	425	80,3	0,9	1,9
Vila Real	0	1	2	0	6	153	143	93,5	0,3	0,6
Viseu	0	2	0	1	8	274	164	59,9	0,3	0,6
Total	20	106	198	75	474	24.314	20.066	82,5	1,3	2,6

* Nota: Confeir Legenda da Tabela 1.

Tabela 3 – Estrutura Residencial para Idosos

Distritos	Ano de entrada em funcionamento				2015	Total		Tx. ut. (%)	Tx. cob. ≥ 65	Tx. cob. ≥ 75
	Até 1974	1975 a 1988	1986 a 1988	1996 a a 1998		Capacidade	Utentes			
Aveiro	5	13	24	13	122	4.827	4.548	94,2	3,8	8,1
Beja	8	7	18	5	63	3.383	3.153	93,2	8,7	16,5
Braga	14	11	28	13	150	5.608	5.066	90,3	4,5	9,8
Bragança	1	8	20	14	95	3.198	3.061	95,7	8,1	16,0
Castelo Branco	7	8	8	5	89	4.061	3.783	93,2	7,4	13,8
Coimbra	11	12	22	6	129	5.201	4.937	94,9	5,3	10,7
Évora	11	6	18	9	90	3.037	2.903	95,6	7,4	13,9
Faro	2	17	24	7	73	3.539	3.201	90,4	4,0	8,3
Guarda	4	12	23	14	130	5.048	4.678	92,7	10,9	20,3
Leiria	9	9	38	9	150	5.085	4.769	93,8	5,2	10,9
Lisboa	70	66	105	62	375	13.950	12.024	86,2	3,4	7,2
Portalegre	7	8	19	5	78	3.421	3.196	93,4	10,6	19,1
Porto	23	15	33	22	206	7.926	6.917	87,3	2,8	6,2
Santarém	11	18	34	28	140	5.762	5.054	87,7	5,5	10,8
Setúbal	11	16	40	22	132	5.341	4.837	90,6	3,4	7,7
Viana do Castelo	3	7	8	3	55	2.213	2.116	95,6	3,9	7,9
Vila Real	2	3	11	2	69	2.458	2.350	95,6	4,9	9,9
Viseu	1	13	30	8	125	5.385	5.152	95,7	6,2	12,5
Total	200	249	503	247	2271	89.443	81.745	91,4	4,6	9,6

* Nota: Confeir Legenda da Tabela 1.

Tabela 4 — Serviço de Apoio Domiciliário

Distritos	Ano de entrada em funcionamento				Total	Tx. ut. (%)	Tx. cob. ≥ 65	Tx. cob. ≥ 75
	Até 1974	1975 a 1988	1986 a 1998	1996 a a 1998				
Aveiro	0	4	29	26	172	82,5	4,7	10,1
Beja	0	1	12	7	61	62,3	9,0	17,0
Braga	0	3	63	38	207	84,0	5,5	11,8
Bragança	0	2	26	18	90	75,0	8,3	16,3
Castelo Branco	1	17	67	21	144	76,9	7,5	13,9
Coimbra	1	8	81	14	188	78,8	6,3	12,7
Évora	0	3	27	17	74	81,1	6,7	12,5
Faro	0	6	25	15	74	64,8	3,3	6,8
Guarda	0	2	45	22	204	67,5	12,3	23,0
Leiria	1	1	38	21	134	78,5	6,3	13,3
Lisboa	9	33	90	44	318	68,0	4,3	9,3
Portalegre	0	4	36	8	69	66,1	7,9	14,2
Porto	0	17	52	35	286	69,1	4,2	9,3
Santarém	0	14	42	27	143	72,9	5,3	10,4
Setúbal	2	11	29	18	110	81,7	3,3	7,4
Viana do Castelo	1	1	20	12	77	74,4	5,3	10,7
Vila Real	0	3	27	10	104	78,3	8,5	17,1
Viseu	0	9	41	14	176	77,4	7,7	15,4
Total	15	139	750	367	4646	74,4	5,5	11,4

* Nota: Confeir Legendada da Tabela 1.

família e à comunidade representam, assim, nota dominante do conjunto destas medidas. (II Governo, 1978)

Criar, remodelar e melhorar o equipamento social [...], intensificando a prática de medidas alternativas e complementares, em particular o apoio domiciliário, evitando, o mais possível, qualquer tipo de marginalização do idoso. (III Governo, 1978)

Atualmente são 4.646 respostas, com capacidade instalada para 89.443 pessoas. A taxa de utilização é, para o continente, de 74,4%. A taxa de cobertura apresenta uma distribuição geográfica bastante irregular, com uma média de 6,47 ($DP = 2,29$; $Min. = 3,3$; $Máx. = 12,3$) para o total do continente no caso da população com idade ≥ 65 anos, e de 12,84% ($DP = 3,99$; $Min. = 6,8$; $Máx. = 23,0$) no caso das pessoas com idade ≥ 75 anos.

O “Centro de Noite” é uma resposta relativamente recente em Portugal. Note-se que a regulamentação desta resposta é de 4 de março de 2013 (Portaria n. 96). Qualificada como uma resposta social inovadora e de proximidade, o preâmbulo da portaria que estabelece o quadro normativo das condições de instalação e funcionamento refere que a regulamentação dos Centros de Noite obedece ao objetivo de assegurar “a manutenção das pessoas no seu meio habitual de vida”, nomeadamente das pessoas idosas que, dispondo de autonomia para as atividades do dia a dia, vejam agravada à noite a situação de “isolamento, solidão ou insegurança”. Atualmente, e segundo informação da Carta social, existem dezoito respostas com uma capacidade instalada para 232 pessoas. A taxa de utilização é, para o continente, de 84,9%. Como se pode constatar através da Tabela 5, a população abrangida no caso das pessoas de ≥ 65 anos e na dos de ≥ 75 anos é minimalista, com 0,01 e 0,03, respetivamente.

A análise das respostas sociais para pessoas idosas no distrito de Coimbra permite-nos constatar que das 209 entidades proprietárias que geram 499 respostas sociais dirigidas à população idosa, a maioria gere apenas uma resposta social ($n = 71$; 34%). A mediana situa-se nas duas respostas sociais ($M = 2,38$; $DP = 2,59$). Os valores máximos de respostas

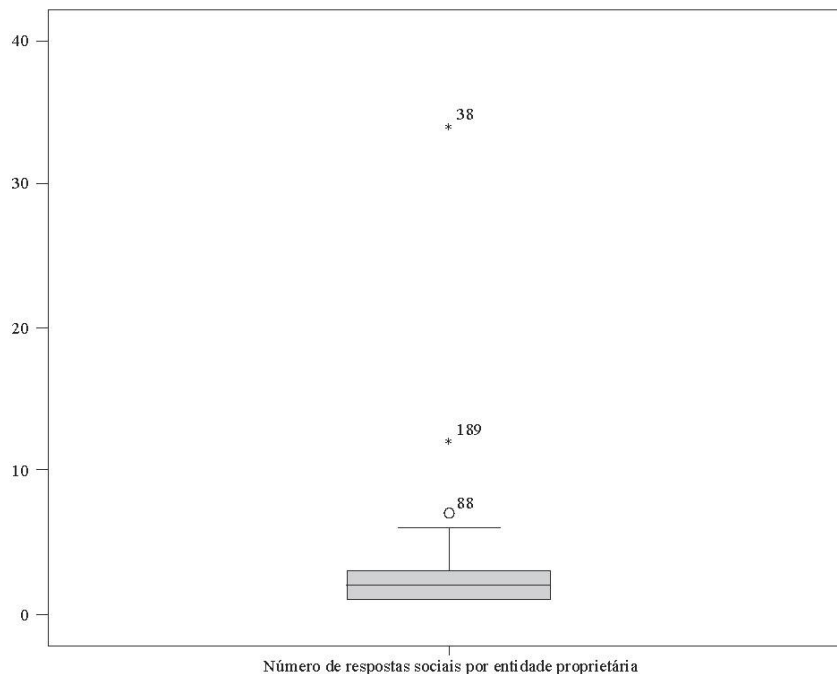
sociais geridas por entidade correspondem ao Centro Social “Caeiro da Matta” da Paróquia de Midões (sete respostas), à Santa Casa da Misericórdia de Pampilhosa da Serra (doze respostas) e à Cáritas Diocesana de Coimbra (34 respostas).

Tabela 5 – Centro de Noite

Distritos	Até	Total		Tx. ut.	Tx. cob.	Tx. cob.	
	1974	2015	Capacidade	Utentes	(%)	≥ 65	≥ 75
Aveiro	0	0	0	0	—	—	—
Beja	0	0	0	0			
Braga	0	1	12	12	100,0	0,01	0,02
Bragança	0	0	0	0	—	—	—
Castelo Branco	0	0	0	0			
Coimbra	0	6	77	50	64,9	0,08	0,16
Évora	0	0	0	0	—	—	—
Faro	0	0	0	0	—	—	—
Guarda	0	7	97	92	94,8	0,21	0,39
Leiria	0	0	0	0	—	—	—
Lisboa	0	0	0	0	—	—	—
Portalegre	0	0	0	0	—	—	—
Porto	0	0	0	0	—	—	—
Santarém	0	0	0	0	—	—	—
Setúbal	0	0	0	0	—	—	—
Viana do Castelo	0	2	16	13	81,3	0,03	0,06
Vila Real	0	0	0	0	—	—	—
Viseu	0	2	30	30	100,0	0,03	0,07
Total	0	18	232	197	84,9	0,01	0,02

* Nota: Conferir legenda da Tabela 1.

Figura 1 – Número de respostas sociais por entidade proprietária (diagrama extremos-e-quartis)



Das respostas sociais do distrito de Coimbra, 41 (8,2%) pertencem a entidades lucrativas, as restantes 458 (91,8%) da rede solidária apresentam diversas naturezas jurídicas, nomeadamente associações ($n = 206$; 41,3%), centros sociais paroquiais ($n = 97$; 19,4%), e fundações de solidariedade social ($n = 68$; 13,6%) (cf. Tabela 6). Importa contudo referir que existem cinco respostas sociais que apresentam dupla natureza jurídica — Instituto da Segurança Social e Irmandade da Misericórdia/SCM. Três dessas respostas são pertença do Centro de Apoio à Terceira Idade de São Martinho do Bispo, enquanto as restantes, duas, são do Equipamento de Foz de Arouce da SCM da Lousã. Averiguámos que as duas instituições que apresentam como entidade proprietária o Instituto da Segurança Social — ISS, IP apresentam concomitantemente como entidades gestoras a

Santa Casa da Misericórdia de Coimbra, no caso Centro de Apoio à Terceira Idade de São Martinho do Bispo e a Santa Casa da Misericórdia da Lousã, no caso do equipamento de Foz de Arouce da SCM da Lousã. Essa dupla natureza jurídica espelha instituições cuja raiz é estatal, mas que, de facto, são já privadas, tanto na gestão como na assunção de uma dupla natureza jurídica.

Tabela 6 – Natureza jurídica

	N	%
Associação	3	0,6
Associação de Solidariedade Social	206	41,3
Casa do Povo	11	2,2
Centro Social Paroquial	97	19,4
Entidade Lucrativa	41	8,2
Fundação de Solidariedade Social	68	13,6
Instituto da Segurança Social (Irmandade da Misericórdia/SCM)	5	1,0
Institutos de Organizações Religiosas	2	0,4
Irmandade da Misericórdia/SCM	69	13,8

No que concerne à resposta social “Centro de Dia”, contabilizámos 162 no distrito de Coimbra, todos pertencentes à rede solidária. A disseminação por freguesia é superior a 75%. Importa referir que após a reorganização administrativa do território das freguesias, 2013, o distrito de Coimbra viu algumas das 209 freguesias aglutinadas. Atualmente, o distrito apresenta 155 freguesias, e podemos encontrar centros de dia em 121 freguesias (78,06%). Esta resposta social apresenta uma taxa de cobertura distrital de 5,1%, se no cálculo utilizarmos a população com idade igual ou superior a 65 anos e de 10,2% no caso de idade igual ou superior a 75 anos. A capacidade instalada é de 4.942 e o número de utentes que frequentam essa resposta é de 3.271 pessoas. A taxa de utilização média

situa-se nos 65,87 ($DP = 29,78$), a mediana é 66,6, e a moda, 100. A taxa de utilização plena, 100%, é partilhada por 42 respostas sociais. Uma das respostas sociais excede a taxa de utilização plena ($n = 1$; 104,4%). A associação entre a capacidade por freguesia e o número de pessoas idosas é baixa⁸ tanto para o corte etário ≥ 65 anos, $\rho = .371$, $n = 121$, $\rho < .001$, como para o corte ≥ 75 anos, $\rho = .36$, $n = 121$, $\rho < .001$. Se na análise observarmos a associação entre a capacidade instalada e as 155 freguesias, a associação eleva-se para moderada: $\rho = .441$, $n = 155$, $\rho < .001$ (≥ 65 anos); $\rho = .447$, $n = 155$, $\rho < .001$ (≥ 75 anos).

No distrito de Coimbra existem doze “Centros de Convívio” com uma taxa de cobertura inferior à unidade, 0,5%, se no cálculo utilizarmos como população abrangida as pessoas com idade igual ou superior a 65 anos e 1,1% no caso de idade igual ou superior a 75 anos. A capacidade instalada é de 517, e o número de utentes que frequentam essa resposta é de 459 pessoas. Se analisarmos a frequência dessa resposta por concelho, constata-se que a sua disseminação geográfica é baixa. Ela surge em cinco (29,4%) dos dezessete concelhos do distrito: Cantanhede ($n = 1$; 8,3%); Coimbra ($n = 5$; 41,7%); Figueira da Foz ($n = 1$; 8,3%); Montemor-o-Velho ($n = 1$; 8,3%); Pampilhosa da Serra ($n = 1$; 8,3%) e Soure ($n = 3$; 25,0%). As respostas pertencem na sua totalidade à rede solidária ($n = 12$; 100%). Se analisarmos a taxa de utilização média, ela situa-se nos 81,64 ($DP = 23,58$), a mediana é 90, e a moda, 100. A taxa de utilização máxima, 100%, é partilhada por seis respostas. Apesar de existir uma grande amplitude na frequência dessa resposta, a moda é de dez elementos. A associação entre a capacidade dessa resposta por freguesia e o número de pessoas idosas é moderada: $\rho = .61$, $n = 10$, $\rho = .061$ (≥ 75 anos). Contudo, se na análise observarmos a associação entre a capacidade instalada e as 155 freguesias, a associação, apesar de positiva e significativa, é baixa: $\rho = .244$, $n = 155$, $\rho = .002$ (≥ 65 anos); $\rho = .245$, $n = 155$, $\rho = .002$ (≥ 75 anos).

8. Utilizamos na interpretação da magnitude do coeficiente de correlação o critério apresentado por Cohen e Holiday (1982).

No que concerne às “Estruturas Residenciais para Idosos”, contabilizamos no distrito de Coimbra 129 equipamentos (dois deles com resposta dupla), perfazendo 131 respostas sociais. Essa resposta social apresenta uma taxa de cobertura distrital de 5,3%, se no cálculo utilizarmos as pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, e de 10,7% no caso de idade igual ou superior a 75 anos. A capacidade instalada é de 5.201, e o número de utentes que frequentam essa resposta é de 4.937 pessoas. Se analisarmos a frequência dessa resposta por freguesia, constatamos que esta se encontra disseminada em cerca de metade das freguesias ($n = 78$; 50,3%). Das estruturas existentes, 33 (25,2%) pertencem à rede lucrativa. A taxa de utilização média situa-se nos 94,35 ($DP = 29,78$), a mediana é 66,6, e a moda, 100. A taxa de utilização plena, 100%, é partilhada por 42 respostas sociais. Catorze das respostas sociais excedem a taxa de utilização plena ($14 \Rightarrow 100\%$).

Ao analisarmos e interpretarmos a associação entre a capacidade instalada das “Estruturas Residenciais para Idosos” por freguesia e o número de pessoas com idade igual ou superior a 65 e a 75 anos, verificamos que essa associação é moderada: $\rho = .527$, $n = 77$, $\rho < .001$ (≥ 65 anos); $\rho = .587$, $n = 77$, $\rho < .001$ (≥ 75 anos) para o conjunto de respostas sociais. Se a análise se reportar apenas a instituições da rede solidária, verificamos que a associação é igualmente moderada: $\rho = .594$, $n = 66$, $\rho < .001$ (≥ 65 anos); $\rho = .644$, $n = 66$, $\rho < .001$ (≥ 75 anos). No caso da rede lucrativa, a associação é baixa: $\rho = .227$, $n = 23$, $\rho < .298$ (≥ 65 anos); $\rho = .378$, $n = 23$, $\rho < .075$ (≥ 75 anos). Contudo, se na análise observarmos a associação entre a capacidade instalada (rede solidária e lucrativa) e a população das 155 freguesias com idade ≥ 65 anos, a associação é também moderada: $\rho = .544$, $n = 155$, $\rho < .001$. Já no que concerne à rede solidária: $\rho = .422$, $n = 155$, $\rho < .001$ e à rede lucrativa: $\rho = .426$, $n = 155$, $\rho < .001$ a associação é em ambos os casos mais baixa mas igualmente moderada. Se a observação se efetuar a partir do corte etário da população com idade ≥ 75 anos, verificamos ligeiras oscilações tanto para o total da capacidade instalada $\rho = .606$, $n = 155$, $\rho < .001$, como para a rede solidária $\rho = .480$, $n = 155$, $\rho < .001$ e para a rede lucrativa $\rho = .436$, $n = 155$, $\rho < .001$.

Se a análise se reportar aos “Serviços de Apoio Domiciliário” verificamos que no distrito de Coimbra existem 188 equipamentos. Esta resposta social apresenta uma taxa de cobertura distrital de 4,9%, se no cálculo utilizarmos as pessoas com idade ≥ 65 anos e de 12,7% no caso de idade ≥ 75 anos. A capacidade instalada é de 6.139 e o número de utentes que frequentam esta resposta é de 4.835 pessoas. Se analisarmos a frequência dessa resposta por freguesia, constatamos que esta se encontra disseminada em 125 freguesias ($n = 125$; 80,64%). Das estruturas existentes, oito (4,3%) pertencem à rede lucrativa.

A taxa de ocupação média situa-se nos 78,63 ($DP = 24,71$), a mediana é 85, e a moda, 100. Quatro respostas sociais excedem a taxa de utilização plena ($4 = > 100\%$).

A associação entre a capacidade instalada do Serviço de Apoio Domiciliário por freguesia e o número de pessoas idosas é moderada para o conjunto de respostas sociais dos dois cortes etários — $\rho = .478$, $n = 125$, $\rho < .001$ (≥ 65 anos); $\rho = .494$, $n = 125$, $\rho < .001$ (≥ 75 anos).

Ao observarmos a associação entre a capacidade instalada (rede solidária e lucrativa) e a população das 155 freguesias com idade ≥ 65 anos, a associação é também moderada: $\rho = .517$, $n = 155$, $\rho < .001$. Já no que concerne à rede solidária, a associação é mais baixa mas igualmente moderada: $\rho = .498$, $\rho < .001$. Na rede lucrativa a associação é baixa: $\rho = .239$, $n = 155$, $\rho < .001$. Se na análise a observação se efetuar a partir do corte etário da população com idade ≥ 75 anos, verificamos ligeiras diferenças tanto para o total da capacidade instalada $\rho = .543$, $n = 155$, $\rho < .001$, como para a rede solidária $\rho = .526$, $n = 155$, $\rho < .001$, e para a rede lucrativa $\rho = .236$, $n = 155$, $\rho < .001$.

O “Centro de Noite” no distrito de Coimbra encontra-se pouco disseminado, contabilizando apenas seis equipamentos, todos da rede solidária. A capacidade instalada é de 77, e o número de utentes que frequentam esta resposta é de cinquenta pessoas. Se analisarmos a frequência desta resposta por freguesia, constatamos que esta se encontra em três concelhos e em quatro freguesias. Todos pertencem à rede solidária.

A taxa de utilização média situa-se nos 49%.

A associação entre a capacidade instalada das estruturas residenciais por freguesia e o número de pessoas idosas é moderada para ambos os cortes etários — $\rho = .400$, $n = 4$, $\rho = .600$ (≥ 65 anos); $\rho = .400$, $n = 4$, $\rho = .600$ (≥ 75 anos) — relativamente ao conjunto de respostas sociais que pertencem, como já foi referido a entidades da rede solidária. Porém se na análise observarmos a associação entre a capacidade instalada e as 155 freguesias, a mesma é muito baixa: $\rho = .011$, $n = 155$, $\rho = .895$; $\rho = .005$, $n = 155$, $\rho = .895$, para ambos os cortes etários.

A observação do número de respostas por freguesia permite-nos constatar que 22 freguesias não apresentam qualquer resposta social e que apenas 13,5% das freguesias apresentam as cinco respostas sociais em análise.

Tabela 7 – Número de respostas sociais por freguesias do distrito de Coimbra

	N	%
0	22	14,2
1	14	9,0
2	43	27,7
3	69	44,5
4	5	3,2
5	2	1,3
Total	155	100

Observando apenas respostas sociais que preveem o apoio em situações de dependência, como é o caso das Estruturas Residenciais para Idosos e do Serviço de Apoio Domiciliário, verificamos que cerca de um quinto das freguesias ($n = 28$; 18,1%) não tem resposta.

Tabela 8 – Número de respostas sociais nas freguesias do distrito de Coimbra (Estrutura Residencial para Idosos – Erpi e Serviço de Apoio Domiciliário – SAD)

	ERPI		SAD		ERPI + SAD	
	N	%	N	%	N	%
0	78	50,3	30	19,4	28	18,1
1	77	49,7	125	80,4	52	33,5
2					75	48,4
Total	155	100	155	100	155	100

Se focarmos nas respostas sociais que promovem o convívio — incluímos nessas respostas o Centro de Dia e o Centro de Convívio —, verificamos que cerca de um quadro das freguesias ($n = 33$; 21,3%) não tem respostas.

Tabela 9 – Número de respostas sociais nas freguesias do distrito de Coimbra (Centro de Dia – CD e Centro de Convívio – CC)

	CD		CC		CD + CC	
	N	%	N	%	N	%
0	34	21,9	145	93,5	33	21,3
1	121	78,1	10	6,5	113	72,9
2	-	-	-	-	9	5,8
Total	155	100	155	100	155	100

Discussão

Os resultados obtidos pela pesquisa permitem-nos afirmar que as respostas sociais Serviço de Apoio Domiciliário (15 → 4.646), Centro de Dia (25 → 2.046) e Centro de Convívio (20 → 474) apresentam um crescimento geométrico se nos reportarmos a 1974. Já no que concerne à Estrutura

Residencial para Idosos, a sua evolução, apesar de não ter sido geométrica, foi substantiva ao passar das duzentas respostas, em 1974, para as atuais 2.271. Importa, contudo, referir que quando comparamos a taxa de utilização das respostas sociais, a Estrutura Residencial para Idosos apresenta a maior percentagem, 91,4%. O Centro de Noite é uma resposta já do século XXI e tem ainda expressão diminuta, se a compararmos com o outro tipo de resposta. Os números atestam que as duas respostas com maior crescimento (Serviço de Apoio Domiciliário e Centro de Dia) plasmam o engajamento político demonstrado logo nos programas dos primeiros governos constitucionais (I, II e III).

O investimento no Serviço de Apoio Domiciliário está relacionado com o facto de essa resposta estar desenhada para retardar a institucionalização, paradigma que surgiu na década de 1970 e que salientava a necessidade de diversificar as soluções para as pessoas idosas e suas famílias, evitando a colocação em lar, mantendo a pessoa idosa em contacto com a sua rede de proximidade e assegurando a manutenção de alguma autonomia.

Verificamos ainda pela análise dos dados referentes ao distrito de Coimbra que a hierarquização numérica dos equipamentos sociais é a mesma que a nacional (Serviço de Apoio Domiciliário — 188; Centro de Dia — 162; Estrutura Residencial para Idosos — 131; Centro de Convívio — 12 e Centro de Noite — 6). Apesar de o Serviço de Apoio Domiciliário aparecer como a resposta com maior capacidade e maior número de equipamentos, a sua taxa de utilização, 78,8%, é inferior à da Estrutura Residencial para Idosos (94,9%) e à do Centro de Convívio (89,3%). A expressão numérica do Serviço de Apoio Domiciliário não será alheia ao facto de as políticas de velhice promoverem respostas que priorizam a “manutenção dos idosos no domicílio habitual e apresentarem a família como elemento ‘natural’ de convivência” (Escuredo, 2007, p. 72). Acresce a esse facto o da participação financeira do Estado a essa resposta social ser bastante inferior à participação da resposta “Estrutura Residencial para Idosos” (menos 32%, este diferencial pode ser aumentado, chegando mesmo a duplicar, no caso da existência de acordos de cooperação, celebrados ao abrigo do princípio da diferenciação positiva, que preveem acréscimos de majorações de

acordo com o número de dependentes. Caso não tenham sido celebrados acordos, as ERPI poderão igualmente beneficiar de comparticipação financeira adicional se tiverem pessoas em situação de dependência de 2º grau) (Protocolo para o Biênio 2015-2016). Como argumentos da expansão dessa resposta, poderemos elencar também o facto de esta resposta não precisar do investimento financeiro a que obriga uma Estrutura Residencial para Idosos — que implica a construção de quartos, casas de banho ou mesmo pequenas unidades residenciais; outro fator explicativo da expansão do Serviço de Apoio Domiciliário poderá estar associado ao facto de esta funcionar alojada, numa lógica de hospedeiro, em outras respostas sociais, potenciando o investimento em equipamento preexistente.

No distrito de Coimbra, as respostas Centro de Dia, Centro de Convívio e Centro de Noite são pertença exclusiva da rede solidária, enquanto a Estrutura Residencial para Idosos e o Serviço de Apoio Domiciliário são partilhadas por ambas as redes (lucrativa e solidária). Esperaríamos que essas respostas estivessem disseminadas no território de acordo com o número de residentes idosos, associadas a dinâmicas económicas espacialmente intensivas (Reis, 1992). Contudo, a referida associação, como constatámos, está longe de ser perfeita. O preço do terreno poderá ser uma variável com influência, não negligenciável, na opção da escolha do local de edificação de uma nova estrutura. Lembremos que os terrenos localizados em zonas com maior número de amenidades apresentam preços mais elevados. No que concerne à rede solidária, recordamos Almeida (2011, p. 138) quando refere que existem outras racionalidades que não as “baseadas nas necessidades reais da comunidade, as taxas de cobertura das respostas sociais ultrapassam, por vezes, os limites adequados e assiste-se a mecanismos de competição na captação de procura”.

Relativamente às respostas sociais que preveem o apoio a situações de dependência, verificamos que estas não estão disseminadas por todas as freguesias, já que cerca de metade das freguesias não possui essas respostas sociais. Apesar de esta situação, no que se refere ao Serviço de Apoio Domiciliário, poder ser compensada através da deslocação dos técnicos e auxiliares, já no caso da Estrutura Residencial para Idosos não existem soluções.

A lógica da proximidade como critério de instalação de respostas para idosos vê-se assim desrespeitada.

Concluimos, desta forma, que existe uma desconcórdia entre o número de residentes idosos e a capacidade das respostas sociais por freguesia, a par de uma fraca representação de respostas sociais vocacionadas tanto para o apoio a situações de dependência como promotoras de convívio. Esta situação implicará repensar a distribuição de equipamentos para as pessoas idosas, pois estes devem estar situados perto das pessoas que deles necessitam, como recomenda a Imserso (2000).

Partindo da deteção dessas desconcórdias na distribuição territorial das respostas sociais para as pessoas idosas, que respeitem as suas idiossincrasias, necessidades multidimensionais, numa lógica de adaptação do conceito de serviço público ao primado de o colocar ao serviço da cidadania efetiva, resultam alguns contributos possíveis para a atuação do Serviço Social. Entendemos, com efeito, que os assistentes sociais, conhecedores das realidades individuais, locais e institucionais, se posicionam de forma privilegiada na interseção institucional, podendo reforçar o seu papel como avaliadores, propositores, e não meros executores de políticas sociais. Urge sincronizar diagnósticos sociais com a capacidade instalada por freguesia e o número de potenciais utentes. Esse é um dos desafios que se colocam hoje ao Serviço Social, o de se colocar como agente interseccional numa gestão territorial da ação social que, não deixando de atender aos ditames da sustentabilidade das respostas sociais, a combine com os requisitos de promoção da cidadania e do desenvolvimento social de rosto humano. Um olhar crítico e vigilante sobre a gestão territorial das respostas sociais para as pessoas idosas pode beneficiar de cartografias atualizadas e estratégicas como a que se pretende com o estudo aqui apresentado.

Recebido em: 31/12/2015 ■ Aprovado em: 29/2/2016

Referências bibliográficas

- ALMEIDA, Vasco. *As instituições particulares de solidariedade social: governação e terceiro sector*. Coimbra: Almedina, 2011.
- ANDRADE, L. *A flexa no tempo...* As práticas de Serviço Social nas IPSS no Concelho de Coimbra. [S.l.]: Instituto Superior Miguel Torga, 2007.
- CAETANO, M. *As respostas sociais para população idosa: um estudo em Portugal continental*. [S.l.]: Instituto Superior Miguel Torga, 2012.
- COHEN, L.; HOLLIDAY, M. *Statistics for social scientist*. Londres: Harper & Row, 1982.
- ESCUREDO, B. Las políticas sociales de dependencia en España: contribuciones y consecuencias para los ancianos y sus cuidadores informales. *Reis*, Madri, n. 119, p. 65-89, 2007.
- ESTANQUE, E. O Estado social em causa: instituições sociais, políticas sociais e movimentos sociolaborais. *Finisterra*, revista de reflexão e crítica, Lisboa, n. 73, p. 39-80, 2012.
- FISHER, G.-N. *Psicologia social do ambiente*. Lisboa: Instituto Piaget, 1994.
- GUEDES, J. *O internamento em lar e a identidade dos idosos*. [S.l.]: Universidade do Porto, 2007.
- HESPANHA, P. et al. *Entre o Estado e o mercado: as fragilidades das instituições de protecção social em Portugal*. Coimbra: Quarteto, 2001.
- HESPANHA, P.; FERREIRA, S.; PACHECO, V. O Estado social, crise e reformas. In: _____. *Anatomia da crise: identificar os problemas para construir alternativas*. Coimbra: Centro de Estudos Sociais, 2013. p. 161-249.
- IMSERO. *Personas mayores y residencias: un modelo prospectivo para evaluar las residencias*. Madrid: Imsero — Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, 2000.
- LEAL, A. S. *Temas de segurança social*. Lisboa: União das Mutualidades, 1998.
- LOPES, A. Organizações não governamentais, políticas sociais e desenvolvimento organizacional: *welfare mixes* em Portugal no domínio da luta contra a VIH/Sida. *Sociologia*, v. I, n. 10, p. 131-172, 2000.

MACHADO, A. Comunicação e arquitectura. In: _____. *Pessoas idosas e comunicação*. Lisboa: Direcção Geral da Acção Social, 1996. p. 31-63.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E DA SOLIDARIEDADE. *Carta Social*: rede de serviços e equipamentos. Lisboa: Departamento de Estudos, Prospectiva e Planeamento, 2000.

REIS, J. *Os espaços da indústria*: a regulação económica e o desenvolvimento local. Porto: Edições Afrontamento, 1992.

_____ et al. Compreender a crise: a economia portuguesa num quadro europeu desfavorável. In: _____. *Anatomia da crise*: identificar os problemas para construir alternativas. Coimbra: Centro de Estudos Sociais, 2013. p. 12-71.

RODRIGUES, J. P. Envelhecer num lar. *Antropológicas*, Porto, n. 5, p. 53-88, 2001.

SANTOS, B. S. *O Estado e a sociedade em Portugal (1974-1988)*. Porto: Edições Afrontamento, 1998.

Estudo 2

Competências dos/as Assistentes Sociais na área do Envelhecimento

Estudo 2

Artigo 1 – Propriedades Psicométricas da *Geriatric Social Work Competencies Scale II*

Fernanda Daniel

Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra / Instituto Superior Miguel Torga – fernanda-daniel@ismt.pt

Jorge Ferreira

Centro de Investigação e Estudos de Sociologia – Instituto Universitário Lisboa / ISCTE – Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas – jmlfa@iscte-iul.pt

Rosa Monteiro

Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra / Instituto Superior Miguel Torga – monteiro.rosa14@gmail.com

Artigo submetido à revista *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*

Alternativas. Cuadernos de Trabajo Sociales una revista científica internacional arbitrada de Trabajo Social y Ciencias Sociales, editada por el Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales de la Universidad de Alicante. Su objetivo es contribuir a la difusión de investigaciones originales, trabajos teóricos, experiencias prácticas y notas técnicas, realizadas en nuestro país y en el ámbito internacional, relativos a Trabajo Social, Política Social y Servicios Sociales, así como a otras disciplinas y profesiones que, desde un punto de vista multi e interdisciplinar, enriquecen y complementan la disciplina y la acción profesional del trabajo social en el ámbito de las Ciencias Sociales.

Psychometric Properties of Geriatric Social Work Competencies Scale II

Extended abstract

Introduction: Previous studies report the existence of several factors contributing to the development of gerontological competencies in Social Work (Damron-Rodriguez, Volland, Wright, & Hooyman, 2009; Rosen, Zlotnik, Curl, & Green, 2000; Scharlach, Damron-Rodriguez, Robinson, & Feldman, 2000). According to Rosen et al. (2000), the increase of elderly population and the diversity of ageing trajectories justify the inclusion of gerontological contents within undergraduate and graduate degrees in Social Work curricula. A literature review also reveals that social workers with the knowledge and skills required to meet the needs of the elderly population are lacking. In the near future this need will be even more pressing, and therefore, the introduction of curricular contents in this area is highly recommended (Peterson, 1990). According to Damron-Rodriguez, Volland, Wright and Hooyman (2009), gerontological competences (Gero) are fundamental to ensure that all social workers are prepared to work with older adults, given that this is the population with whom they interact most. Consequently, advanced levels of gerontological skills are required for specialized geriatric practice and professional leadership in this expanding field (Damron-Rodriguez et al., 2009).

The Geriatric Social Work Competencies Scale II (GSWCS-II) is considered a reference for the assessment of Social Workers Gero competencies. It encompasses “a listing of skills recognized by gerontological social workers as important to social workers effectively working with and on behalf of older adults and their families” (CSWE, 2008, p. 29). The current paper addresses the factor structure and psychometric properties of the GSWCS-II in a sample of Portuguese social workers working with elderly people.

Material and methods

Participants: A total of 543 social workers were interviewed, with ages between 22 and 63 years old ($M = 33.05$, $SD = 7.57$), female (96.1%) and in management functions (72.5%). Most of the participants did their training in private education establishments ($n = 387$; 72.5%), have finished their training in 2007 ($n = 53$; 9.9%), is considered a “Senior Social Worker” ($n = 114$; 21.3%), have leadership positions ($n = 332$; 85.8%) and work mainly in Social Solidarity Associations ($n = 234$; 43.8%).

Instruments: For data collection the GSWCS-II and a socio-professional questionnaire were used. The GSWCS-II consists of 50 items that are subdivided into different domains: (i) Values, Ethics, and Theoretical Perspectives; (ii) Assessment; (iii) Intervention; (iv) Ageing Services, Programs, and Policies; (v) Leadership in the Practice Environment of Ageing. Each item is answered on a five-point Likert scale, where 0 = “Not skilled at all” (I have no experience with this skill), 1 = “Beginning skill” (I have to consciously work at this skill), 2 = “Moderate skill” (This skill is becoming more integrated in my practice), 3 = “Advanced skill” (This skill is done with confidence and is an integral part of my practice), and 4 = “Expert skill” (I complete this skill with sufficient mastery to teach others). The study comprised six phases: (1) Translation; (2) Back translation, (3) Similarities’ analyses, (4) Back translation of dissimilar items, (5) Pilot test, and (6) Reliability and validity study.

Procedures: Data collection began with the analysis of the Portuguese Social Charter to identify the email addresses of institutions providing social responses to the elderly population in Portugal. Three thousand six hundred and fifteen institutions were identified and contacted via email. The study aims and a link to an online platform (Google Docs) for data collection were provide.

Statistical analysis: For statistical analyses SPSS (Statistical Package for Social Sciences, version 24) and AMOS software (Analysis of Moment Structures, version 18.0) were used. Items’ internal consistency (Cronbach's alpha) analysis were Pearson correlation coefficients were calculated to examine the association between the total scale and its dimensions. A Confirmatory Factor Analysis (CFA) was conducted in order to evaluate the fit of the hypothesized five-factor model to the data. The overall model adjustment quality was examined based on the following fit indexes: the normed

Chi-square(χ^2/df), the Comparative Fit Index (CFI) and the Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA). Quality of local adjustment was assessed by the factorial weights.

Results: Both the total GSWCS-II and its dimensions showed a high internal consistency (Cronbach's $\alpha > .902$). Correlations between the GSWCS-II and its dimensions were also high ($r > .815$). The lowest factor weights ranged from .583 (item 1 of the dimension "Values, Ethics, and Theoretical Perspectives") to .862 (item of the dimension 7 "Aging Services, Programs, and Policies" and item 3 of the dimension "Leadership in the Practice Environment of Aging", with equal scores).

The five-factor model showed the following fit indexes: $\chi^2/df = 3.129$, CFI = .97, GFI = .890, TLI = .883, and RMSEA = .064.

Discussion and Conclusion: The new challenges of an ageing population and the consequent opening of new fields for social workers professional action invites us to reflect on these technicians skills in this specific area. The need for competencies is highlighted in the scientific literature. For example, in the study of Naito-Chan, Damron-Rodriguez and Simmons (2004), conducted with four focus groups of elderly adults, caregivers (consumers), employers in the field of aging and recent Social Work graduates, several social workers' competencies have been identified, namely resources identification, ability to perform geriatric assessments, case management, and self-awareness skills. However, many "consumers" did not understand social workers role. The focus on these technicians training skills is considered a path. Tuncay and Duyan also mention the importance of skills, arguing that "staff competence (i.e., knowledge and skills) in delivering age-appropriate services are considered a primary indicator of organizational quality and a key to obtaining accreditation" (2015, p. 66). The current study examined the GSWSC-II factor structure and psychometric properties in a sample of social workers working with elderly people in Portugal. This is an instrument of interest for social workers academic and professional community given that it maps the competencies recognized as important to all social workers working with the elderly. The GSWSC-II presented an excellent reliability, comparable to the one found by Tuncay and Duyan (2015). Correlation coefficients between GSWSC-II dimensions and the total scale were equally high. Adjustment indexes showed a reasonable to good fit, similar the one reported by Tuncay and Duyan (2015). To sum, the GSWSC-II can be

seen as a reliable measure for competence self-assessment regarding basic and specialized social workers skills in the domain of working with the elderly.

The current study, besides making known to the the existence of the GSWCS-II, which, examines their psychometric properties from the results obtained in a sample of social workers working with elderly people in Portugal. The Geriatric Social Work Competencies Scale II presented an excellent reliability coefficient, measured by Cronbach's alpha, comparable to the one found by Tuncay and Duyan (2015). Correlation coefficients between the scale dimensions were equally high. The factor weights were higher than 6 tenths in all items. Adjustment indexes were similar the ones presented by Tuncay and Duyan (2015). To sum, this instrument presents adequate psychometric qualities and it can and should be used to determine self-assessed competence in the basic and specialized behaviours of social workers.

Propriedades Psicométricas da *Geriatric Social Work Competencies Scale II*

Resumo curto

Introdução: A *Geriatric Social Work Competencies Scale II* (GSWCS-II) é considerada uma referência na avaliação de competências de Assistentes Sociais Gero. O estudo teve como objetivo examinar as propriedades psicométricas da GSWCS-II numa amostra de assistentes sociais portuguesas que trabalham com pessoas idosas.

Materiais e Métodos: A GSWCS-II foi administrada conjuntamente com um pequeno questionário socioprofissional elaborado por nós. Foram inquiridas/os 543 assistentes sociais com média de idades de 33.05 (7.57=DP), do sexo feminino (96.1%) e em funções de Chefia (72.5%).

Resultados: A consistência interna foi elevada em todas as dimensões ($\alpha > .9$). A escala apresenta correlações elevadas com todas as suas dimensões ($> .85$). A Análise Fatorial Confirmatória foi utilizada para testar o modelo, baseado em uma estrutura de cinco dimensões, o teste do Qui-quadrado de ajustamento (χ^2/gl) = 3.129 apresentou adequado índice de ajustamento.

Conclusão: A GSWCS-II apresenta indicadores de ser uma escala válida e fidedigna.

Palavras-chave: Serviço Social, Pessoas Idosas, Competências

Psychometric Properties of Geriatric Social Work Competencies Scale II

Short Abstract

Introduction: The Geriatric Social Work Competencies Scale II (GSWCS-II) is considered a reference for the assessment of Social Workers Geriatric competencies. The aim of the study is to examine the psychometric properties of GSWCS-II in a sample of Portuguese social workers working with elderly people.

Material and Methods: The GSWCS-II was administered in conjunction with a specific designed socio-professional questionnaire. A total of 543 social workers were interviewed, with a mean age of 33.05 ($7.57 = SD$), female (96.1%) and in management functions (72.5%).

Results: Internal consistency was verified with high values in all dimensions ($\alpha >.9$). The scale has high correlations with all its dimensions ($>.85$). The Confirmatory Factor Analysis was used to test the model, based on a five-dimensional structure, the chi-square test of adjustment ($\chi^2/df = 3.129$) presented a acceptable index of adjustment.

Conclusion: The GSWCS-II proved to be a valid and reliable scale for this population.

Key words: Social work, Elderly People, Competencies

Introdução

Segundo as Nações Unidas, em 2015, 901 milhões de pessoas tinham 60 anos ou mais (12% da população global), apresentando este universo uma taxa de crescimento de 3,26 ao ano (2015). No ranking dos continentes é a Europa que tem a maior percentagem de população com 60 anos ou mais (24%), contudo estima-se que num futuro próximo ocorra um envelhecimento rápido em outras partes do mundo. Em 2050 é expectável que as principais regiões do mundo, exceto África, tenham quase um quarto ou mais da sua população com 60 anos ou mais. Estima-se que o número de pessoas idosas no mundo será de 2,1 biliões em 2050 e poderá ascender a 3,2 biliões em 2100 (United Nations, Departmente of Economic and Social Affairs, 2015).

Na população com mais de 60 anos o subconjunto que mais tem aumentado é o dos idosos mais velhos, com 80 ou mais anos de idade. Estes deverão aumentar significativamente, de 125 milhões em 2015 para 434 milhões em 2050 e 944 milhões em 2100, sendo que 28% viviam na Europa em 2015, devendo essa percentagem decrescer para 16% em 2050 e para 9% em 2100. Em contrapartida as populações de outras áreas do mundo continuarão, proporcionalmente, a aumentar de tamanho e elas próprias a envelhecer (United Nations, Departmente of Economic and Social Affairs, 2015).

Neste novo cenário de transformações apuradas pelos demógrafos verificaram-se também importantes alterações na composição dos agregados familiares, que se repercutem nas relações familiares entre as várias gerações e, conseqüentemente, nas gerações mais velhas. Os agregados familiares, caracterizados, há bem pouco tempo, por uma convivência intergeracional, dão progressivamente lugar a “novos arranjos familiares, ainda que o casal com filhos permaneça como o padrão de organização dominante, regista-se ligeira queda de sua frequência, paralela a um aumento relativo das famílias unipessoais e das famílias monoparentais” (Carvalho & Almeida, 2003, p. 110); correlacionado com estas mudanças verifica-se uma cada vez maior mobilidade dos itinerários geográficos e socioprofissionais, uma crescente participação das mulheres no mercado de trabalho, novos ritmos de vida que têm impactos no enquadramento familiar e social de pessoas idosas.

Em consequência destas transformações vários profissionais, entre os quais os/as

assistentes sociais, são convocados para responder às necessidades desta população envelhecida. Segundo Scharlach, Damron-Rodriguez, Robinson e Feldman (2000) estes técnicos podem trazer contribuições únicas tanto para as pessoas idosas como para as suas famílias. No mesmo sentido Tuncay e Duyan, na senda de Scharlach, Damron-Rodriguez, Robinson e Feldman (2000), afirmam que “a necessidade de assistentes sociais com conhecimento gerontológico baseia-se na convicção de que os valores da profissão, as perspectivas teóricas e as competências são essenciais para melhorar o bem-estar dos idosos e suas famílias (Tuncay & Duyan, 2015, p. 61).

A literatura reporta que são vários os fatores que contribuem para o desenvolvimento de competências gerontológicas no Serviço Social (Damron-Rodriguez, Volland, Wright, & Hooyman, 2009; Rosen, Zlotnik, Curl, & Green, 2000; Scharlach et al., 2000). Segundo Rosen et al. (2000), o aumento da população idosa e a diversidade do envelhecimento justifica a inserção de conteúdos gerontológicos nos currículos de Serviço Social. Elencam, igualmente, a carência de assistentes sociais com conhecimento e competências requeridas para satisfazer as necessidades da população idosa. Recordemos uma pesquisa realizada nos Estados Unidos, com membros da Associação Nacional de Assistentes Sociais (NASW) que demonstrou, por extrapolação, que 26% (29.650) dos/as assistentes sociais trabalhavam normalmente com população idosa e que dos/as assistentes sociais que não trabalhavam, 62%, referem que o conhecimento gerontológico é necessário nos seus postos de trabalho (Peterson, 1990). Reconhece-se que no futuro próximo esta necessidade será ainda mais premente, e por esse facto, sugere-se a introdução de conteúdos curriculares nesta área (Peterson, 1990). As competências gerontológicas (Gero) são assim, segundo Damron-Rodriguez, Volland, Wright e Hooyman (2009), fundamentais para garantir que todos os/as assistentes sociais estejam preparados para trabalhar com adultos mais velhos, uma vez que a maioria interage de alguma forma com essa população. Da mesma forma, são necessários níveis avançados de competências gerontológicas para a prática especializada geriátrica e liderança profissional neste campo em expansão (Damron-Rodriguez et al., 2009).

Em 2004, nos Estados Unidos da América, o *Council on Social Work Education* (CSWE), a *Commission for Curriculum and Educational Innovation* (COCEI) e a *Commission for Accreditation* (COA) iniciaram o processo de análise e revisão da *Educational Policy and Accreditation Standards* (EPAS). Após um extenso trabalho

que incluiu revisão da literatura e pareceres de especialistas, identificaram-se vários pilares que orientariam este processo. A necessidade de reformular os *Educational Policy and Accreditation Standards* com base nos resultados dos/as alunos/as, nomeadamente nos comportamentos da prática, ou seja, o que um aluno/a deve aprender e ser capaz de fazer, levou a uma abordagem de educação baseada em competências (CSWE, 2008). É com base nesta filosofia que surgiu a *Geriatric Social Work Competencies Scale II* que é considerada como um conjunto de “habilidades reconhecidas pelos assistentes sociais gerontológicos como importantes para os assistentes sociais que trabalham efetivamente com e em nome de adultos mais velhos e suas famílias” (CSWE, 2008, p. 28). A referida escala, que contou com o apoio no seu desenvolvimento tanto do *Council on Social Work Education*, CSWE – *Gero-Ed Center Competency Goals* como do *Hartford Partnership Program in Aging Education*, HPPAE, começou com uma revisão abrangente da literatura de Serviço Social Gerontológico, produzindo um conjunto de 128 possíveis competências profissionais. Cópia dos 128 itens foi enviada a consultores académicos especializados em gerontologia, investigadores e profissionais. Este painel de especialistas foi convidado a avaliar os itens e sugerir supressões, adições e modificações. Um pré-teste foi, em seguida, enviado aos/às assistentes sociais. Com base nas recomendações do painel e do pré-teste, foram identificados 65 itens relativos a três grandes domínios profissionais: (i) Conhecimento sobre as pessoas idosas e suas famílias (17 itens); (ii) Habilidade profissional (32 itens); (iii) Prática profissional (16 itens). Após a revisão dos itens relativamente à redundância, clareza e especificidade para a prática gerontológica, foram pré-testados e avaliados numa amostra de conveniência. O questionário final foi distribuído a 2.400 assistentes sociais, professores e pesquisadores. A escala teve desenvolvimentos com eliminação de itens e acréscimo de uma nova subescala. Dos estudos que dão conta de algumas propriedades psicométricas o que se aproxima do estudo que pretendemos fazer foi o realizado por Tuncay e Duyan (2015) com um grupo de estudantes do bacharelato em Serviço Social na Turquia.

Neste artigo apresentaremos as características psicométricas da *Geriatric Social Work Competencies Scale II* administrada numa amostra de assistentes sociais portugueses que trabalham com pessoas idosas.

Material e Métodos

Participantes

Foram inquiridos 543 assistentes sociais com idades compreendidas entre os 22 e os 63 anos, situando-se a idade média nos 35.05 ± 7.56 , 513 do sexo feminino (96.1%). Licenciados em estabelecimentos de ensino privado ($n = 387$; 72.5%), 53 terminara a sua formação em 2007 (9.9%), 114 era “Assistente Social Principal” (21.3%), 332 (85.8%) assumia cargos de chefia e trabalhava em Associações de Solidariedade Social ($n = 234$; 43.8%).

Tabela 1

<i>Caraterização Sociodemográfica e Profissional da Amostra (N = 534)</i>		
	<i>n</i>	<i>%</i>
Sexo		
Masculino	21	3.9
Feminino	513	96.1
	<i>M (DP)</i>	<i>Min-Máx</i>
Idade	35.05 (7.57)	22-63
Anos de trabalho na área	9.02(6.20)	0 – 38
Categoria	<i>n</i>	<i>%</i>
Assistente Social de 1. ^a	90	16.9
Assistente Social de 2. ^a	79	14.8
Assistente Social de 3. ^a	94	17.6
Assistente Social Principal	114	21.3
Outra	157	29.4
Funções	<i>n</i>	<i>%</i>
Chefia (Diretor/a Técnico/a; Coordenador/a, Diretor/a de Serviços, Diretor/a de Serviços/Diretor/a Técnico/a)	387	72.5
Sem funções de Chefia	147	27.5
Natureza Jurídica	<i>n</i>	<i>%</i>
Associação de Solidariedade Social	234	43.8
Centro (Social) Paroquial	102	19.1
Irmandade da Misericórdia / S.ta Casa da Misericórdia	74	13.9
Entidade Lucrativa	43	8.1
Fundação de Solidariedade Social	28	5.2
Instituto de Organização Religiosa	5	.9
Associação Mutualista	3	.6
Outra	45	8.4

Instrumentos

Utilizámos nesta pesquisa além de um questionário de caracterização socioprofissional, elaborado por nós, a *Geriatric Social Work Competencies Scale II*.

A Escala *Geriatric Social Work Competencies II* é constituída por 50 itens que se subdividem em diferentes domínios: (i) Ética e perspectivas teóricas, (ii) Avaliação, (iii) Intervenção, (iv) Serviços, programas e políticas de envelhecimento, (v) Liderança no contexto de trabalho com pessoas idosas. Cada item é respondido numa escala de Likert de cinco pontos, em que 0 significava “Nada competente (não tenho experiência com esta competência)”, 1 “Competência inicial (tenho de trabalhar para desenvolver esta competência)”, 2 “Competência moderada (esta competência começou a ser integrada na minha prática)”, 3 “Competência avançada (esta competência é realizada com confiança e faz parte integral da minha prática)” e 4 “Competência especializada (realizo esta competência com mestria suficiente para ensinar a outros)”.

Procedimentos

Após permissão de utilização da escala, iniciou-se o processo de tradução e adaptação do instrumento na versão portuguesa, pois importava iniciar o processo que permitiria a utilização da escala por nativos língua portuguesa. O processo cumpriu seis fases: (1) Tradução do instrumento; (2) Retroversão, (3) Avaliação das dissemelhanças, (4) Retroversão de itens dissemelhantes, (5) Teste-piloto e (6) Estudo da fidedignidade (consistência interna) e validade.

No que concerne ao estudo empírico, que permitiu recolher os dados aqui apresentados, este iniciou-se com a obtenção, a partir da Carta Social, dos endereços eletrónicos das instituições em Portugal continental, com respostas sociais vocacionadas para a idade avançada (Centro de Convívio, Centro de Dia, Centro de Noite, Estrutura Residencial para Idosos e Serviço de Apoio Domiciliário). Foram identificadas e contactadas, via email, 3.615 instituições. No corpo da mensagem, além da descrição do estudo, foi igualmente enviado o *link* que remetia para um formulário *on-line*, disponibilizado na ferramenta eletrónica *Google Docs*.

Análise Estatística

Na análise e tratamento estatístico utilizamos o SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*, versão 24) e o seu software opcional AMOS (*Analysis of MOment Structures*, versão 18.0). Numa primeira fase, apurámos a consistência interna dos itens através do cálculo do alpha de Cronbach, foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson para verificar a correlação entre a escala e as suas dimensões. Foi igualmente efetuada uma Análise Confirmatória para verificar se o modelo testado, baseado na estrutura de cinco dimensões, apresentava bons índices de ajustamento. A qualidade de ajustamento global do modelo fatorial foi avaliada de acordo com os seguintes índices: o teste do Qui-quadrado de ajustamento (χ^2/gl), o *Comparative Fit Index* (CFI) e o *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA). A qualidade do ajustamento local foi avaliada pelos pesos fatoriais.

Resultados

O cálculo do alfa de Cronbach revelou que tanto a *Geriatric Social Work Competencies II* como as suas dimensões apresentaram uma consistência interna elevada (α de Cronbach > .902) respeitando os critérios descritos na literatura (Daniel, Gomes, & Ferreira, 2015; Peterson, 1994).

Tabela 2
Consistência Interna da Escala

	Alfa de Cronbach	Número de itens
GSWS II	.979	50
I. Valores, Ética e Perspetivas Teóricas	.902	10
II. Avaliação	.902	10
III. Intervenção	.924	10
IV. Serviços, programas e políticas de envelhecimento	.946	10
V. Liderança no contexto de trabalho com pessoas idosas	.959	10

As correlações entre a *Geriatric Social Work Competencies Scale II* e as suas dimensões são elevadas, estatisticamente significativas, com valores superiores a .815.

Tabela 3
Correlações entre a Escala Global e as suas dimensões (n =534)

	I	II	III	IV	V	GSWS II
I. Valores, Ética e Perspetivas Teóricas	—	.724**	.737**	.637**	.631**	.815**
II. Avaliação		—	.792**	.689**	.643**	.856**
III. Intervenção			—	.819**	.760**	.927**
IV. Serviços, programas e políticas de envelhecimento				—	.829**	.915**
V. Liderança no contexto de trabalho com pessoas idosas					—	.895**
GSWS II						—

** A correlação é significativa no nível .01 (bilateral).

Os pesos fatoriais mais baixos (tabela 4), variaram entre um mínimo de .583 (item 1 da dimensão Valores, Ética e perspetivas teóricas) e um máximo de .862 (item 7 “Serviços, programas e políticas de envelhecimento” e item 3 “Liderança no contexto de trabalho com pessoas idosas” com pontuações iguais).

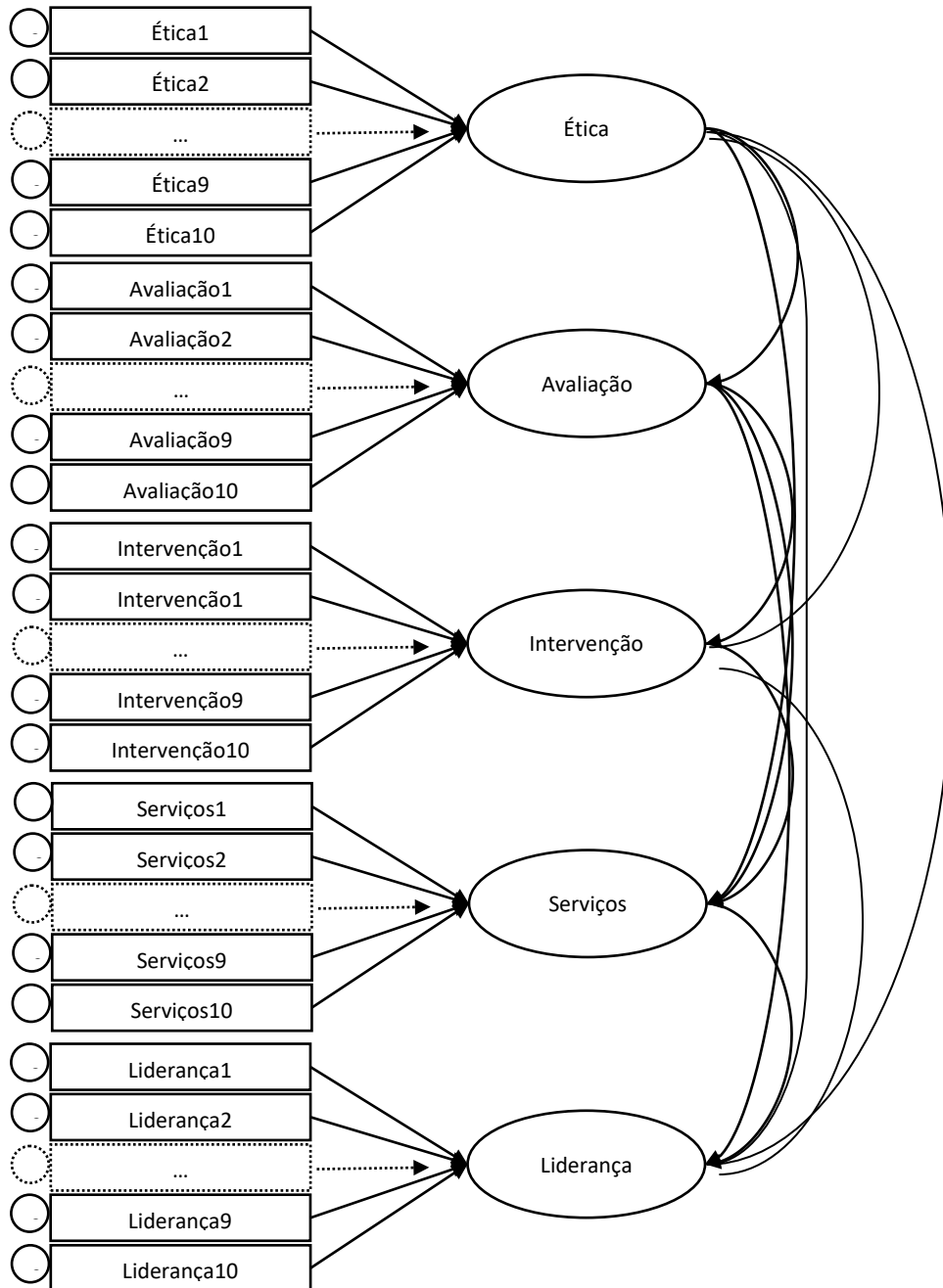
Tabela 4
Pesos de Regressão estandardizados dos itens das dimensões da GSWS II

Itens	Valores, Ética e perspetivas teóricas	Avaliação	Intervenção	Serviços, programas e políticas de envelhecimento	Liderança no contexto de trabalho com pessoas idosas
Item 1	.583	.688	.645	.680	.740
Item 2	.699	.724	.721	.748	.787
Item 3	.707	.784	.732	.788	.862
Item 4	.649	.734	.777	.778	.850
Item 5	.659	.733	.802	.808	.854
Item 6	.724	.797	.791	.859	.870
Item 7	.731	.739	.814	.862	.855
Item 8	.762	.666	.790	.804	.858
Item 9	.655	.761	.698	.810	.848
Item 10	.779	.742	.705	.840	.853

O modelo, como pode ser observado na Figura 1, foi testado através de uma Análise Fatorial Confirmatória. É baseado em uma estrutura quinquidimensional (matriz de intercorrelação com 50 itens), da *Geriatric Social Work Competencies Scale II*.

Figure 1

Esquema do diagrama das cinco dimensões da Geriatric Social Work Competencies Scale II



Os índices de ajustamento para a GSWCS foram compatíveis com o modelo de cinco dimensões. De acordo com a Análise Fatorial Confirmatória, o Qui-quadrado de ajustamento (χ^2/gl) = 3.129 apresentam um adequado ajuste, e todos os índices

(RMSEA = .064, CFI = .97, GFI = .890 e TLI = .883) tiveram um ajuste aceitável para um modelo de cinco dimensões.

Discussão e Conclusão

Os novos desafios do envelhecimento da população e a abertura consequente de novos campos de ação profissional aos/às assistentes sociais convoca-nos à reflexão sobre as competências destes técnicos nesta área. A necessidade de competências estão assinaladas na literatura, o estudo de Naito-Chan, Damron-Rodriguez e Simmons (2004) realizado com quatro focus-group de adultos idosos, cuidadores (consumidores), empregadores no campo do envelhecimento e recém licenciados em Serviço Social é ilustrativo. Várias competências foram elencadas relativamente aos/às assistentes sociais, nomeadamente a identificação de recursos, a capacidade de realizar avaliações geriátricas, a gestão de casos, a capacidade de autoconsciência. Contudo muitos “consumidores” não entenderam o papel dos/as assistentes sociais. O enfoque das competências na formação destes técnicos é considerado um caminho. A importância das competências é também reportada por Tuncay e Duyan (2015, p. 66) apoiados em Naito-Chan, Damron-Rodriguez e Simmons (2004) “a competência do pessoal (isto é, conhecimento e habilidades) na prestação de serviços adequados à idade é considerada um indicador primário da qualidade organizacional e uma chave para a obtenção de credenciamento”.

Este estudo além de dar a conhecer à comunidade académica e profissional a existência da Geriatric Social Work Competencies Scale II que mapeia as competências reconhecidas como importantes para todos/as os/as assistentes sociais que trabalham com pessoas idosas, examina as suas propriedades psicométricas a partir dos resultados obtidos em uma amostra de assistentes sociais que trabalham com pessoas idosas em Portugal. A Geriatric Social Work Competencies Scale II apresenta coeficientes de fidedignidade — consistência interna —, medidos pelo alfa de Cronbach, considerados elevados, tal como no estudo de Tuncay e Duyan (2015). Os coeficientes de correlação entre as dimensões e a escala foram igualmente elevados. Os pesos factoriais foram superiores a 6 décimas em todos os itens. Os índices de ajustamento foram entre bons e razoáveis indo ao encontro dos apresentados por Tuncay e Duyan (2015) com a escala com quatro dimensões.

Analisando os resultados obtidos, podemos afirmar que este instrumento apresenta adequadas qualidades psicométricas e desta forma pode e deve ser utilizado para determinar a competência auto-avaliada nos comportamentos básicos e especializados dos/as assistentes sociais.

Referências bibliográficas

Carvalho, I. M. M. de, & Almeida, P. H. de. (2003). Família e proteção social. *São*

Paulo Em Perspectiva, 17(2), 109–122. <https://doi.org/10.1590/S0102->

88392003000200012

CSWE. (2008). *Advanced Gero Social Work Practice*.

Damron-Rodriguez, J., Volland, P. J., Wright, M. E., & Hooyman, N. R. (2009).

Competency-Based Education: Implications of the Hartford Geriatric Social Work

Approach. In Hooyman (Ed.), *Transforming Social Work Education: The First*

Decade of the Hartford Geriatric Social Work (pp. 21–50). Arlington, Virginia:

Council on Social Work Education Press.

Daniel, F., Gomes, A., & Ferreira, P. L. (2015). Contributo para a Discussão da

Avaliação da Fiabilidade de um Instrumento de Medição. *Revista de Enfermagem*

Referência, 4(7), 129–137.

Naito-Chan, E., Damron-Rodriguez, J., & Simmons, W. J. (2004). Identifying

Competencies for Geriatric Social Work Practice. *Journal of Gerontological Social*

Work, 43(4), 59–78. https://doi.org/10.1300/J083v43n04_05

Peterson, D. (1990). Personnel to Serve the Aging in the Field of Social Work:

Implications for Educating Professionals. *Educating Social Workers Serving the*

Elderly, 412–415.

Peterson, R. A. (1994). A meta-analysis of Cronbach's coefficient alpha. *Journal of*

Consumer Research, 21(2), 381–391.

- Rosen, A., Zlotnik, J. L., Curl, A., & Green, R. (2000). *CSWE SAGE-SW National Competencies Survey and Report*.
- Scharlach, A., Damron-Rodriguez, J., Robinson, B., & Feldman, R. (2000). Educating social workers for an aging society: A vision for the 21st century. *Journal of Social Work Education*.
- Tuncay, T., & Duyan, V. (2015). Turkish Adaptation of the Geriatric Social Work Competency Scale in a Group of Social Work Bachelor Students. *Turkish Journal of Geriatrics*, 18(1), 60–67.
- United Nations, Departmente of Economic and Social Affairs, P. D. (2015). *World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables* (241 No. ESA/P/WP).

Estudo 2

Artigo 2 – *Competencias éticas en la práctica profesional de las/los trabajadoras/es sociales con personas mayores*

Fernanda Daniel

Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra / Instituto Superior Miguel Torga – fernanda-daniel@ismt.pt

Rosa Monteiro

Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra / Instituto Superior Miguel Torga – monteiro.rosa14@gmail.com

Jorge Ferreira

Centro de Investigação e Estudos de Sociologia – Instituto Universitário Lisboa / ISCTE – Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas – jmlfa@iscte-iul.pt

Pablo Álvarez-Pérez

Centro de Investigação e Estudos de Sociologia – Instituto Universitário Lisboa / ISCTE – Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas – pablo.alvarez@iscte.pt

Artigo submetido à revista *Papers. Revista de Sociologia*

Papers. Revista de Sociologia (ISSN 2013-9004) es una publicación en formato electrónico del Departamento de Sociología de la Universitat Autònoma de Barcelona. Fundada en 1972, es una de las principales revistas de sociología en España y en la comunidad hispano-hablante. Su objetivo básico es publicar y difundir la investigación empírica original y el trabajo teórico riguroso en sociología y otras ciencias sociales afines (antropología, ciencia política, economía, psicología social). Sus contenidos cubren virtualmente todos los campos de la investigación sociológica empírica y teórica, y exploran las fronteras interdisciplinarias en las ciencias sociales. Se aceptan trabajos en tres idiomas, catalán, castellano e inglés, aunque todos los títulos, resúmenes y palabras clave se encuentran disponibles en inglés.

Resumen

El presente artículo tiene como objetivo presentar los resultados sobre una subescala suministrada a trabajadores sociales, en Portugal, que intervienen con personas mayores y que evalúa las competencias de estos acerca de los «Valores, éticas y perspectivas teóricas». El estudio, además de analizar la estructura factorial y las propiedades psicométricas de la subescala, comprara las puntuaciones medias con las de otros países. La investigación se hizo con las/los trabajadoras/es sociales que asumen funciones de liderazgo en las respuestas sociales dirigidas a personas mayores ($n = 387$). Los resultados indican una estructura bifactorial (competencias transversales versus competencias especializadas sobre la práctica profesional), y que explica aproximadamente el 64,72% de la varianza. La consistencia interna fue de 0,90 (α de Cronbach). Las diferencias de las medias encontradas, que son superiores en Portugal, especialmente en las competencias transversales que conducen a la integración de los valores y las éticas en la práctica profesional, nos llevan a considerar que, a pesar de la ausencia de un código de ética portugués, el proyecto educativo y profesional está basado en la centralidad de los valores y de la ética.

Palabras clave: éticas; valores; trabajo social; competencia profesional

Abstract. *Ethical competencies in the professional practice of social workers with elderly population*

The article aim is to present the results of the administration, in Portugal, of a subscale that evaluates the competencies of social workers working with elderly users regarding «values, ethics and theoretical perspectives». The study, in addition to examining the factor structure and the psychometric properties of the subscale, compares the mean scores with those of samples collected in other countries. The research was carried out with social workers who assume leadership roles in social institutions directed to the elderly population ($n = 387$). The results indicate a two-factor structure (transversal competences vs. specialised skills related to professional practice), which explains about 64.72% of the variance. The internal consistency was 0.90 (Cronbach's α). The average differences found in Portugal, especially in transversal competences that refer to the integration of values and ethics in professional practice, lead us to consider that despite the absence of a Portuguese code of ethics, the educational and professional project of social workers is based on the centrality of values and ethics.

Keywords: ethics; values; social work; professional competence

Sumario

1. Introducción
2. Competencias éticas y trabajo social
3. Material y métodos
4. Discusión y conclusiones

Referencias bibliográficas

1. Introducción

Las cuestiones éticas, como las problemáticas asociadas a determinados perfiles poblacionales, y en particular aquellas asociadas a personas vulnerables, son recurrentes, tanto en las prácticas como en el discurso de las/los trabajadoras/es sociales. El libro de Jane Addams, pionera del trabajo social⁹, *Democracia y ética social* (1902), y su obra social, Hull-House, por la que se hizo mundialmente conocida y que dio origen a los libros *Twenty Years at Hull-House* (1910) y *The Second Twenty Years at Hull-House* (1930), son paradigmáticos de esta relación.

El pensamiento social de Addams enfatiza la democratización de la ciudadanía, no solo en términos de derechos, sino también de relaciones, entendidas como los encuentros que posibilitan una capacidad para aprender del otro. Este espacio compartido por la relación, a su vez, crea un «conocimiento democrático» que se produce desde las bases de la sociedad y propicia nuevas formas de ayuda mutua (Schram, 2002). El resultado sería un nuevo sentido de solidaridad, así como un aprendizaje hacia el respeto y la valoración de las diferencias entre las personas. Para Addams, la clave para crear solidaridad era rechazar la idea de que el conflicto o el antagonismo es una parte imposible de eliminar, pues reconociendo que no existe la necesidad de antagonismo y buscando la afinidad en las relaciones más allá del conflicto, se puede comenzar a trabajar por la justicia democrática (Schram, 2002). En palabras de Addams, «es bueno, de vez en cuando, recordarnos a nosotros mismos que *ética* no es más que otra palabra para *justicia*, por la que muchos hombres y mujeres de cada generación han estado hambrientos y sedientos, y sin la cual la vida se vuelve insignificante» (Addams, 1902: 1).

Desde ese momento hasta la actualidad, ha habido un sinnúmero de cambios sociales. Considerando aquellos que se produjeron a nivel demográfico, y comparando los datos actuales con los del Tercer Censo General de Población portugués de 1 de diciembre de 1890, que se llevó a cabo un año después de la fundación de la Hull-House de Jane Addams y Ellen Gates Starr en los Estados Unidos, observamos que hemos pasado de tener el 10% de personas con 60 y más años de edad al 25,04% en la actualidad, o lo que es lo mismo, un cuarto de la población. Asimismo, el número de personas con 60 años o más en 2011 (2.644.805) es más de la mitad del número total de

⁹ Jane Addams es considerada una de las pioneras del trabajo social. En 1931 le fue atribuido el premio Nobel de la Paz, y fue la segunda mujer en recibir esta distinción. Fue notorio su trabajo en la progresista Hull-House, de la que fue fundadora junto con Ellen Gates Starr.

personas de Portugal en 1890, incluyendo todas las edades (5.049.729)¹⁰. Si nos fijamos en las personas con edades superiores a los 80 años, encontramos que, proporcionalmente, este es el grupo etario que más aumentó en los últimos 111 años: de 0,8% en 1890 a 5,04% en 2011, 38.165 versus 532.219 (Instituto Nacional de Estadística, 2012; Ministerio de Obras Públicas, 1896).

Portugal se destaca actualmente por la marcada representación numérica de la población mayor de 65 años, y se estima que en un futuro próximo sea uno de los países del mundo con mayor proporción de esta franja etaria; llegaría al tercer lugar en 2030 y al séptimo en 2050 (variante media) (Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, 2015). Es importante, por lo tanto, reflexionar sobre la forma cómo representamos, en este tiempo y espacio, a las personas que se encuentran en la última etapa de la vida, ya que la forma en que están representadas se refleja también en su identidad y induce su forma de actuar (Daniel et al., 2015). La literatura indica que las representaciones se construyen social y culturalmente. El proceso biológico, que puede ser identificado por las señales del cuerpo, es «apropiado y elaborado simbólicamente a través de rituales que definen, en las fronteras entre las edades, un sentido político y organizador del sistema social» (Minayo y Coimbra, 2002: 15). En los tiempos modernos, que están basados en una ideología «productivista» donde el trabajo es el foco central, se tiende a construir una visión despectiva de los más viejos, llegando a desvalorizarlos. Por otra parte, de acuerdo con Nelson, las personas mayores son también un recordatorio de nuestra mortalidad inminente. La ansiedad y el miedo asociado con la muerte también contribuyen a que los jóvenes «culpabilicen» a las personas de edad avanzada por la situación/proceso de envejecimiento. Al hacerlo, se niega la idea de que también envejecerán y, consecuentemente, morirán (Nelson, 2011). Arrastrados por un ideal de belleza basado en la juventud, se teme la pérdida de estos

¹⁰ Utilizamos en este estudio tanto la edad cronológica de 60 años, cuando trabajamos los datos de 1890, como los 65 años, corte utilizado por el Instituto Nacional de Estadística Portugués en la construcción de diferentes indicadores de envejecimiento. Este corte, de 65 años, es utilizado, según la Organización Mundial de la Salud, por la mayoría de los países desarrollados del mundo. Sin embargo, la edad cronológica de los 65 años no se adapta bien, según esta organización, a la situación de todos los países, especialmente a la de los países africanos. Por este hecho, al que se añade la arbitrariedad de cualquier corte, la ONU, en ausencia de un criterio numérico estándar, acordó trabajar con el corte de 60+ años (WHO, 2000). Recordemos que cortes como los 75 y 80 años también se utilizan para dar cuenta del envejecimiento de la propia población, y en el presente trabajo utilizamos los 80 años. Sin embargo, a pesar de su relevancia metodológica para la comparabilidad de datos, la utilización de estos cortes representa un instrumento que introduce una discontinuidad artificial y socialmente construida del *continuum* de las vidas (Morin y Mamou, 2001).

atributos. Por lo tanto, se vuelve fundamental ocultar todo lo que recuerda la inevitabilidad ontológica del envejecimiento. La exaltación de la juventud, tanto física como comportamental, se promueve a través de un *marketing* que publicita el repertorio terapéutico asociado a diferentes elixires. Al mismo tiempo, se construyen espacios físicos para personas mayores, separando el mundo de los más viejos del de los que no lo son (Hazan, 1994). La propia «muerte es escondida y silenciada. Por entenderse como fea y sucia, fue expulsada del espacio familiar hacia los hospitales [para estructuras residenciales para la tercera edad, añadimos nosotros] y para el cementerio. (...) Lo que Ariès llama domesticación de la muerte, el hombre trató de contenerlo en los espacios y rituales» (Muniz, 2006: 160-163).

En las sociedades donde la tendencia es suprimir los «síntomas» del «envejecimiento, ya sea a través de la estética postmoderna (cirugía plástica, cosméticos) o mediante el énfasis en la producción y en la juventud» (Jirásek y Veselsky, 2013: 407), se entiende la prevalencia del edadismo —un término que yuxtapone la palabra *edad* con el sufijo *-ismo*—, que se utiliza para explicar el fenómeno de la discriminación por edad. Recordemos que el término *edadismo* aparece escrito con guión en un artículo de Robert Butler, «Age-Ism: Another Form of Bigotry», que define la discriminación por edad o edadismo como «prejuicios de un grupo de edad en relación con grupos de otras franjas etarias» (Butler, 1969: 243), y retrata este tipo de prejuicio como otra forma de fanatismo, similar al racismo y sexismo. En el artículo «Dispelling Ageism: The Cross-Cutting Intervention», además de asumir la paternidad del término, el autor pasa a escribirlo sin guiones (Butler, 1989). Recordemos que el sustantivo masculino *edadismo*, en portugués, se utiliza para describir, según el Diccionario Priberam de la Lengua Portuguesa, la «discriminación basada en razones de edad», lo que es similar en el contexto español. Para tener en cuenta la especificidad de la discriminación por edad en las personas de edad avanzada, en Portugal y España también se utilizan términos como *viejismo*, *gerontismo/gerontofobia* y *ancianismo*. Según Palmore, distinguido académico especialista en esta área, el edadismo, además de presentar una dimensión negativa, tiene otra positiva; sin embargo, los textos anteriores a su libro *Ageism: Negative and Positive* pasan por alto o ignoran la dimensión positiva, que es, según él, «un problema tan grande en los últimos años como el edadismo negativo» (Palmore, 1999: 6). Existen al menos nueve estereotipos que reflejan el prejuicio negativo hacia las personas mayores, que son: la enfermedad, la impotencia (sexual), la fealdad, el deterioro mental,

la enfermedad mental, la inutilidad, el aislamiento, la pobreza y la depresión. Se ha prestado poca atención a los estereotipos positivos, ya que son menos comunes y no son tan dañinos. Los principales estereotipos positivos, que contradicen algunos de los negativos, son: la bondad, la sabiduría, la confianza, la riqueza, el poder político, la libertad, la juventud eterna y la felicidad. Es importante destacar aquí los resultados de la Encuesta Social Europea 2008-2009 relativa al trato prejuicioso ante cuestiones como la edad, el sexo y la raza/origen étnico. Estos muestran que la mayoría de los encuestados afirmó haber sido víctima de un trato injusto en función de su edad (34,5%), el sexo (24,9%) y, por último, la raza/origen étnico (17,3%). También se constató que el 44,4% de los encuestados en toda Europa ve la discriminación por edad como un problema serio. Con respecto al trato injusto, el 39% reportó haber experimentado «una falta de respeto» a causa de la edad; por ejemplo, haber sido ignorado o tratado con condescendencia. Asimismo, el 29% afirmó haber sido «maltratado» a causa de su edad, o insultado, o que sufrió abusos o le fueron negados servicios. Esto sugiere que más de un tercio de todos los europeos experimenta la discriminación por edad, y que la mayoría ya ha vivido un trato injusto alguna vez.

En ese informe se reconoce que el marco jurídico europeo para la lucha contra la discriminación no es competente (Age UK, 2011). No hay una protección mínima de las personas que sufren la discriminación por motivos de edad más allá del ámbito laboral (Directiva 2000/78). Para ampliar el alcance del derecho a la igualdad de trato de la UE, la Comisión Europea publicó una propuesta de directiva que todavía no ha sido aprobada —COM (2008) 4268— que prohíbe la discriminación por edad en la provisión de bienes y servicios. En la misma línea, se encuadran los resultados de la World Values Survey Wave (2010-2014), en la que el 58,6% de los encuestados dijo que estaba completamente de acuerdo (18,6%) o muy de acuerdo (40%) con la afirmación «los ancianos no son muy respetados hoy (WVS, 2014). Recordemos que el edadismo en relación con las personas mayores, sea inconsciente o implícito, interfiere con la autopercepción, errónea, que las personas mayores tienen de sí mismos. Levy y Banaji (2002: 50) afirman que «uno de los aspectos más insidiosos del edadismo es que puede funcionar sin la conciencia, control o intención de hacer daño». Las actitudes edadistas pueden interferir en la percepción que se tiene sobre la autoestima, y disminuirla al mismo tiempo que aumenta la probabilidad de exclusión social. Por lo tanto, las sociedades deben asegurarse de que las personas mayores viven con dignidad, integridad e independencia y sin malos tratos.

Teniendo en cuenta estas evidencias, las políticas públicas parecen «trabajar» en el sentido de representarnos de manera diferente tanto la «última etapa de la vida»¹¹ como el proceso de envejecimiento. Se redefine el envejecimiento en el discurso asociándolo con «actividad» y «vitalidad», tratando de deconstruir el edadismo predominante en una sociedad que exalta la juventud y el hedonismo. Junto a esta renovación, viene la retórica asociada con los modelos neoliberales sobre la responsabilidad de los individuos por sus supuestas elecciones y opciones con respecto a sus trayectorias de vida. De acuerdo con Santos (1995: 10), «los individuos están llamados a ser responsables de su destino, por su supervivencia y por su seguridad, administradores individuales de sus trayectorias sociales sin dependencias o planes predeterminados. (...) El individuo está llamado a ser el dueño de su destino cuando todo parece estar fuera de su control». De este modo se perciben los problemas sociales como problemas individuales en función de características personales. En ello radica, desde nuestro punto de vista, uno de los problemas que pueden causar esta recalificación del envejecimiento. A saber: 1. Escamotear el carácter irreversible, en el estadio actual de la ciencia, del deterioro cognitivo, junto con ciertas vulnerabilidades; 2. olvidar que no todas las personas tienen posibilidades económicas, o no quieren optar por revertir los efectos indeseables del envejecimiento biológico; 3. responsabilizar a las personas sobre su salud, centrándose en los estilos de vida poco saludables y ocultando la responsabilidad de terceros en la aparición de ciertas enfermedades; 4. construir, a través del lenguaje de expertos, las «evidencias» que recomiendan nuevos estándares de normalidad y que a su vez implican ciertas normas de comportamiento. Es necesario, por tanto, promover el bienestar en la vejez a través de medidas públicas que fomenten un entorno social, físico y económico propicio para un envejecimiento con calidad. Es urgente crear las condiciones de promoción y apoyo a los ciudadanos, independientemente de la edad, el sexo, la educación, la cultura o estrato social, ya que «cada ciudadano debería poder disfrutar de un sistema de garantías sociales que le permita un lugar en la sociedad» (Mouro, 2013: 24). Para esto, se reconoce como fundamental la implementación efectiva de las normas de derechos humanos, tales como la Convención sobre la Protección Internacional de los Adultos, la Convención

¹¹ Utilizamos la frase «última etapa de la vida» asumiendo alguna libertad «metodológica», pues no la queremos asociar a ninguna categoría estadística. Recordemos que con el alargamiento de la vida «la categorización tecnocrática añadió su grano de sal inventando la tercera y la cuarta edad» (Morin y Mamou, 2001: 166).

sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer¹² y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que protegen no solo a los adultos mayores sino también a la sociedad en general.

De acuerdo con Crampton (2011), los/las investigadores/as y profesionales del trabajo social se encuentran en una posición única para influir, de forma crítica y positiva, en el discurso sobre las personas mayores en las políticas públicas. Los/las trabajadores/as sociales utilizan una concepción de la persona en el contexto del envejecimiento como una experiencia compleja del curso de la vida, esto es, evidenciando que no son los factores individuales los que determinan la fragilidad, la dependencia y la vulnerabilidad, sino los factores contextuales (Crampton, 2011). Además, según la autora, los/las trabajadores/as sociales deben continuar usando ese conocimiento contra la confusión entre la edad cronológica y la dependencia total. Una vida más larga y saludable depende, sobre todo, de la inversión en la salud a lo largo de la vida. La prevención debe ser enfatizada como la forma de reducir la necesidad de una intervención posterior (World Health Organization, 2005; Crampton, 2011). Gran parte del recelo sobre el hecho de que el envejecimiento de la población vaya a aumentar los costes de los sistemas de cuidados de salud puede ser abordado, en aparente contradicción, a través de elegir determinadas políticas globales que viabilizan inversiones en las políticas públicas de salud centradas en la prevención, sin que de esta forma se estigmatice o culpabilice a las personas mayores por su longevidad (Crampton, 2011).

Según Lloyd y colaboradores (2014), es hoy consensual afirmar que las políticas relativas al bienestar de las personas deben promover el envejecimiento activo, que se puede entender a partir de varias dimensiones: 1. Como un antídoto a la segregación de las personas mayores en la vida pública; 2. Como medio de maximizar su salud y bienestar; 3. Como medio de maximizar su salud funcional e independencia, y 4. Como medida para asegurar que estos puedan seguir contribuyendo a la vida social y económica. Sin embargo, el envejecimiento activo es también un término contestado, pues en el debate científico hay quien cuestiona sobre quién es el que más se beneficia de él; si los propios, si sus comunidades o si la sociedad en general (Lloyd et al., 2014).

¹² De acuerdo con la FIAS / FITS, esto es especialmente cierto para las mujeres, que son desproporcionadamente pobres debido a los niveles más bajos de educación formal, las medidas de seguridad social estructuradas en torno a las experiencias de los hombres en el mercado laboral, a la interrupción de su participación en el mercado laboral debido al cuidado de niños y otras personas, y a las estructuras familiares patriarcales

Puede ser entendido como una estrategia para minimizar las solicitudes de servicios subsidiados por el Estado, en un contexto de contención del gasto público. Así, estos autores, en la línea de Crampton (2011), afirman que los/las trabajadoras/es sociales tienen un papel importante que desempeñar, contrariando las culturas individualistas, que, por su discurso, fácilmente llevan a los mayores a ser vistos como culpables, o hasta culparse ellos mismos, por no lograr mantener su independencia ni adoptar las prácticas y los estilos de vida característicos que estas culturas individualistas consideran adecuados. La construcción de un sistema de cuidados que apoye el envejecimiento activo en su sentido más amplio es, para las generaciones futuras, una estrategia sólida y sostenible, ya que la necesidad de cuidados es común a todos los seres humanos (Lloyd et al., 2014).

2. Competencias éticas y trabajo social

El trabajo social, de acuerdo con la Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social (AIETS/IASSW) y la Federación Internacional de las/los Trabajadoras/es Sociales (FITS/IFSW), busca el cambio social, el desarrollo social, la cohesión social, el *empowerment* y la libertad por medio de la capacitación y la emancipación. Con objetivos nobles —puesto que ambiciona el bienestar de la persona humana— pero de difícil concretización, esta profesión debe apelar tanto a la conciencia ética como a la permanente reflexión sobre las éticas en sus prácticas. Esta reflexividad no es ajena a los desafíos y dilemas que interpelan a las/los trabajadoras/es sociales (Banks, 1997; Izquierdo et al., 2012). Aplicar los principios éticos en la práctica profesional cuando esos principios y valores se consideran contradictorios, obviamente, es una tarea compleja (Carvalho, 2016). Se suman a esta complejidad las «dificultades» que experimentan las/los trabajadoras/es sociales que se vinculan políticamente a un proyecto ético-político que presupone un «proyecto social que propone la construcción de un nuevo orden social sin explotación/dominación de clase, etnia y género. A partir de estas opciones que lo fundamentan, este proyecto se afirma en la defensa a ultranza de los derechos humanos y en el rechazo del arbitrio y del prejuicio, contemplando positivamente el pluralismo, tanto en la sociedad como en la práctica profesional» (Netto, 2001: 15). Si se considera que el «comportamiento ético y los valores que lo sustentan tienen una cierta variabilidad y pueden ser interpretados y aplicados de

diferentes maneras» (Clifford y Burke, 2007: 75), la complejidad de la profesión aumenta.

Para la AIETS/IASSW y la FITS/IFSW, la conciencia ética es un componente clave de la práctica de las/os trabajadoras/es sociales, y su capacidad y compromiso para actuar éticamente es un aspecto esencial de la calidad del servicio que prestan a los ciudadanos. Estas organizaciones internacionales, en 2004, asumieron la responsabilidad de movilizarse para alentar a las/los trabajadoras/es sociales a reflexionar sobre los retos y dilemas que les interpelan, invitándoles a tomar decisiones éticamente informadas en cada caso particular. Identificaron algunas áreas-problema, en particular: 1. El hecho de que la fidelidad de las/los trabajadoras/es sociales a los principios éticos se confronta, con frecuencia, con intereses que chocan entre sí; 2. El hecho de que las/los trabajadoras/es sociales funcionan simultáneamente tanto de apoyo como de control; 3. Los conflictos entre el deber de las/los trabajadoras/es sociales para proteger los intereses de las personas con las que trabajan y las demandas de la sociedad con respecto a la eficiencia y la utilidad, y 4. El hecho de que los recursos de la sociedad sean limitados.

Estas organizaciones, en la propuesta global sobre la definición de trabajo social¹³, hicieron hincapié en los principios de justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad como pilares centrales para el trabajo social (véase la definición presentada en julio de 2014 en la ciudad de Melbourne, Australia, por el comité ejecutivo de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales y la Junta de la Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social). Los principios de los derechos humanos, la dignidad humana y la justicia social ya estaban explícitamente abrazados en la definición anterior y en el documento «Ética en el trabajo social: declaración de principios».

Según Bisman (2004: 120), el trabajo social no está exento de valores, y la profesión los refleja. Cuando los valores del «trabajo social no se corresponden con los de la comunidad, la profesión es responsable por ‘tratar de cambiar las estructuras sociales que perpetúan las desigualdades y las injusticias’ (Asociación Británica de Trabajadores Sociales, 2002, Sección 3.2.2.d)».

¹³ Recordemos que la definición global establece «los parámetros de la profesión y ayuda a identificar los roles y funciones que los trabajadores sociales desempeñan en la sociedad» (Hall, 2009: 849).

Los *valores y ética*¹⁴, por ser transversales al trabajo social, son para Banks, «parte inevitable de la misma» (1997: 22). Esta proposición se constata en la intensidad con la que las/los trabajadoras/es sociales identifican problemas éticos en sus rutinas profesionales cotidianas (Banks, 1997). Los valores y la ética son también el principal foco de publicaciones para los Estándares Ocupacionales Nacionales de Trabajo Social (NOS) en Inglaterra y para el Consejo de Educación en Trabajo Social (CSWE) y de la Política Educativa y Normas de Acreditación (EPAS) de los Estados Unidos. En los Estándares Ocupacionales Nacionales de Trabajo Social de Inglaterra se presentan seis funciones clave (*key roles*), que tienen como objetivo poner en práctica las disposiciones de la definición del trabajo social. La ubicación clave de los valores y de la ética —centrales en un dibujo esquemático— indica claramente que estos impregnan todos los aspectos de la práctica del trabajo social. En los Estados Unidos, el Consejo de Educación en Trabajo Social y de Política Educativa y Normas de Acreditación establece, en la versión producida en 2008, revisada en 2010 y actualizada en 2012, que las/los trabajadoras/es sociales toman decisiones éticas aplicando las normas del código de ética de la Asociación Nacional de Servicio Social y, cuando es aplicable, de la Federación Internacional de Trabajo Social y de la Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social (CSWE, 2012). La versión desarrollada en 2015 retira a las organizaciones internacionales (Federación Internacional de Trabajo Social y la Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social) y añade «las leyes y reglamentos pertinentes, modelos de toma de decisiones éticas, la conducta ética de la investigación y códigos de ética adicionales conforme sea adecuado al contexto» (CSWE 2015: 7).

¹⁴ Según Dolgoff et al. (2012), las/os trabajadoras/es sociales, al igual que otros profesionales, utilizan los términos *valores y ética* muy libremente, como si ambos tuviesen el mismo significado. Sin embargo, los *valores* no son lo mismo que la *ética*. Banks (1997), prolífica investigadora sobre la ética, establece que *ética* es el estudio de *moral* (conjunto de reglas acerca de lo que es *correcto e incorrecto, bueno y malo*, y que regulan la conducta humana). En su libro *Ética y valores en el trabajo social*, Banks (1997) afirma que la *ética*, también conocida como la filosofía de la moral, incluye el análisis de la forma en que usamos, o cómo los entendemos, términos tales como *bueno* o *malo* (metaética), o la creación de sistemas reales de la moral que prescriben lo que las personas deben hacer (ética normativa). Utiliza el término *ética* como equivalente a la moral cuando se refiere a las reglas/normas de conducta sobre lo que es *bueno* y *malo* (como los códigos de ética, por ejemplo). Según la misma autora, tal como ocurre con el término *ética*, el término *valores* presenta problemas al reseñar una amplia gama de significados, y se utiliza comúnmente para referirse a las actitudes, las creencias y los principios religiosos, morales, políticos e ideológicos. En el contexto del trabajo social, a menudo el término se refiere a una serie de principios morales/éticos fundamentales que deben comprometer a las/os trabajadoras/es sociales, tales como el valor de la «dignidad de las personas» y «el derecho al respeto, privacidad y confidencialidad». Cabe señalar que Banks (1997) utiliza en su libro el término *valores* de diferentes y conflictivas maneras cuando se trata de principios morales/éticos fundamentales del trabajo social.

Según Branco (2009), la organización profesional de trabajadoras/es sociales portuguesas aún no ha procedido a elaborar un código de ética específico a pesar de que este propósito está consagrado en el proyecto, en discusión, sobre los Estatutos del Colegio Oficial de Trabajadoras/es Sociales. En ausencia de un código de ética, y mientras no es reconocido el Colegio Oficial Profesional, la declaración sobre «Ética en el trabajo social: declaración de principios», aprobada por la FITS y la AIETS, fue adoptada por la Asociación de Profesionales del Trabajo Social (APSS) (Sousa, 2015). Según Branco (2009), la APSS, desde su fundación en 1978, ha adoptado los documentos normativos de su contraparte internacional, particularmente en términos de regulación ética. A pesar de que la Declaración de Principios Éticos Generales detalla un conjunto de principios y deberes de las/os trabajadoras/es sociales, no prevé medidas y sanciones disciplinarias, por lo que esta cuestión es remitida para los códigos nacionales.

Existen varios presupuestos descritos en la literatura que contribuyen, de forma primordial, al desarrollo de competencias en el trabajo social (Damron-Rodriguez et al., 2009; Peterson, 1999; Rosen et al., 2000). En los Estados Unidos, en el año 2004, el Consejo de Educación en Trabajo Social (CSWE), la Comisión para el Plan de Estudios e Innovación Educativa (COCEI) y la Comisión para la Acreditación (COA) iniciaron el proceso de análisis y revisión de la Política Educativa y Normas de Acreditación (EPAS). Después de una recopilación de información extensa e intensiva, que incluyó revisión de la literatura y la opinión de expertos, se identificaron varios principios que deberían guiar el proceso, así como distintas competencias. Así, surge la Hartford Geriatric Social Work Competency Scale (GSWC), considerada como uno de los mejores sistemas para la valoración de las competencias de las/os trabajadoras/es sociales. La escala se divide en diferentes dominios, entre los cuales está el llamado «Valores, éticas y perspectivas teóricas»:

Ítem 1. Evaluar e identificar los valores y prejuicios relacionados con el envejecimiento.

Ítem 2. Respetar y promover el derecho a la dignidad y la autodeterminación de las/os utilizadoras/es de los servicios¹⁵ para personas mayores.

¹⁵ Los términos que las/os trabajadoras/es sociales utilizan para describir a las personas con las que trabajan, directa e indirectamente, más que palabras, son metáforas que definen y construyen identidades, llevando con ellos el poder de las ideas (Hübner, 2014; McLaughlin, 2009). Según McLaughlin (2009), las/os trabajadoras/es sociales británicas han utilizado diferentes etiquetas para describir a las personas que usan y a quienes se dirigen los servicios: *client*, *patient*, *customer*, *consumer*, *expert by experience*,

Ítem 3. Aplicar, en nombre de las/los utilizadoras/es de los servicios para personas de mayor edad, los principios éticos a las «decisiones», con especial atención a aquellos que tienen la capacidad de decisión limitada.

Ítem 4. Respetar la diversidad de las personas mayores, las familias y los profesionales (por ejemplo, cuestiones de clase, raza, etnia, sexo y orientación sexual).

Ítem 5. Cumplir con los valores y las creencias culturales, espirituales y étnicas de las personas mayores y las familias.

Ítem 6. Relacionar los conceptos y teorías de envejecimiento con la práctica del trabajo social (por ejemplo, las cohortes, el envejecimiento «normal» y perspectivas del curso de la vida).

Ítem 7. Relacionar en la práctica con las personas mayores las perspectivas del trabajo social y las teorías relacionadas (por ejemplo, la persona en contexto, la justicia social).

Ítem 8. Identificar las cuestiones relacionadas con pérdidas, cambios y transiciones a lo largo del ciclo de vida en la planificación de las intervenciones.

service user. El último término es el más utilizado hoy en día. Por su parte, en el trabajo social sueco ha vuelto a aparecer el término *user* asociado con un enfoque interdisciplinar denominado «trabajo social basado en la evidencia» (Hübner, 2014). Recordemos que el término *cliente*, utilizado en diferentes manuales de la National Association of Social Workers y la Association of Social Work Boards sobre los estándares de la práctica del trabajo social, es un término con gran proyección a nivel internacional. Sin embargo, según McLaughlin (2009), el término *client* ha sido rebatido, dentro y fuera de la profesión en el Reino Unido, por representar una objetivación de la relación de las/os trabajadoras/es sociales, asumiendo una idea de poder profesional en la determinación de cuáles son las necesidades de los *clientes* pasivos. En esta lógica, los *buenos clientes* aceptarían la valoración y las soluciones propuestas por el trabajador social; el concepto también se relaciona críticamente a las nociones de *pobres merecedores* y *no merecedores*. En general, las críticas al concepto lo rechazan por indicar una relación con el *cliente* en la que este es construido como alguien que necesita ayuda, y basado en un modelo profesional altamente jerarquizado y con grandes asimetrías en la distribución del poder (McDonald, 2006). En esta línea, Hübner (2014) establece que el término equivalente utilizado en Suecia, *usuario*, también se presenta como problemático cuando se trata de servicios legales, como en el tratamiento obligatorio o en la retirada de los hijos a los padres. El término encubre cuestiones de poder y relaciones desiguales. La consideración del término *cliente* como «paternalista» y «estigmatizante» llevó a que fuesen pensados términos tales como *customer/consumer* en el Reino Unido. Detrás de estos términos, está el hecho de que *cliente/consumidor* indica que el individuo puede hacer una elección libre en un mercado con muchos proveedores (Hübner, 2014).

En lengua portuguesa, encontramos los términos *usuario*, *paciente*, *beneficiario* y *cliente* en los textos cuyo enfoque es el trabajo social. Al traducir el término *cliente* para el portugués de Portugal, asumiríamos la terminología *usuario* en lugar de *cliente* (que en inglés corresponde a *customer*). Recordemos que el término *cliente* comienza a utilizarse en el Manual de Gestión para la Calidad de las Respuestas Sociales —producto que resulta de un programa firmado, en marzo de 2003, entre el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, la Confederación Nacional de Instituciones de Solidaridad, la Unión de las Misericordias y la Unión de Mutuas portuguesas—. Por lo tanto, se define como la «organización o persona que recibe el servicio prestado al cliente: usuario final que disfruta de los servicios prestados por la entidad promotora de la respuesta social». Debido a que no existe una noción consensuada y a la falta de reflexión sobre el tema, se optó por utilizar en este texto la expresión *utilizador de servicio*.

Ítem 9. Apoyar a las personas y familias que se ocupan de cuestiones relacionadas con el final de la vida, como la muerte y el duelo.

Ítem 10. Entender, en la práctica interdisciplinar geriátrica, la perspectiva y los valores del trabajo social en el trabajo eficaz con otras disciplinas.

Reflexionando sobre las cuestiones éticas y el trabajo social, se podría decir que esta profesión, sellada por el gobierno portugués en 1939, se presentó como una actividad con objetivos de higiene, morales e intelectuales (decreto ley nº 30, 135, de 14 de diciembre de 1939). Con una misión «de extraordinario alcance y la influencia decisiva que las obreras del trabajo social tienen sobre los diversos medios en los que han de trabajar, especialmente entre las familias humildes, de cultura restringida y los más fácilmente influenciables», el gobierno asume «no desentenderse de la formación que se les da, para que nunca se desvíe del sentido humano, corporativo y cristiano». De esta misión resultaron directrices de comportamiento y valores profesionales asociados, por supuesto, a un proyecto ético de intervención funcional del estado que incorporó el estudio de la «cultura religiosa» y la «moral filosófica (individual y familiar) con encíclicas acerca de ello». Tanto en el pasado como en la actualidad, esta profesión se asoció con valores y principios, pero, hoy en día, la FIAS/FITS espera que sus miembros reflexionen sobre ellos. Recordemos que el trabajo social, como profesión, presupone «una relación con sujetos particulares en una estructura capitalista. Sin embargo, esa relación se hace también en contextos particulares, principalmente en instituciones donde hay contradicciones, inscribiéndose el propio trabajo social en esos conflictos y contradicciones» (Faleiros, 2014: 716-717). Con el telón de fondo de la complejidad de los fenómenos, el creciente aumento de problemas sociales en sus múltiples expresiones y el nuevo marco sociohistórico, económico y político denominado como crisis del Estado social (Serafim, 2004), el trabajo social necesita posicionarse reflexivamente «sobre las cuestiones éticas del tiempo presente y la necesidad imperiosa de una idea prospectiva sobre los pilares fundamentales bajo los cuales se edifica esta profesión» (Serafín, 2004: 16). Por este hecho, la FIAS/FITS da cuenta de los dilemas éticos a que estos profesionales se enfrentan y les pide que tomen decisiones éticamente informadas. Cabe señalar que existen valores y principios que parecen consensuales, como es el caso de los «derechos humanos y la dignidad humana» y la «justicia social». En el caso de las personas mayores, se espera que las/los trabajadores sociales aboguen por eliminar la discriminación social, como es el caso del

edadismo. El modo de hacerlo, sin embargo, puede adoptar diversas formas, como se refleja en Payne (2002) y Amaro (2008).

3. Material y métodos

La subescala «Valores, éticas y perspectivas teóricas» consta de 10 ítems y cada uno es respondido en una escala de tipo Likert de cinco puntos, donde 0 significa «Nada competente (no tiene experiencia con esta competencia)»; 1, «Competencia inicial (tiene que trabajar para desarrollar esta competencia)»; 2, «Competencia moderada (esta competencia empezó a ser parte de la práctica profesional)»; 3, «Competencia avanzada (esta competencia se lleva a cabo con confianza y es una parte integral de la práctica)»; y 4, «Competencia especializada (realiza esta competencia con la suficiente maestría como para enseñarla a otros)».

El estudio empírico que permitió recoger los datos presentados en este artículo se inició con el registro de las direcciones electrónicas de las instituciones que se encuentran en la Carta Social que tuviesen respuestas sociales dirigidas para personas mayores (Centro de Convivencia, Centro de Día, Centro de Noche, Estructura Residencial para Mayores y Servicio de Ayuda a Domicilio). Fueron identificadas y contactadas por correo electrónico 3.615 instituciones. En el cuerpo del mensaje, además de la descripción del estudio, se envió el enlace al formulario en línea disponible a través de la herramienta electrónica Google Docs. Teniendo en cuenta que se trataba de una dirección institucional, mandamos, a 1 de diciembre de 2015, un primer mensaje dirigido a los trabajadores sociales; el segundo, a 12 de enero de 2016, iba dirigido al presidente/director de la institución solicitándole el reenvío para el trabajador social de la institución. El último mensaje, con indicación del término del estudio, fue enviado el 20 de abril de 2016. Las/los trabajadoras/es sociales incluidos en el estudio ejercían funciones de dirección.

En el análisis y tratamiento estadístico, se utilizaron varios procedimientos disponibles en el programa Statistical Package for Social Sciences —SPSS for Windows (IBM SPSS, 2011)—. Inicialmente se realizó el análisis sobre la consistencia interna de los ítems (alfa de Cronbach) y las correlaciones dentro y entre ellos. También se llevó a cabo un análisis factorial para explorar la estructura subyacente de los 10 ítems que componen la subescala *evaluación*. El principal objetivo de este análisis es

reducir la complejidad de las interrelaciones entre las 10 variables observadas a un número relativamente pequeño de combinaciones lineales.

La pertinencia del análisis factorial se verificó mediante el índice de adecuación muestral Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y de la prueba de esfericidad de Bartlett. El análisis de los ítems tal como la variable compuesta se realizó mediante medidas de tendencia central y de dispersión.

Los participantes de este estudio son en su mayoría mujeres ($n = 372$; 96,1%), con edades comprendidas entre los 22 y los 63 años, y con una edad media de $35,93 \pm 7,19$. La mayoría de los participantes hicieron su formación en universidades privadas ($n = 251$; 64,9%); son trabajadores sociales principales ($n = 82$; 21,2%); 332 (85,8%) son directores técnicos; 197 (50,9%) nunca tuvieron formación postgraduada; 56 asisten o asistieron a estudios de máster y 11 de doctorado. La mayoría, 168 (43,8%), trabajan en asociaciones de solidaridad social.

Tabla 1. Caracterización sociodemográfica y profesional de la muestra ($n = 387$).

	<i>N</i>	%
Sexo		
Masculino	15	3,9
Femenino	372	96,1
	<i>M (DS)</i>	<i>min. -máx.</i>
Edad	35,93 (7,19)	22-63
Institución de formación		
Universidad privada	251	64,9
Universidad pública	31	8,0
Politécnico privado	5	1,3
Politécnico público	61	15,8
Concordataria	33	8,5
	<i>Mo</i>	<i>min.-máx.</i>
	<i>M (DS)</i>	<i>min.-máx.</i>
Años de trabajo en el área	9,02(6,20)	0 – 38

Categoría	<i>N</i>	%
Trabajador social principal	82	21,2
Trabajador social de 1 ^a	62	16,0
Trabajador social de 2 ^a	48	12,4
Trabajador social de 3 ^a	53	13,7
Otra	142	36,7
Puesto de dirección	<i>N</i>	%
Director/a técnico/a	332	85,8
Coordinador/a	32	8,3
Director/a de servicios	18	4,7
Director/a de servicios / director/técnico/a	5	1,3
Posgraduación	<i>N</i>	%
No	197	50,9
Sí	190	49,1
Máster	56	100
Doctorado	11	100
Naturaleza jurídica de las instituciones	<i>N</i>	%
Asociación de solidaridad social	168	43,4
Centro (social) parroquial	79	20,4
Hermandad de Misericordia/Sta. Casa de la Misericordia	54	14,0
Otra	26	6,7
Entidad lucrativa	34	8,8
Fundación de solidaridad social	18	4,7
Instituto de organización religiosa	5	1,3
Asociación mutualista	3	,8

Fuente: elaboración propia.

El cálculo del α Cronbach reveló que la subescala «Valores, éticas y perspectivas teóricas» tiene una alta consistencia interna (α de Cronbach = 0,90), respetando los criterios de valores superiores a 0,70 propuestos por Nunnally y Bernstein (1994).

Los 10 ítems de la subescala de «Valores, éticas y perspectivas teóricas» fueron sometidos a análisis de componentes principales (ACP). Antes de realizar el ACP, se evaluó la adecuación de los datos al análisis factorial. La inspección de la matriz de correlación reveló la presencia de coeficientes mayores o iguales a 0,32. El valor de Kaiser-Meyer-Olkin fue de 0,90 y la prueba de esfericidad de Bartlett alcanzó significación estadística, apoyando la factoriabilidad de la matriz de correlaciones. El análisis de componentes principales reveló la presencia de dos componentes con valores propios mayores a 1, que explica el 64,7 de la varianza. De acuerdo con el criterio de valores propios superiores a 1, la estructura relacional se explica por dos factores latentes que llamamos de «Competencias centrales», factor 2, y de «Competencias especializadas», factor 1. El factor 2, «Competencias centrales», tiene pesos factoriales elevados en los primeros cinco ítems (ítem 1: Evaluar e identificar los valores y prejuicios relacionados con el envejecimiento; ítem 2: Respetar y promover el derecho a la dignidad y la autodeterminación de las/los utilizadoras/es de los servicios para personas mayores; ítem 3: Aplicar, en nombre de las/los utilizadoras/es de los servicios para personas de mayor edad, los principios éticos a las «decisiones», con especial atención a aquellos que tienen la capacidad de decisión limitada; ítem 4: Respetar la diversidad de las personas mayores, las familias y los profesionales (por ejemplo, la clase, raza, etnia, sexo y orientación sexual); ítem 5: Tener en cuenta las creencias y los valores culturales, espirituales y étnicos de las personas mayores y sus familias). En cuanto al factor 2, «Competencias especializadas», presenta altas cargas factoriales en los últimos cinco ítems de la subescala (ítem 6: Relacionar los conceptos y teorías de envejecimiento con la práctica del trabajo social (por ejemplo, las cohortes, el envejecimiento «normal» y la perspectiva del curso de la vida); ítem 7: Relacionar las perspectivas de trabajo social y las teorías afines en la práctica con las personas mayores (por ejemplo, la persona en contexto o la justicia social); ítem 8: Identificar las cuestiones relacionadas con las pérdidas, cambios y transiciones a lo largo del ciclo de vida en la planificación de las intervenciones; ítem 9: Apoyar a las personas y familias que se ocupan de cuestiones relacionadas con el final de la vida como la muerte y el duelo; ítem 10: Entender, en la práctica interdisciplinaria geriátrica, la perspectiva y los valores del trabajo social en el trabajo eficaz con otras disciplinas).

Tabla 2. Pesos de cada ítem en los dos factores finales después de aplicar el análisis factorial utilizando los «componentes principales» en el método de extracción de factores seguido de una rotación *varimax* con normalización Kaiser.

	Factor	Factor
	Competencias centrales	Competencias especializadas
1. Ítem 1	0,343	0,525
2. Ítem 2	0,288	0,783
3. Ítem 3	0,297	0,777
4. Ítem 4	0,176	0,855
5. Ítem 5	0,292	0,753
6. Ítem 6	0,753	0,292
7. Ítem 7	0,701	0,356
8. Ítem 8	0,837	0,215
9. Ítem 9	0,738	0,188
10. Ítem 10	0,737	0,367
	% de Varianza	% Acumulado
Componente 1	53,033	53,033
Componente 2	11,687	64,720

Leyenda: En negrita, los ítems con pesos factoriales superiores a 0,4 (valor absoluto)

Fuente: elaboración propia.

La tabla 3 muestra las medias y desviaciones típicas de la subescala «Valores, éticas y perspectivas teóricas» de GSWC. El análisis descriptivo de los resultados reveló que las/los trabajadores sociales tienen puntuaciones medias por encima del punto medio de

la escala de tipo Likert «2 – competencia especializada», aproximándose al punto «3 – competencia avanzada». Las medias de las respuestas se sitúan entre $2,81 \pm 0,84$ y $3,38 \pm 0,56$ en los ítems 9, «Apoyar a los individuos y familias que se ocupan de cuestiones relacionadas con el final de la vida, como la muerte y luto», y 4, «Respetar la diversidad de las personas mayores, las familias y los profesionales (por ejemplo, por cuestiones de clase, raza, etnia, sexo y orientación sexual)», respectivamente. Cabe señalar que la mediana y la moda se encuentran en la sección 3 de la escala de tipo Likert que corresponde a «Competencias avanzadas». Cabe señalar que los ítems que conforman el factor de «Competencias centrales» presentan puntuaciones medias ≥ 3 (excepto el ítem 1), mientras que los ítems relacionados con el factor «Competencias especializadas» tienen puntuaciones medias < 3 . Las puntuaciones medias de la subescala son superiores a 3 ($3,06 \pm 0,48$).

Tabla 3. Estadística descriptiva de los ítems y de las variables compuestas «Media» y «Suma» de la subescala «Valores, éticas y perspectivas teóricas» ($n = 387$).

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>Md</i>	<i>Mo</i>	$\pm DS$	Mín.	Máx.
1. Ítem 1	387	2,96	3	3	0,74	0	4
2. Ítem 2	387	3,26	3	3	0,55	2	4
3. Ítem 3	387	3,22	3	3	0,56	1	4
4. Ítem 4	387	3,38	3	3	0,56	2	4
5. Ítem 5	387	3,31	3	3	0,57	2	4
6. Ítem 6	387	2,96	3	3	0,70	1	4
7. Ítem 7	387	2,87	3	3	0,72	1	4
8. Ítem 8	387	2,93	3	3	0,71	1	4
9. Ítem 9	387	2,81	3	3	0,84	0	4
10. Ítem 10	387	2,94	3	3	0,73	0	4
Media	387	3,06	3	3	0,48	1,6	4
Suma	387	30,64	30	30	4,84	16,0	40,0

Fuente: elaboración propia.

4. Discusión y conclusiones

La subescala «Valores, éticas y perspectivas teóricas» tiene una alta consistencia interna (α de Cronbach = 0,90), con valores cercanos a los registrados por Tuncay y Duyan (2015) (α de Cronbach = 0,89) y por Galambos y Curl (2013) (α de Cronbach = 0,93 primera evaluación). La estructura relacional de los ítems de esta subescala se explica a través de dos factores. Este resultado va al encuentro de las estructuras bifactoriales

presentadas en las dos subescalas trabajadas por Bonifas y Simons (2014) «Evaluación» e «Intervención».

El ítem con la puntuación más alta ($3,38 \pm 0,56$) fue el 4, «Respetar la diversidad de las personas mayores, las familias y los profesionales (por ejemplo, de clase, raza, etnia, sexo y orientación sexual)», que coincide con el del estudio de Aiduk (2010) realizado con funcionarios de Old Colony Elder Services (OCES) ($3,29 \pm DS$ ausente). También encontramos similitudes con el estudio de Galambos et al. (2014), que tuvo una muestra de estudiantes de máster en trabajo social y en el que se realizaron dos evaluaciones (antes y después de asistir a un curso en gerontología). En un primer momento, el ítem con la puntuación más alta fue también el 4, mientras que en la segunda vez fue el 2, «Respetar y promover el derecho a la dignidad y la autodeterminación de las/los utilizadoras/es de los servicios para personas mayores» ($M = 2,80$). Este fue un resultado esperado, ya que el respeto por la diversidad es un principio básico del trabajo social expresado en la definición global de la profesión de trabajo social aprobada por la Asamblea General de la FITS y AIETS en julio de 2014 en Melbourne. La centralidad del respeto a la diversidad también se puede encontrar en el documento «Ética en el trabajo social: declaración de principios», aprobado en la Asamblea General de Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social (AIETS) y la Federación Internacional de Trabajadores Sociales (FITS) en Adelaida, Australia, en octubre de 2004, cuando afirma que las/los trabajadoras/es sociales tienen la responsabilidad de promover la justicia social para el conjunto de la sociedad y para las personas con quienes trabajan, lo que significa: «Reconocer y respetar la diversidad étnica y cultural de las sociedades en las que ejercen su práctica teniendo en cuenta las diferencias individuales, familiares, grupales y comunitarias» (punto 2) y « (...) rechazar la discriminación negativa basada en características tales como la capacidad, edad, cultura, sexo, estado civil, condición socioeconómica, opiniones políticas, color de piel, raza u otras características físicas, orientación sexual o creencias espirituales» (punto 1). La coincidencia antes mencionada sobre la puntuación máxima en el mismo ítem entre los estudios aquí analizados ya no sucede con el ítem que recibe la puntuación más baja. Mientras que en nuestro estudio fue el ítem 9, «Apoyar a las personas y familias que se ocupan de cuestiones relacionadas con el final de la vida tales como la muerte y el duelo», en el estudio Aiduk (2010) fue el número 7, «Relacionar las perspectivas del trabajo social y las teorías relacionadas en la práctica con las personas mayores (por ejemplo, la persona en su contexto o la justicia social)» $2.40 \pm DS$ ausente. En el estudio

de Galambos et al. (2014) no se observan similitudes ni en el pretest, donde el ítem que recibió la puntuación más baja fue el 6, «Relacionar los conceptos y teorías de envejecimiento con la práctica del trabajo social (por ejemplo, las cohortes, el envejecimiento «normal» y la perspectiva del curso de vida)», ni en el posttest, donde el ítem con puntuación más baja fue el 1, «Evaluar e identificar los valores y prejuicios relacionados con el envejecimiento», que tiene un promedio de 2,90, muy cerca sin embargo del ítem 9 de nuestro estudio, que obtuvo una puntuación media de 2,92.

Las puntuaciones medias más bajas de los estudios de Bonifas y Simons (2014) y de Galambos et al. (2014) (pretest) se obtuvieron en los ítems que se refieren a la interlocución en la práctica sobre el diversificado pilar teórico de la profesión, en particular aquel que integra el envejecimiento (persona en contexto, cohortes, envejecimiento «normal» y perspectiva del curso de la vida). En Portugal, el ítem con la puntuación media más baja, además de referirse a esta interlocución, también implica una dimensión de intervención: «Apoyar a los individuos y familias que se ocupan de cuestiones relacionadas con el final de la vida como la muerte y el duelo». Es decir, el ítem, además de referirse a detalles de la base teórica de la profesión, se refiere a dimensiones muy específicas de intervención centradas en el apoyo a las personas y familias en situaciones de muerte. Recordemos que, según Sormanti (2008), hay un extenso acervo teórico y empírico sobre el luto. En particular, en las características y consecuencias psicosociales del luto, sobre factores contextuales que determinan cómo se experimenta y se expresa el sufrimiento. El conocimiento de este acervo, que, en la perspectiva de Sormanti, es esencial para la práctica efectiva de un/a trabajador/a social, puede considerarse difícil de lograr. Otro factor que podría explicar esta menor competencia podría ser el hecho de que esta competencia esté siendo ejecutada por otros técnicos. Recordemos las palabras de Holloway y Taplin (2013: 206) cuando afirman que «una serie de servicios de cuidados paliativos *substituyó* el apoyo emocional y psicológico que era competencia del trabajador social empleando los servicios de un consejero o psicólogo, y subsumiendo las funciones de apoyo más prácticas en los enfermeros y auxiliares de salud».

Recordamos que el Manual de Procesos Clave para las Estructuras Residenciales para las Personas Mayores, cuando se trata de la muerte de uno de los residentes, afirma que, «en relación con el acompañamiento del mismo en la fase terminal de la vida, la estructura residencial debe garantizar la disponibilidad de personal con formación y competencias para garantizar el bienestar, la comodidad, el respeto y la confidencialidad

con el cliente, así como permitir su acompañamiento, familiar o de otro tipo» (ISS, 2007: 22). También puede contribuir a esta puntuación la aparición de prácticas y procedimientos burocráticos que estructuran la práctica profesional del trabajo social a expensas de la relación profesional. Recordemos que las perspectivas de gestión en el trabajo social hacen hincapié en el cumplimiento de trámites, procedimientos, «soluciones rápidas» y enfoques que versan sobre la erradicación del «riesgo». Lo que parece haber sucedido es que, en lugar de enfrentar a las realidades del escenario sociopolítico de la práctica del trabajo social, los creadores de políticas generan procedimientos y prácticas cada vez más restrictivos, en un intento de simplificar o eliminar las complejidades, incertidumbres y los riesgos que se han sido identificados (Wilson et al., 2008). ¿Cuál es el riesgo de no apoyar a la familia del «utilizador/a de servicio» que acaba de morir en la institución en la que se trabaja? Murió. Se cierra el proceso y se «acoge» a un/a nuevo/a utilizador/a de servicio.

Con respecto a la variable compuesta «Valores, éticas y perspectivas teóricas», la puntuación obtenida excede 3, $3,06 \pm 0,48$, ó 30, $30,64 \pm 4,84$ si, en lugar de utilizar puntuación media en los cálculos, se utiliza la puntuación total. Recordemos que la escala de Likert presenta cinco puntos, donde 0 significa que no hay competencia y 4 es el grado más alto de competencia. Este resultado es superior a los estudios de Aiduk (2010) —con una diferencia de quince centésimas ($2,81 \pm DS$ ausente)— y de Galambos y Curl (2013), que tiene $18,81 \pm 7,77$ en la primera fase del estudio y $27,71 \pm 8,47$ en la segunda.

Cabe señalar que nuestros resultados, a pesar de ser superiores, no se distancian de los obtenidos en otros estudios con muestras que utilizaron la subescala de «evaluación», a pesar de que las características de los encuestados fueran diferentes:

1. La muestra del estudio de Galambos y Curl (2013) estaba compuesta, en su mayoría, por mujeres ($n = 68 - 91,9\%$), con una edad media de $31,05 \pm 21,11$ (rango de 40 años [21-61]) y fue construida con estudiantes que asistían al curso de posgraduación *Helping Strategies for Older Adult*.

2. El estudio de Aiduk (2010) no presenta las características sociodemográficas de la muestra, pero especifica las características de la organización *Old Colony Elder Services (OCES)* en Brockton, que cuenta con unos 130 empleados y ejecuta más de 12 programas dirigidos a personas mayores, sus familias y cuidadores.

En general, la aplicación de esta subescala en nuestro estudio nos permite concluir que las/los trabajadoras/es sociales portuguesas/es con cargos directivos, en

instituciones dirigidas a personas mayores, tienen puntuaciones más altas en temas que requieren una integración de los valores y la ética en la práctica del trabajo social (competencias transversales), que en ítems que se refieren a la aplicación de perspectivas teóricas (competencias especializadas) que no son consensuales en el trabajo social. Recordemos que el trabajo social cruza «diferentes problemas, diferentes horizontes para la práctica y diferentes enfoques teóricos, al mismo tiempo que combina conocimientos teóricos, empíricos y técnicos» (Amaro, 2008: 65), lo que presupone diferencias tanto en el «pensamiento sobre el hacer» como en las «diferentes formas de hacer» (Amaro, 2008: 66). Creemos que las competencias transversales, que implican una integración de los valores y las éticas en la práctica del trabajo social, no parecen estar en peligro, a pesar de que las muchas teorías que informan al trabajo social apunten hacia múltiples justificaciones de las problemáticas y, por consiguiente, indiquen varios caminos para la actuación profesional. Los datos indican la existencia de competencias éticas materializadas en la actuación práctica y la conducta profesional de estos/estas trabajadoras/es sociales, para lo cual podrá haber contribuido la enseñanza transmitida durante la formación inicial. De hecho, y según Branco, en Portugal es una «norma la existencia formal de disciplinas de ética y deontología en la gran mayoría de los cursos» (Branco, 2009: 71). Referimos también que emergen una serie de dilemas considerando los nuevos desafíos como resultado de los cambios sociales, tecnológicos y demográficos verificados en la contemporaneidad, y de las nuevas necesidades y la especificidad de los contextos de intervención social. Es en esta medida, y ante estos desafíos, que consideramos importante cuestionar la relevancia de la creación de códigos de ética de las/os trabajadoras/es sociales, así como la transversalidad de su enseñanza en la formación posgraduada de profesionales, que complemente el perfeccionamiento intelectual con un profundo reconocimiento de las particularidades y complejidades de las personas y los contextos donde actúa, con miras a la construcción de las relaciones de empatía y de conocimiento democrático referidos por Jane Addams al inicio de este trabajo.

Referencias bibliográficas

- ADDAMS, Jane (1902). *Democracy and Social Ethics*. Nueva York: The Macmillan Co.
- (1910). *Twenty Years at Hull-House with Autobiographical Notes*. Nueva York: The Macmillan Co.
- (1930). *The Second Twenty Years at Hull-House*. Nueva York: The Macmillan Co.
- AGE UK (2011). *Grey Matters – A Survey of Ageism across Europe: EU Briefing and Policy Recommendations*. Londres: Age UK. <http://www.ageuk.org.uk/Documents/EN-GB/For-professionals/ageism_across_europe_report.pdf?dtrk=true>.
- AIDUK, Toni (2010). «Geriatric Competency, Training, and Services: Surveying a Local Aging Access Point». *The Undergraduate Review*, 6, 8-14.
- AMARO, Maria Inês (2008). «Os campos paradigmáticos do serviço social: proposta para uma categorização das teorias em presença». *Locus SOCI@L* (1), 65-80. <http://locussocial.cesss-ucp.com.pt/page4/files/page4_13.pdf>.
- BANKS, Sarah (1997). *Ética y valores en el trabajo social*. Barcelona: Paidós.
- BISMAN, Cynthia (2004). «Social Work Values: The Moral Core of the Profession». *British Journal of Social Work*, 34, 109-123. <<https://doi.org/10.1093/bjsw/bch008>>.
- BONIFAS, Robin y SIMONS, Kelsey (2014). «An Examination of the Factor Structure of the Hartford Geriatric Social Work Competency Scale-II Assessment and Intervention Subscales». *Educational Gerontology*, 40 (9), 700-712. <<https://doi.org/10.1080/03601277.2013.875378>>.
- BRANCO, Francisco (2009). «A Profissão de Assistente Social em Portugal». *Locus Social*, 3, 61-89. <http://www.locussocial.cesss-ucp.com.pt/page7/files/artigo-007c-paper-branco_ls00233.pdf>.
- BUTLER, Robert (1969). «Age-ism: Another Form of Bigotry». *The Gerontologist*, 9 (4, part 1), 243-246. <<https://doi.org/10.1093/geront/9.4 Part 1.243>>.

- (1989). «Dispelling Ageism: The Cross-Cutting Intervention». *The Annals of the American Academy of Political and Social Science The Quality of Aging: Strategies for Interventions*, 503, 138-147. <<https://doi.org/10.1177/0002716289503001011>>.
- CARVALHO, Maria (2016). *Ética aplicada ao serviço social: Dilemas e práticas profissionais*. Lisboa: Pactor – Edições de Ciências Sociais, Forenses e de Educação.
- CLIFFORD, Derek y BURKE, Beverley (2007). «Competence in Social Work Ethics». En: O'HAGAN, Kieran (ed.). *Competence in Social Work Practice: A Practical Guide for Students and Professionals*. Londres: Jessica Kingsley Publishers.
- CRAMPTON, Alexandra (2011). «Population Aging and Social Work Practice with Older Adults: Demographic and Policy Challenges». *International Social Work*, 54 (3), 313-329. <<https://doi.org/10.1177/0020872810396257>>.
- CSWE (2012). «Educational Policy and Accreditation Standards». <[https://cswe.org/getattachment/Accreditation/Standards-and-Policies/2008-EPAS/2008EDUCATIONALPOLICYANDACCREDITATIONSTANDARDS\(EPAS\)-08-24-2012.pdf.aspx](https://cswe.org/getattachment/Accreditation/Standards-and-Policies/2008-EPAS/2008EDUCATIONALPOLICYANDACCREDITATIONSTANDARDS(EPAS)-08-24-2012.pdf.aspx)>.
- (2015). «Educational Policy and Accreditation Standards». <https://www.cswe.org/getattachment/Accreditation/Accreditation-Process/2015-EPAS/2015EPAS_Web_FINAL.pdf.aspx>
- DAMRON-RODRIGUEZ, JoAnn; VOLLAND, Patricia; WRIGHT, Elizabeth y HOOYMAN, Nancy (2009). «Competency-Based Education: Implications of the Hartford Geriatric Social Work Approach». En: HOOYMAN, Nancy (ed.). *Transforming Social Work Education: The First Decade of the Hartford Geriatric Social Work*. Arlington, Virginia: Council on Social Work Education Press.
- DANIEL, Fernanda; ANTUNES, Ana y AMARAL, Inês (2015). «Representações sociais da velhice». *Análise Psicológica*, 33 (3). <<https://doi.org/10.14417/ap.972>>.
- DOLGOFF, Ralph; HARRINGTON, Donna y LOEWENBERG, Frank (2012). *Ethical decisions for Social Work Practice*. Belmont, CA: Brooks/Cole Empowerment Series.

- FALEIROS, Vicente (2014). «O serviço social no cotidiano: fios e desafios». *Serviço Social & Sociedade* (120), 706-722. <<https://doi.org/10.1590/0101-6628.006>>.
- GALAMBOS, Colleen; CURL, Angela y WOODBURY, Karen (2014). «Research Note – Testing for Gerontological Competencies: A Pilot Study». *Journal of Social Work Education*, 50, 191-196.
- GALAMBOS, Collen y CURL, Angela (2013). «Developing Gerontological Competency: A Curriculum Approach». *Gerontology & Geriatrics Education*, 34 (3), 309-321. <<https://doi.org/10.1080/02701960.2013.782301>>.
- HALL, Nigel (2009). «News and Views ... from IFSW». *International Social Work*, 52 (6), 848-851. <<https://doi.org/10.1177/0020872809348550>>.
- HAZAN, Haim (1994). *Old Age: Constructions and Deconstructions*. Nueva York: Cambridge University Press.
- HOLLOWAY, Margaret y TAPLIN, Sue (2013). «Editorial». *British Journal of Social Work*, 43 (2), 203-215. <<https://doi.org/10.1093/bjsw/bct029>>.
- HÜBNER, Lena (2014). «Constructing Relations in Social Work: Client, Customer and Service User? The Application and Relevance of the Term User in Social Work Discourse». *Nordic Social Work Research*, 4 (2), 87-98. <<https://doi.org/10.1080/2156857X.2013.867894>>.
- IBM SPSS (2011). IBM SPSS Statistics 20 Algorithms. <ftp://public.dhe.ibm.com/software/analytics/spss/documentation/statistics/20.0/en/client/Manuals/IBM_SPSS_Statistics_Algorithms.pdf>.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2012). «Censos 2011 – Resultados definitivos – Portugal». Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, IP.
- ISS – INSTITUTO DA SEGURANÇA SOCIAL (2007). «Manual de processos-chave: Estrutura residencial para idosos».
- IZQUIERDO, Alberto; PEMÁN, María y GARRO, Juan (2012). «Dilemas éticos de las trabajadoras y los trabajadores sociales en España». *Papers*, 97 (4): 875-98. <<https://doi.org/10.5565/rev/papers/v97n4.283>>.

- JIRÁSEK, Ivo y VESELSKY, Pavel (2013). «The Understanding of Death in Social Work in the Czech Republic during the Socialist Era and in the era of Consumerism through Heideggers Authenticity». *British Journal of Social Work*, 43 (2), 394-410. <<https://doi.org/10.1093/bjsw/bct012>>.
- LEVY, Becca y BANAJI, Mahzarin (2002). «Implicit Ageism». En: Nelson, TODD (ed.). *Ageism: Stereotyping and Prejudice against Older Persons*. Cambridge, Massachusetts: Massachusetts Institute of Technology.
- LLOYD, Liz; TANNER, Denise; MILNE, Alisoun; RAY, Mo; RICHARDS, Sally; SULLIVAN, Mary Pat; BEECH, Christian y PHILLIPS, Judith (2014). «Look after Yourself: Active Ageing, Individual Responsibility and the Decline of Social Work with Older People in the UK». *European Journal of Social Work*, 17 (3), 322-335. <<https://doi.org/10.1080/13691457.2013.829805>>.
- MCLAUGHLIN, Hugh (2009). «What's in a Name: "Client", "Patient", "Customer", "Consumer", "Expert by Experience", "Service User" – What's Next?». *British Journal of Social Work*, 39 (6), 1101-1117. <<https://doi.org/10.1093/bjsw/bcm155>>.
- MINAYO, Maria y COIMBRA, Jr. (2002). «Entre a liberdade e a dependência: reflexões sobre o fenômeno social do envelhecimento». En: MINAYO, Maria; COIMBRA, Jr. (eds.). *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Editora FioCruz. <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000400032>>.
- MINISTÉRIO DAS OBRAS PÚBLICAS, COMÉRCIO E INDÚSTRIA (1896). «Censo da população do Reino de Portugal: N° 1 de Dezembro de 1890 – Volume I». Lisboa: Imprensa Nacional.
- MORIN, Edgar y MAMOU, Yves (2001). «Continuum des vies et discontinuité sociale». *Retraite et Société*, 3 (34), 166-173. <<https://www.cairn.info/revue-retraite-et-societe1-2001-3-page-166.htm>>
- MOURO, Helena (2013). «Envelhecimento, políticas de intervenção Social». En: CARVALHO, Maria Irene (ed.). *O serviço social no envelhecimento*. Lisboa: Pactor – Edições de Ciências Sociais, Forenses e de Educação.

- MUNIZ, Paulo Henrique (2006). «O Estudo da morte e suas representações socioculturais simbólicas e espaciais». *Varia Scientia*, 6 (12): 159-69.
- NELSON, Todd (2011). «Ageism: The Strange Case of Prejudice Against the Older You». En: WIENER, Richard; WILLBORN, Steven (eds.). *Disability and Aging Discrimination: Perspectives in Law and Psychology*. Nueva York: Springer Science+Business Media. <<https://doi.org/10.1007/978-1-4419-6293-5>>.
- NETTO, José (2001). «A construção do projeto ético-político do serviço social». *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. São Paulo: Cortez Editora.
- NUNNALLY, Jum; BERNSTEIN, Ira (1994). *Psychometric Theory*. Nueva York: McGraw Hill.
- PALMORE, Erdman (1999). *Ageism: Negative and Positive*. Broadway, Nueva York: Springer Publishing Company, Inc.
- PAYNE, Malcon (2002). *Teoria do Trabalho Social Moderno*. Coimbra: Quarteto.
- PETERSON, David (1999). «Personnel to Serve the Aging in the Field of Social Work: Implications for Educating Professionals». *Educating Social Workers Serving the Elderly*, 412-415.
- ROSEN, Anita; ZLOTNIK, Joan Levy; CURL, Angela y GREEN, Roberta (2000). «CSWE SAGE-SW National Competencies Survey and Report». Washington, DC: Council on Social Work Education.
- SANTOS, Boaventura Sousa (1995). «A Construção Multicultural da Igualdade e da Diferença». En: *VII Congresso Brasileiro de Sociologia* (1-61). Rio de Janeiro: Oficina do CES nº 35.
- SCHRAM, Sanford (2002). *Praxis for the Poor: Piven and Cloward and the Future of Social Science in Social Welfare*. Nueva York: New York University Press.
- SERAFIM, Maria do Rosário (2004). «O reconhecimento da condição ética dos cidadãos: um imperativo para o serviço social». *Intervenção Social*, 29, 25-52.

- SORMANTI, Mary (2008). «Bereavement Practice». En: MIZRAHI, Terry; DAVIS (eds.). *The Encyclopedia of Social Work*. 20th ed. (192-195). Nueva York: Oxford University Press. <<https://doi.org/10.1093/OBO/9780195389678-0117>>.
- SOUSA, Isabel (2015). «Serviço social em debate: Que referências genéricas?». *Intervenção Social*, 45 (42/45), 11-23.
- TUNCAY, Tarik y DUYAN, Veli (2015). «Turkish Adaptation of the Geriatric Social Work Competency Scale in a Group of Social Work Bachelor Students». *Turkish Journal of Geriatrics*, 18 (1), 60-67.
- UNITED NATIONS, DEPARTMENT OF ECONOMIC AND SOCIAL AFFAIRS (2015). «World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables» (241 No. ESA/P/WP).
- WILSON, Kate; RUCH, Gillian; LYMBERY, Mark y COOPER, Andrew (2008). *Social Work: An Introduction to Contemporary Practice*. Harlow: Pearson Education Lim.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- WVS (2014). «906-WVS201 World Values Survey Wave 6, 2010-2014». World Values Survey Association. <<http://www.worldvaluessurvey.org/>>.

Estudo 2

Artigo 3 – *The new challenges of ageing and assessment competencies in Social Work*

Artigo em processo de avaliação

Long title: The new challenges of ageing and assessment competencies in Social Work¹⁶

Short Title: Ageing and assessment competencies in Social Work

The current study presents the results obtained by the application of the Assessment Competencies subscale to a sample of social workers ($n = 534$) that work with older people in Portugal. In the study, we examined the factorial structure, psychometric properties, and measurements of the subscale's central tendency and dispersion.

The results demonstrated a single factor structure that explains 58.93% of the variance and with an internal consistency of .92 (Cronbach's alpha). Items mean scores ranged from 2.46 ± 1.05 and 3.22 ± 0.64 . Despite the existence of different theoretical perspectives on Social Work, which may frame the required competencies for professional practice, we encountered similitudes regarding the self-perceptions returned by assessments of social worker competencies in Portugal when compared to their North American peers in the United States and Canada.

Keywords: Social Work, Ageing, Competencies, Assessment

¹⁶ A tradução recebeu apoio da FCT através do Financiamento Estratégico: UID/SOC/03126/2013 (versão 1)

Introduction

Population aging represents a phenomenon taking place in communities located almost all around the world and simultaneously constitutes one of the greatest accomplishments of the 21st century. Forecasts demonstrate how between 2015 and 2030, the number of persons aged 60 or over will rise by 56%, from 901 million in 2015 to 1.4 billion in 2030 and with the older people then again doubling to exceed over 2 billion by 2050 (United Nations, 2015). In the last Portuguese census, 2011, the number of residents with 60 years or over was 2 644 805 being 25% of the total population. In the EU (28) Portugal has the 5th higher aging index and the 3rd in increase of the median age between 2003 and 2013 (Instituto Nacional de Estatística (INE), 2015).

Taking into consideration the demographic scenario, we may understand how various categories of professionals are called upon to respond to the needs of older people that find themselves in positions of vulnerability (Scharlach, Damron-Rodriguez, Robinson, & Feldman, 2000). We would, therefore, clarify that age itself does not constitute an indicator of frailty. Rather vulnerability is a consequence of a combination of factors and with advancing age these lead to varying levels of functional and social decline. Social workers become most engaged with older persons with chronic and degenerative diseases, poor incomes and limited support networks.

The societal importance of this process, this population, and families stand out as new pressures and challenges to institutions (working with older people but also providing training and certification, for example) and professions, especially Social Work. Thus, in this study, we carried out a first survey and analysis of self-perceptions of social workers concerning their competencies in undertaking assessment of the conditions faced by older service users. We applied a measurement instrument proposed for social workers involved with older people in the United States.

Competencies and new profiles of social workers in the field of Gerontology

In an era of globalisation¹⁷, there are multiple transformations taking place in the world of work and frequent debates regarding the professional profiles and the role that academia should play as an actor in establishing these profiles. Within this context, the expression “competence” — a polysomic concept, stemming from re-updating and re-signifying meanings¹⁸ — takes a leading role alongside the introduction of contents to academic curricular units that are increasingly oriented towards specific professional contexts. This new curricular organisation embodies a visible effect of globalisation on education (Seabra, 2010). The perspective has involved replacing an encyclopaedic knowledge, focused on teaching and prioritising subject contents, by a “flexible” model, interdisciplinary, grounded on a learning and competence-based approach (Olivos, 2010). Critics of this new competence based paradigm affirm that this embodies a new ideology that colonises the current education systems and places students in the service of the needs of the economy and the marketplace. According to critical assessments of this new approach, education is not placed at the service of the student but rather dedicated to the manufacture of economically viable students, trained to be flexible and competitive in professional markets (Beluche, 2013; Rey & Sanchez-Parga, 2011).

According to the Specialized Practice Curricula Guide for Gero Social Work published in the United States by the Council on Social Work Education (2015, 2017), social work competence is the ability to apply and integrate social work knowledge, skills and values to practical situations in a purposeful, intentional, and professional manner to promote well-being. Educational Policy and Accreditation Standards recognizes a holistic view of competence according to which this presupposes the demonstration that competence is informed by values, knowledge, skills, and cognitive and affective processes that include critical thinking, affective reactions, and exercise of judgment concerning unique practice situations. Adding “Overall professional competence is multi-dimensional and composed of interrelated competencies. An

¹⁷ According to Jessop (2008, p. 139), Globalisation represents a term that proves “multipurpose, ambiguous and controversial that frequently covers up more than it reveals about the recent economic, political, social and cultural changes.” From the author’s perspective, globalisation reflects multi-centric, multi-scale, multi-temporal, multi-form and multi-causal processes.

¹⁸ About re-updating and resignifications, see Manfredi (1998).

individual social worker's competence is seen as developmental and dynamic, changing over time in relation to continuous learning" (Council on Social Work Education, 2017, p. xvii).

The prescription of this focus did not go without criticism among academics that deemed the concept of competences the antithesis of the essence to the practice of social workers. We would here recall the literature review on the criticisms of the approach to competences made by O'Hagan (2007, p. 17): i. A racist approach lacking any perspectives on equality; ii. Antithetical regarding explanations of the professional depth and integrity, creative practices, and tolerance of complexities and uncertainties; iii. Reductive of the assessment process in favour of choosing multiple "tick-box" exercises; iv. Separating the different actions or activities into their component parts; v. Dilutes the values of Social Workers that then become subject to the same reductionist tendencies and getting expressed strictly in measurable and behavioural terms; vi. This should not be seen as some autonomous "professional" development but rather as a consequence of and a counterbalance to the expansion of business management techniques; vii. Inappropriately describes what happens in any meeting between service users and social workers as well as between these and their evaluators; viii. Does not contribute towards Social Work focused reflective practices and running the risk of leading to "a practice with reduced levels of technical competence". Running counter to these criticisms, the "*Council on Social Work Education, CSWE – Gero-Ed Center Competency Goals*", in the United States of America, affirmed that the teaching of competencies should be included in academic education programs for social workers (Damron-Rodriguez, Volland, Wright, & Hooyman, 2009).

There are various assumptions described in the literature that make imperative contributions to the development of gerontological competences in Social Work (Naito-Chan, Damron-Rodriguez, & Simmons, 2004; Peterson, 1990; Rosen, Zlotnik, Curl, & Green, 2000). The rise in the older people and the diversity of the ageing population emerge as justifications for the inclusion of gerontological contents in Social Work curriculum (Rosen et al., 2000). This furthermore references the shortfall in social

workers with the knowledge and competences required to meet the needs of this population. In research carried out in the United States among members of the National Association of Social Workers, the findings demonstrated through extrapolation that 26% (29,650) of social workers usually work with older people and even of those who did not, 62% reported that gerontological knowledge was necessary to their positions of employment. This also recognises how in the near future, this need will expand and hence the motivation identified for including curricular contents in this area (Peterson, 1999). Gerontological competences (Gero), according to Damron-Rodriguez, Volland, Wright, and Hooyman (2009), are necessary to guarantee that all Social Work graduates are prepared to work with older adults given that the majority shall be interacting in some way with this population segment. Similarly, there is the need for advanced levels of gerontological competences for specialised geriatric practices and professional leadership in this growing field.

In the United States of America, in 2004, the *Council on Social Work Education* (CSWE), the *Commission on Curriculum and Educational Innovation* (COCEI) and the *Commission on Accreditation* (COA) embarked on the revision and analysis process for the *Educational Policy and Accreditation Standards* (EPAS). Following an extensive and intensive period of information gathering, that included reviewing the literature and seeking specialist opinions, various underlying principles were identified for orienting the broader process. The need to reformulate the EPAS based upon the results of students, especially on practical behaviours or, expressed otherwise, just what a student should learn and be able actually to do, led to a competence-based approach to education. This furthermore identified distinct competencies that then subdivide into different domains, including that of assessment.

We would state that assessment has received consideration since the beginning of the profession and constituted a crucial component to Social Work practices. The 1917 published book, “Social Diagnosis” introduced the term into professional practice – the social worker needed to be able to form a professional judgement regarding the needs of the persons worked with just as doctors would do when providing diagnosis to their “patients”. Recently, the term “diagnosis” got replaced by “assessment” in Social Work (Thompson & Thompson, 2001), because this refers to “a medicalised understanding of disease, dysfunction, symptoms and the authority associated with a declaration of an illness” (Birkenmaier, Berg-Weger, & Dewees, 2011, p. 98). However,

according to the topic “Assessment”, published by Oxford Bibliographies in 2014 and reissued in 2015, the initial assessment may also be referred to by the term diagnosis (Badger, 2014).

Approaching assessment as a foundation stone for Social Work practices, this nevertheless involves grasping the complexity that derives from the fact that assessment gets considered as one of the stages of the “Social Work process”. Thompson (1998) sets out five iterative phases in this process (1. *Assessment*, 2. *Intervention*, 3. *Review*, 4. *Termination* and 5. *Evaluation*) and affirms that assessment, at an initial process phase, involves gathering information about the situation in order to identify its nature, extent and the gravity of the problems requiring resolution, the needs, the risk factors, the strengths and the resources available in order to better understand the situations and plan an effective response. Progression through the different phases does not follow a linear mechanism of moving from one stage to the next but is rather an iterative process that may feed off itself and return to an earlier phase whenever necessary. Thus, any review that gets undertaken may also imply another assessment. “A mistake or oversight at the assessment stage can lead to significant difficulties later as services or other interventions may be misdirected or even wholly inappropriate” (Thompson, 1998, p. 311).

Despite working with vulnerable older people being one of the focuses of intervention for these pioneering social workers, the new profiles of this problematic field require a (re)thinking of interventions. In Portugal, the new challenges of population ageing and the consequent opening of new fields for professional action to social workers demand reflection in this area, especially about the assessment competences.

After reading the Portuguese authors (Granja & Pereira, 2009; Ribeirinho, 2013), we may highlight the respective recognition of the importance of assessment even while prescribing different formats to this end. When analysing the instrumental technique for assessment referenced by Ribeirinho (2013), we find that this maps specific measurement instruments, but these are not, from our point of view, clearly assumed as a competence that may also be carried out by a social worker. Again, from our perspective, the social worker engaged in the ageing area needs to critically master the instruments that ensure a holistic assessment of older people. We would recall that

the Quality Management Manual for social facilities for elderly persons (CEQUAL – IPQ – UMP, 2008) stipulates assessment: Cognitive assessment; Definition of dependence levels of according to ongoing activities in Activities of Daily Living (based on the Katz index); the Lawton Index – instrumental activities of Daily Living and the older people quality of life assessment grid. Working in these facilities for older people has become a highly competitive professional market. Despite frequently taking the role and functions of technical directors (cf. the results of our study – Table 1. Sociodemographic and professional characteristics), social workers are not mentioned in “Point 4 legend – Operating Mode” of Manual as key processes: Residential Structures for the Older People ¹⁹ (Instituto da Segurança Social & ISS, 2007). The systematic and recognised development of solid systems for assessments by social workers, in terms of basic and continuous training, would be a fundamental path towards professionally strengthening these professionals.

This justifies the relevance of this study seeking to assess the subscale applied to social workers. Only with systems of recognised competences will social workers be able to achieve what Granja and Pereira (2009, p. 8-9) define as the object of the professional activities of social workers deployed in this field and that we may summarise by the following topics: fostering access to resources; intervening according to tested action models and with recognised and legitimated procedures; re-establishing, restoring and reinforcing social cohesion; deepening and stimulating the nurturing of primary and secondary social bonds; participating in reflexive and creative processes about professional activities.

Regarding the subscale applied in this article, identified as *Knowledge and competences of “gerontologist” social workers* the use of multidisciplinary and multidimensional assessment methodologies; the understanding of the scope and limitations of each assessment methodology; the capacity to select the most appropriate for different groups. There are ten items encompassing the “assessment” domain that are subject to reflection.

¹⁹ The professions mentioned are those of Psychologist, cultural monitor, direct action assistant and other members of staff (staff providing support services interrelated with the Client and the Organisation; e.g., along with others deemed necessary). In addition to these professionals, there is also reference to the technical director as a specialist with higher education or equivalent and personal and technical competences appropriate to hold such a role, preferably with a social and human sciences background.

Materials and Methodologies

Instrument

The Assessment subscale is one of the five domains in the *Geriatric Social Work Competencies Scale II*. This subscale maps the competences of *Gero social workers* and was developed based on the understanding that these professionals hold the knowledge and the competences for applying multidisciplinary and multidimensional assessment methodologies when intervening with older adults. These highly qualified professionals understand the strengths and limitations of these assessment methods, applying them to evaluate physical, mental, cognitive, social, and biopsychosocial functions as well as the needs of different older adults and their caregivers. They also select the most appropriate assessment tools and are in a position to adapt and modify them to work with different individuals from different groups (in terms of gender, ethnicity, nationality, sexual orientation) (CSWE, 2008).

The aforementioned scale, which counted on both the *Council on Social Work Education, CSWE – Gero-Ed Center Competency Goals* and the *Hartford Partnership Program in Aging Education, HPPAE* for its design and contents, started out with a wide reaching review of the Gerontology Social Work literature, producing a set of 128 possible professional competences. A list of 128 items was sent to specialist academic gerontology consultants, researchers and professionals. This specialist panel then carried out an assessment of the items suggesting those for elimination, addition and/or modification. A pre-test was then conducted with social workers. Based upon the panel recommendations and the results of the pre-test, 65 items regarding three major professional fields were identified: (i) Knowledge about older people and their families (17 items); (ii) Professional skill (32 items); (iii) Professional practice (16 items). Following a review of the items for redundancy, clarity and specific relevance to gerontological practices, the list was pre-tested and evaluated in a convenience sample before the final questionnaire was distributed to 2,400 social workers, lecturers and researchers. The current paper presents the questionnaire results for the “Assessment” component as answered by social workers at institutions providing social responses targeting older people.

The “Assessment” subscale comprises 10 items (table 2) with each item being scored according to a five-point Likert scale in which 0 means “Not skilled at all (I have no experience with this skill)” and 4 “Expert skill (I complete this skill with sufficient mastery to teach others)”.

Prior to the subscale, the questionnaire includes a sociodemographic and professional characterisation and at the end respondents have the opportunity to submit comments.

Procedures

The empirical study, which enabled the data collection hereby presented, began with the sourcing from the Social Charter of the email addresses of institutions in mainland Portugal providing for the needs of older people (Social Centres, Day-care Centres, Night Centres, Elderly Residential Homes and Domestic Support Services). These were identified and contacted, via email, 3,615 institutions. The body of the message, in addition to a description of the study, included the link for accessing an on-line form available via the e-tool Google Docs. Written informed consent was obtained from participants prior to data collection. The study was approved by the Instituto Superior Miguel Torga Ethics Committee.

Statistical analyses and treatment process incorporated diverse procedures made available by the program ‘Statistical Package for Social Sciences – SPSS for Windows’(IBM SPSS, 2011). In a first phase, items internal consistency (Cronbach’s alpha) and inter and intra item correlations were calculated. We then applied Factorial Analysis to explore the structure underlying the “Assessment” subscale ten items. The main objective of this analysis involves reducing the complexity of the interrelations among the ten variables and observing a relatively small number of linear combinations of these variables. This procedure served the objective of evaluating whether the subscale behaviour was identical to that reported by Bonifas and Simons (2014). We verified the appropriateness of the Factorial Analysis data by means of the Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) and Bartlett’s sphericity tests. Analysis of the items was carried out using descriptive statistics such as central tendency and dispersion.

Participants

The majority of the participants are female ($n = 513$; 96.1%) with an age range from 22 to 63 years old with a mean age of 35.05 ± 7.56 . The majority of participants completed

their higher education at a Private University ($n = 315$; 60.1%), completing their education in 2007 ($n = 53$; 9.9%), 114 (21.3%) are social worker managers, 332 (85.8%) are technical directors, 295 (55.2%) never had post-graduate training while 72 attended a Master's Degree and another 11 a Doctoral Degree. The largest proportion, 234 (43.8%), work for Social Solidarity Associations.

Table 1

Sociodemographic and professional characteristics (N= 534)

	<i>N</i>	<i>%</i>
Gender		
Male	21	3.9
Female	513	96.1
	<i>M (DP)</i>	<i>Min-Max</i>
Age	35.05 (7.57)	22-63
Institution		
Private University	315	60.1
Public University	52	9.9
Private Polytechnic	8	1.5
Public Polytechnic	98	18.7
Canonical	51	9.7
	<i>Mo</i>	<i>Min-Max</i>
Graduation year	2007 ($n = 53 -$ 9.9%)	1980 – 2015
	<i>M (DP)</i>	<i>Min-Max</i>
Years of experience in the area	9.02(6.20)	0 – 38
Category	<i>N</i>	<i>%</i>
Social Worker: 1 st	90	16.9
Social Worker: 2 nd	79	14.8
Social Worker: 3 rd	94	17.6
Assistant Social Manager	114	21.3

Other ²⁰	157	29.4
	<i>N</i>	%
Management		
Technical Director	332	85.8
Coordinator	32	8.3
Service Director	18	4.7
Service Director/Technical Director	5	1.3
	<i>N</i>	%
Post-graduate studies		
No	297	55.6
Yes ²¹	237	44.4
Master's Degree ²²	72	100
Doctoral Degree ²³	11	100
	<i>N</i>	%
Juridical Form		
Social Solidarity Association	234	43.8
Parish (Social) Centre	102	19.1
Irmandade da Misericórdia / S.ta Casa da Misericórdia	74	13.9
Other	45	8.4
Profit Making Entity	43	8.1
Social Solidarity Foundation	28	5.2
Religious Organisation Institute	5	.9
Mutualist Association	3	.6

²⁰ Of the 157 Social Workers who responded “other” 120 (76.4%) mentioned leadership roles with the remaining describing diverse roles such as “higher social work technician, without detailing the level”, references to the careers of social workers at the “Santas Casas da Misericórdia” institutions, “internships”, “maternity leave replacements”, “self-employed workers”, etcetera.

²¹ We would stress that of the 237 Social Workers 75 (31.65%) reported attending courses with their titles containing the word Gerontology and/or Geriatrics.

²² Of the persons reporting Master's Degree (72), the majority 23 (31.94%) referred to attending a Social Work program (whether or not associated with other areas such as entrepreneurship). The field with the next greatest frequency was Gerontology and/or Geriatrics (20 – 27.8%).

²³ Of the 11 respondents that detailed their Doctoral Degree studies, 4 (36.36%) are in Social Work and another 3 (27.27%) in Gerontology and/or Geriatrics.

Results

Calculating the Cronbach's alpha revealed that the "Assessment" subscale reported a high level of internal consistency, Cronbach's $\alpha = 0.92$.

The ten Assessment subscale items were subject to principal components analysis (PCA). Assumptions for conducting PCA were examined. The inspection of the correlation matrix demonstrated the presence of many coefficients equal to or greater than 0.41. The Kaiser-Meyer-Oklun result was 0.91. The analysis of the main components reported the presence of a single component with eigenvalues > 1 and explaining 58.93 % of the variance.

Table 2 presents means and standard deviation for the GSWC "Assessment" subscale. The descriptive analyses of the results revealed that social workers rank themselves on mean point "2 – moderate competence". Mean scores ranged from 2.46 ± 1.05 to 3.22 ± 0.64 and corresponded to item 8 "Administer and interpret standardized assessment and diagnostic tools that are appropriate for use with older adults (e.g., depression scale, Mini-Mental Status Exam)" and to item 1 "Use empathy and sensitive interviewing skills to engage older clients in identifying their strengths and problems", respectively. We would also point that the Median and Mode for the total scale is level 3 "Advanced competences".

Table 2

Descriptive statistics of the items and the composite variable "Assessment Average" and "Total Assessment" (N = 534)

	<i>M</i>	<i>Md</i>	<i>Mo</i>	$\pm SD$	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>
Item 1. Use empathy and sensitive interviewing skills to engage older clients in identifying their strengths and problems.	3.22	3	3	.64	1	4
Item 2. Adapt interviewing methods to potential sensory, language, and cognitive limitations of the older adult.	3.07	3	3	.74	0	4
Item 3. Conduct a comprehensive geriatric assessment (bio-psychosocial evaluation).	2.96	3	3	.79	0	4

Item 4. Ascertain health status and assess physical functioning (e.g., ADLs and IADLs) of older clients.	3.03	3	3	.78	0	4
Item 5. Assess cognitive functioning and mental health status of older clients (e.g., depression, dementia).	2.74	3	3	.86	0	4
Item 6. Assess social functioning (e.g., social skills, social activity level) and social support of older clients	3.12	3	3	.68	0	4
Item 7. Assess caregivers' needs and level of stress.	2.88	3	3	.80	0	4
Item 8. Administer and interpret standardized assessment and diagnostic tools that are appropriate for use with older adults (e.g., depression scale, Mini-Mental Status Exam).	2.46	3	3	1.05	0	4
Item 9. Develop clear, timely, and appropriate service plans with measurable objectives for older adults.	2.80	3	3	.83	0	4
Item 10. Re-evaluate and adjust service plans for older adults on a continuing basis.	2.91	3	3	.77	0	4
Mean Assessment	2.92	3	3	.61	1	4
Sum Assessment	29.19	30	30	6.08	10	40

Discussion and conclusion

The “Assessment” subscale shows high internal consistency similar to the one reported by Bonifas and Simons (2014) and Galambos and Curl (2013). The structure of the “Assessment” subscale items is explained by a single factor. This result contradicts the bi-factorial structure reported by Bonifas and Simons (2014) that identifies the

components of “Core Geriatric Assessment Practice Behaviours” and “Specialized Geriatric Assessment Practice Behaviours”. In this study, we did not encounter any distinction between the central competences and the specialised competences. On analysing the factor item loads, all items report high factor loading as well as strong correlations between the items indicating that the items aggregate to form a single factor – “Assessment Competencies”. The item receiving the highest ranking was item 1 “Use empathy and sensitive interviewing skills to engage older clients in identifying their strengths and problems” while the study of Bonifas and Simons (2014) reported item 7 “Assess caregivers’ needs and level of stress” even if then followed very closely by item 1 with only one hundredth of a difference between these items. This focus on the role of the caregiver as a target for assessment did not emerge in our study, with this item presenting the fourth lowest mean score. We would furthermore point to how the study carried out by Aiduk (2010), on a sample of *Old Colony Elder Services* (OCES) members of staff, also reported item 1 to show the highest mean score – $3.42 \pm SD$ absent. This result was somehow predictable as the use of empathy is, according to the document entitled “Ethics in Social Work, Statement of Principles”²⁴, an orientation that should guide professional behaviours: “Social workers should act in relation to the people using their services with compassion, empathy and care”. We would, however, recall that there are underlying specific characteristics to this competence that may emerge in the presence of certain older people due to the lack of training, especially negative communication practices (over-accommodation – or excessive communication – and infantilization)²⁵.

The item in our study receiving the lowest mean score was item 8 “Administer and interpret standardized assessment and diagnostic tools that are appropriate for use with older adults (e.g., depression scale, Mini-Mental Status Exam)”. This item also showed the lowest mean score in the study by Bonifas and Simons (2014) ($M = 2.35$), as well as that by Aiduk (2010) ($M = 2.42$). This result was therefore correspondingly expected. Considering the Deontological Code of the Order of Portuguese Psychologists, we may identify that there is a narrative of protection of the tests, for example:

²⁴ Approved by the General Assembly of the International Federation of Social Workers and the International Association of Social Workers in Adelaide, Australia, in October 2004.

²⁵ About negative communications, we would suggest the reading of the chapter “Ageism: The Strange Case of Prejudice- Against the Older You” by Todd Nelson (2011).

The assessment materials and protocols, including manuals, items, and systems for listing and interpretation, are not available to clients or other non-qualified professionals. The psychologists thus ensure the protection and security of the assessment material, preventing their release into the public domain (Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2016, pp. 26–27).

Around 1% of our respondents shared the understanding that the dimensions of physical and cognitive assessment should remain circumscribed to professionals in the healthcare and psychological fields. We would question whether this interpretation conveys the sharing of a professional model based upon competences circumscribed to a rigidly defined disciplinary scope.

Concerning the “assessment” factor, our result is similar to the one found by Aiduk (2010) ($M = 2.90$; $SD = \text{absent}$), Bonifas and Simons (2014) ($M = 2.96$; $SD = 0.54$), and of Galambos and Curl (2013) (first phase: $M = 15.85$; $SD = 9.08$; second phase: $M = 28.14$; $SD = 8.60$).

We would highlight how our results are in line with those obtained by the sample utilising the “Assessment” subscale despite the distinctive characteristics of respondents:

(i) in the Bonifas and Simons (2014) study – the sample included gerontologist social workers with a mean age of 48.57 ± 10.16 , 89% female, 86% with a Master’s Degrees in Social Work, 68% with ten or more years of social work experience; 70% did not have any specialist gerontology training as part of their formal training,

(ii) the study by Galambos and Curl (2013) – with the sample of students attending the post-graduate program *Helping Strategies for Older Adults*, the vast majority female ($n = 68 - 91.9\%$) with a mean age of 31.05 ± 11.21 , (amplitude of 40 years [21–61]),

(iii) the Aiduk (2010) study – did not detail the sociodemographic characteristics of the sample even while the characteristics of the *Old Colony Elderly Services* (OCES) organisation in Brockton comprised 130 members of staff and operated over a dozen programs targeting the older people, their families and caregivers.

We consider that, despite the considerable differences in the sample profiles, the rankings returned by the scales would be distinct in line with the eclectic nature characterising Social Work worldwide. We would add that this eclectic character, according to Robbins, Chatterjee and Canda (1999, p. 374) derives from the fact that “social workers are expected to be experts on not only the biological, psychological,

social, cultural, economic, and political aspects of human behaviour, but experts on assessment, prevention, and intervention at all levels of social systems as well”. It is this eclecticism and the underlying complexity of the mandate by which social workers have to examine the person in the environment that contributes, again according to Robbins, Chatterjee and Canda (1999), to the unique mission of Social Work practices. We would recall that in our sample, of the 239 social workers who had undertaken post-graduate training, 75 (31.4%) took Gerontology and/or Geriatrics courses.

Reflecting on the application of measurement instruments *per se*, the editorial recommendation of the journal “*Asia Pacific Journal of Social Work and Development*” edited by Ng (2014), entitled “*New Social Work Definition, New Research Opportunities, New Perspectives*”, which sets out advantages to using psychological theories and their respective measurement instruments for reading the variables of greatest relevance to Social Work (income inequalities, public welfare, etc.) was followed. From our perspective, the application of measurement instruments, within the assessment context, deserves investigation by the Social Work field. Not only as a means of obtaining relevant data on the service users but also on the exercising of social advocacy. The utilisation of terminology shared with other professions shall then strengthen the discourses of social workers in their presentation of the multiple vulnerabilities of the populations they work with. This utilisation of measurement instruments, however, should never be done from an acritical position, according to our perspective, nor should this represent some turning point towards a clinical approach. There are known limitations to any classification emphasising the use of DSM – the Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disturbances – for example, with its constant revisions indicating a constant “construction” of diagnoses. What today is considered as a disease may not be classified as a disease tomorrow. We would recall how in the first edition of the DSM–I, published in 1952, homosexuality was categorised among sociopathic personality disorder, catalogued as a sexual deviation involving pathological behaviours (Block & Adriaens, 2013; Drescher, 2015). Thus, it makes sense to attend to the *three constructionist discoveries*, specifically:

- i) some illnesses are particularly embedded with cultural meaning—which is not directly derived from the nature of the condition—that shapes how society responds to those afflicted and influences the experience of that illness.
- ii) all illnesses are socially constructed at the experiential level, based on how individuals come to understand and live with their illness.

iii) medical knowledge about illness and disease is not necessarily given by nature but is constructed and developed by claims-makers and interested parties (Conrad & Barker, 2010, p. S67).

Robbins (2014) stated that each DSM review embodies an attempt to add new scientific discoveries that imply an expansion of the psychiatric diagnoses in various aspects of life, the stigma of labelling and alongside biological reductionism. While making such statements on the DSM, Robbins also affirms that, despite such disadvantages, there are still convincing reasons to continue training social workers in DSM based diagnoses as this provides the common language that is necessary to communication with other professionals. However, rather than treating this as some Bible for psychiatric disorders, the work deserves its own appropriate context, as a socially constructed document that has profound implications both for the persons worked with and for the profession (Robbins, 2014).

In our perspective, assessment should always be approached as part of a wider and deeper process that also identifies strengths and capacities, in this case of older people and their families/caregivers, avoiding processes of pathologization and disempowerment.

The path for specialist training and post-graduate education in gerontology and geriatrics, in fact taken by around one half of the social workers in our sample, would seem to constitute a factor of strategic socio-professional affirmation in which mastery of the interdisciplinary competences and tools represents a fundamental dimension. Nevertheless, this does not take place beyond the scope of a critical use of assessment instruments within the framework of explaining the individual vulnerabilities that the social workers encounter in their daily experiences and incorporating the social organisation that perpetuates the deprivations and asymmetries bringing about these vulnerabilities.

In conclusion, we would state that assessment represents an understandably complex process to the extent that it includes assessment of the life courses of unique individuals, with needs and rights. Assessment assumes, according to our point of view, taking into consideration “religious and cultural norms, values and folkways in understanding a person's 'trajectory' through the life course” (Thompson, 1998, p. 308), respecting the perspective of the other, actively listening, not competing and valuing differences and diversity (Adams, Dominelli, & Payne, 1998). Knowing just what we

want to evaluate and with what objective, and applying the necessary instruments, constitute fundamental dimensions to the reflexive practices of social workers. In summary, we would state that the assessment competencies addressed in the “Assessment” subscale are those that we feel make a systematic and valid contribution towards the assessment of the persons who social workers come into contact with.

References

- Adams, R., Dominelli, L., & Payne, M. (1998). Introduction. In R. Adams, L. Dominelli, & M. Payne (Eds.), *Social Work: Themes, Issues and Critical Debates* (p. 390). Macmillan Press.
- Aguado, O. V., Giménez-Salinas, E., Esteve, A. I. B., Junyent, M. V., Izquierdo, I. G., & Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. (2004). *Libro blanco: Título de grado en trabajo social*. Madrid. Retrieved from http://www.aneca.es/var/media/150376/libroblanco_trbjsocial_def.pdf
- Aiduk, T. (2010). Geriatric competency, training, and services: Surveying a local aging access point. *The Undergraduate Review*, 6, 8–14.
- Badger, K. (2014). Assessment. In *Oxford Bibliographies*. <https://doi.org/10.1093/obo/9780195389678-0152>
- Beluche, O. (2013). La educación por “competencias” y el neoliberalismo. *Sinpermiso*.
- Birkenmaier, J., Berg-Weger, M., & Dewees, M. P. (2011). *The practice of generalist social work*. New York: Routledge.
- Bonifas, R. P., & Simons, K. (2014). An examination of the factor structure of the Hartford Geriatric Social Work Competency Scale-II Assessment and Intervention Subscales. *Educational Gerontology*, 40(9), 700–712. <https://doi.org/10.1080/03601277.2013.875378>
- CEQUAL - IPQ - UMP. (2008). *Manual de gestão da qualidade para lares de idosos*. Lisboa: Projecto Qual_Idade.
- Clifford, D., & Burke, B. (2007). Competence in social work ethics. In K. O’Hagan (Ed.), *Competence in Social Work Practice A Practical Guide for Students and Professionals* (p. 256). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Conrad, P., & Barker, K. K. (2010). The social construction of illness: Key insights and

- policy implications. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(1_suppl), S67–S79. <https://doi.org/10.1177/0022146510383495>
- Council on Social Work Education. (2017). *Specialized practice curricula guide for gero social work practice*. Alexandria: Council on Social Work Education, Inc.
- CSWE. (2008). *Advanced Gero Social Work Practice*.
- Damron-Rodriguez, J., Volland, P. J., Wright, M. E., & Hooyman, N. R. (2009). Competency-based education: Implications of the Hartford Geriatric Social Work Approach. In Hooyman (Ed.), *Transforming Social Work Education: The First Decade of the Hartford Geriatric Social Work* (pp. 21–50). Arlington, Virginia: Council on Social Work Education Press.
- Galambos, C., & Curl, A. (2013). Developing gerontological competency: A curriculum approach. *Gerontology & Geriatrics Education*, 34(3), 309–321. <https://doi.org/10.1080/02701960.2013.782301>
- Granja, B., & Pereira, F. (2009). Serviço social - Articulações e fronteiras. In *Intervention Sociale et Developpement: Quelles references pour quelles partiques* (p. 17). Hammamet - Tunisie.
- IBM SPSS. (2011). IBM SPSS Statistics 20 Algorithms. Retrieved from ftp://public.dhe.ibm.com/software/analytics/spss/documentation/statistics/20.0/en/client/Manuals/IBM_SPSS_Statistics_Algorithms.pdf
- Instituto da Segurança Social, & ISS. (2007). *Manual de processos-chave: Estrutura residencial para idosos*.
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2015). INE-Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia. *Destaque: Informação À Comunicação Social*, 1–8. Retrieved from www.ine.pt
- Jessop, B. (2008). *El futuro del estado capitalista*. Catarata.
- Manfredi, S. M. (1998). Trabalho, qualificação e competência profissional – das dimensões conceituais e políticas. *Educação & Sociedade*, 19(64). <https://doi.org/10.1590/S0101-73301998000300002>
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística: com utilização do SPSS* (3ª). Lisboa: Edições Sílabo.
- Naito-Chan, E., Damron-Rodriguez, J., & Simmons, W. J. (2004). Identifying competencies for geriatric social work practice. *Journal of Gerontological Social Work*, 43(4), 59–78. https://doi.org/10.1300/J083v43n04_05
- Nelson, T. D. (2011). Ageism: The strange case of prejudice against the older you. In R.

- Wiener & S. Willborn (Eds.), *Disability and Aging Discrimination: Perspectives in Law and Psychology* (pp. 37–47). New York: Springer Science & Business Media. <https://doi.org/10.1007/978-1-4419-6293-5>
- Ng, I. Y. H. (2014). New social work definition, new research opportunities, new perspectives. *Asia Pacific Journal of Social Work and Development*, 24(3), 127–128. <https://doi.org/10.1080/02185385.2014.948982>
- O'Hagan, K. (2007). Competence: An enduring concept. In K. O'Hagan (Ed.), *Competence in Social Work Practice: A Practical Guide for Students and Professionals* (p. 256). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Olivos, T. M. (2010). Competencias en educación. Una mirada crítica. *RMIE [Online]*, 15(44), 289–297.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2016). *Código deontológico. Ordem dos Psicólogos*. Retrieved from https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/web_cod_deontologico_pt_revisao_2016.pdf
- Peterson, D. (1990). Personnel to serve the aging in the field of social work: Implications for educating professionals. *Educating Social Workers Serving the Elderly*, 412–415.
- Peterson, R. A. (1994). A meta-analysis of cronbach's coefficient alpha. *Journal of Consumer Research*, 21(2), 381–391.
- Rey, A. del, & Sanchez-Parga, J. (2011). Critica de la educación por competencias. *Universitas*, (15), 233–246.
- Ribeirinho, C. (2013). Serviço social gerontológico: contextos e práticas profissionais. In M. I. Carvalho (Ed.), *Serviço Social no Envelhecimento* (pp. 177–200). Lisboa: Factor – Edições de Ciências Sociais, Forenses e de Educação.
- Robbins, S. (2014). From the editor – The DSM–5 and its role in social work assessment and research. *Journal of Social Work Education*, 50, 201–205. <https://doi.org/10.1080/10437797.2014.885363>
- Robbins, S. P., Chatterjee, P., & Canda, Q. E. R. (1999). Ideology , scientific theory , and social work practice. *The Journal of Contemporary Human Services, Volume 80*,(1998), 374–384.
- Rosen, A., Zlotnik, J. L., Curl, A., & Green, R. (2000). *CSWE SAGE-SW national competencies survey and report*.
- Scharlach, A., Damron-Rodriguez, J., Robinson, B., & Feldman, R. (2000). Educating

social workers for an aging society: A vision for the 21st century. *Journal of Social Work Education*.

Seabra, F. I. B. de. (2010). *Ensino básico: Repercussões da organização curricular por competências na estruturação das aprendizagens escolares e nas políticas curriculares de avaliação*. Universidade do Minho. Retrieved from <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/10877>

Thompson, N. (1998). Social work with adults. In R. Adams, L. Dominelli, & M. Payne (Eds.), *Social Work: Themes, Issues and Critical Debates* (p. 390). Macmillan Press.

Thompson, N., & Thompson, S. (2001). Empowering older people beyond the care model. *Journal of Social Work, 1*(1), 61–76.

United Nations. (2015). *World population, ageing*. <https://doi.org/ST/ESA/SER.A/390>

Discussão e Conclusão

A discussão foi concebida tendo em conta os estudos efetuados. Assim apresentaremos sequencialmente os estudos e finalizaremos com uma conclusão.

O **Estudo I** que originou o artigo “**Cartografia da oferta pública e privada de serviços dirigidos à população idosa**” problematiza a adequação das respostas sociais, em Portugal continental, dirigidas às pessoas idosas.

A análise dos relatórios anuais denominados “Carta Social – Rede de Serviços e Equipamentos” produzidos, desde 2000 a 2016, pelos diferentes Ministérios do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social²⁶ permitiu-nos constatar que é fora do Estado que têm surgido, após a revolução de Abril, distintas respostas sociais dirigidas à população idosa. Instituições da rede solidária e lucrativa têm, assim, vindo a ganhar terreno no campo das funções sociais, tornando-se “indispensáveis” à realização da proteção e ação social. O Estado neste processo tem assumido um papel tutelar apoiando financeiramente e fiscalizando, complacentemente, estas instituições.

A partir da informação proveniente da Carta Social e do Instituto Nacional de Estatística mapeamos as respostas sociais (Portugal Continental) e exploramos a relação e coerência entre a capacidade instalada e o número de residentes com idades iguais ou superiores a 65 e a 75 (freguesias do distrito de Coimbra). Constatou-se um crescimento significativo desde 1974 até 2015 das respostas sociais dirigidas à população idosa: Serviço de Apoio Domiciliário (15 → 4646), Centro de Dia (25 → 2046), Centro de Convívio (20 → 474) e Estrutura Residencial para Idosos (200 → 2271). Contudo as taxas de utilização das diferentes respostas sociais não se encontram disseminadas pelo território de forma homogénea. A Estrutura Residencial para Idosos apresenta a maior percentagem de taxa de utilização. O Centro de Noite tem ainda uma expressão diminuta, se a compararmos com o outro tipo de respostas. As duas respostas com maior crescimento e disseminação (Serviço de Apoio Domiciliário e Centro de Dia) não são alheias ao engajamento político que se verificou logo nos primeiros governos

²⁶ O nome dos ministérios desde de 2000 a 2016 tem sofrido alterações.

constitucionais (I Governo Constitucional — 1976-1978; II Governo Constitucional — 1978 e III Governo Constitucional – 1978).

O crescimento das respostas sociais indicia um investimento diferenciado ao nível da política pública. Parece-nos que o investimento no Serviço de Apoio Domiciliário deve-se ao facto de esta resposta estar desenhada para retardar a institucionalização. É considerada uma medida de política destinada à população em situação de dependência e oferta alguns serviços que permitem diminuir alguma da sobrecarga associada ao cuidado e desta forma evitar a colocação em Estrutura Residencial para Idosos. Porque não implica mudança de residência não corta, ou dito de outra forma, permite manter a pessoa idosa em contacto com a sua rede de proximidade. Acresce o facto do Serviço de Apoio Domiciliário ser uma resposta menos onerosa em termos da política pública quando comparada com a Estrutura Residencial para Idosos.

Apesar de o Serviço de Apoio Domiciliário aparecer como a resposta com maior capacidade e maior número de equipamentos, a sua taxa de utilização é inferior à sua congénere, que implica institucionalização, “Estrutura Residencial para Idosos”. Se analisarmos as peças jornalísticas do mês de fevereiro de 2017 constatamos a necessidade do equipamento “Estrutura Residencial para Idosos”. Pessoas dependentes vivem em equipamentos ilegais com condições deficitárias (Filipe, 2017).

A análise efetuada nas freguesias do distrito de Coimbra e que se propunha verificar a disseminação das respostas sociais e a relação entre a capacidade instalada e o número de residentes com idades iguais ou superiores a 65 e a 75, permite-nos afirmar que as respostas Centro de Dia, Centro de Convívio e Centro de Noite são pertença exclusiva da rede solidária, enquanto a Estrutura Residencial para Idosos e o Serviço de Apoio Domiciliário são partilhadas por ambas as redes (lucrativa e solidária). Constata-se uma descoincidência entre o número de residentes idosos e a capacidade das respostas sociais por freguesia, a par de uma fraca representação de respostas sociais dirigidas tanto para o apoio a situações de dependência como promotoras de convívio.

Estes resultados implicam repensar a criação/ampliação destes equipamentos, tendo em conta tanto a sua expressão numérica por freguesias como o número de potenciais utilizadores de serviços, a par do seu perfil epidemiológico e social.

Descoincidência e ausências implicam redefinição de políticas com efetiva sincronização entre avaliações e serviço público.

Estas descoincidência na distribuição territorial das respostas sociais obrigam à reflexão. Entendemos que os/as assistentes sociais, conhecedores das realidades individuais, locais e institucionais se posicionam de forma privilegiada na interseção institucional, podendo reforçar o seu papel como avaliadores, propositores e não meros executores de políticas sociais. Urge sincronizar diagnósticos sociais com a capacidade instalada por freguesia e o número de potenciais utentes. Esse é um dos desafios que se colocam hoje ao Serviço Social, o de se colocar como agente interseccional numa gestão territorial da ação social que, não deixando de atender aos ditames da sustentabilidade das respostas sociais, a combine com os requisitos de promoção da cidadania e do desenvolvimento social de rosto humano.

Hoje exige-se a este profissional que supere a “fase terminal da ação executiva das políticas sociais” (Guerra, 2009, p. 1), ou seja, que vá além das funções meramente executivas que lhes estavam destinadas aquando da emergência da profissão. Impõe-se que estes profissionais reflitam nas políticas sociais e que desenvolvam a “sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano” (Iamamoto, 2000, p. 113). Exige-se que o/a assistente social seja eficaz tanto:

na esfera da execução, mas também na formulação e gestão de políticas sociais, públicas e empresariais: um profissional propositivo, com a sólida formação ética, capaz de contribuir ao esclarecimento dos direitos sociais e dos meios de exercê-los, dotado de uma ampla bagagem de informação, permanentemente atualizada, para se situar em um mundo globalizado. (Iamamoto, 2000, p. 113).

Estudo II

O Estudo 2, através dos seus três artigos, avalia além das propriedades psicométricas da *Geriatric Social Work Competencies Scale II* as competências dos/as assistentes sociais que trabalham com pessoas idosas, tanto ao nível dos “Valores, Ética e Perspetivas Teóricas” como da “Avaliação”.

O primeiro artigo “**Propriedades Psicométricas da *Geriatric Social Work***

Competencies Scale II” avalia a qualidade do instrumento eleito para recolha dos dados fornecendo evidências sobre a sua fiabilidade e validade e desta forma assegurando a qualidade dos resultados.

Os artigos titulados “*Competencias éticas en la práctica profesional de las/los trabajadoras/es sociales con personas mayores*” e “*The new challenges of ageing and assessment competencies in Social Work*” apresentam os resultados da administração, em Portugal, de duas subescalas da “*Geriatric Social Work Competency Scale II*” que avaliam as competências relativamente aos “Valores, Ética e Perspetivas Teóricas” e à “Avaliação”. O estudo, além de examinar a estrutura fatorial e as propriedades psicométricas da subescala, compara as pontuações médias com a de amostras recolhidas em outros países. A pesquisa, de coorte transversal, foi efetuada com assistentes sociais que trabalham em respostas sociais dirigidas à população idosa. Contudo no artigo 2, domínio “Valores, Ética e Perspetivas Teóricas”, os/as assistentes sociais assumem funções de chefia ($n = 387$) enquanto no artigo 3, domínio “Avaliação”, a amostra inclui todos os/as assistentes sociais independentemente da categoria funcional ($n = 534$). Os resultados indicam que o artigo 2, domínio “Valores, Ética e Perspetivas Teóricas”, apresenta uma estrutura bifatorial (competências transversais vs. competências especializadas relativas à prática profissional), que explica cerca de 64,72% da variância enquanto no artigo 3, domínio “Avaliação”, a estrutura é unifatorial explicando cerca de 58,93%.

O artigo 2, domínio “Valores, Ética e Perspetivas Teóricas”, apresenta médias superiores em Portugal, nomeadamente nas competências transversais que remetem para a integração dos valores e ética na prática profissional. Estes resultados levam-nos a ponderar que, apesar da ausência de um código de ética português, o projeto educativo e profissional assenta na centralidade dos valores e da ética. Já no que concerne ao artigo 3, domínio “Avaliação”, constatamos diferenças médias dos diferentes itens da subescala ($2,46 \pm 1,05$ “mínimo” e $3,22 \pm 0,64$ “máximo”) e similitudes relativamente às autoperceções das Competências de Avaliação dos/as assistentes sociais em Portugal. Apesar de existirem diferentes perspetivas teóricas do Serviço Social, que poderiam matizar as competências da prática profissional, quando comparados com os seus congéneres Norte Americanos, dos Estados Unidos e do Canadá.

As respostas que obtivemos num período tão curto de tempo são, do nosso ponto de vista, um indicador da expressão numérica dos/as assistentes sociais nestas instituições de ação social. A literatura refere que apesar da inexistência de números relativos ao número de assistentes sociais no sector público e privado estima-se que a grande maioria exerça atividade profissional no sector privado não lucrativo (Branco, 2009). As organizações sociais privadas, lucrativas e não lucrativas, constituem, assim, um relevante campo de trabalho para os/as assistentes sociais, uma vez que são, no caso das respostas sociais dirigidas à população idosa, as entidades prestadoras de serviços sociais a este segmento populacional. O trabalho nestas organizações, quando comparado com o exercido no sector público, é mais desqualificado e precarizado, especialmente ao nível “das condições de exercício profissional e onde emerge, como particularmente crítica, a (des)regulação das relações de trabalho (salários propostos para contratação de novos profissionais, desrespeito pelos títulos profissionais, precarização da relação laboral, entre outras situações)” (Branco, 2009, p. 69). São, pois, estas “menos-valias” que fazem com que estas organizações sejam aparentemente “imbatíveis” na produção de serviços a custos baixos. “Ao combinar o trabalho pago com o trabalho voluntário e contando, ainda, com os donativos, as Organizações do Terceiro Sector (OTS) conseguem produzir a custos mais baixos do que as organizações públicas e privada lucrativa” (Almeida, 2011, p. X). Em face de argumentos como os *custos*, a *proximidade* destas organizações às pessoas, a possibilidade de estas *criarem* com facilidade *relações e redes de confiança* e terem *capacidade de inovação* estas organizações têm vindo a crescer com a complacência de diversos setores da sociedade. O pluralismo de bem-estar, “difundido como uma modalidade de proteção social *plural, mista, porém não pública*, em substituição às políticas do Bem-estar (Estado Social)” (Viana, 2007, p. vii) é um padrão de proteção social defendido por diferentes sectores. Nas palavras de Neto (2010, p. s/) “A proposta neoliberal de Estado mínimo para o social implicou na privatização das políticas sociais na medida em que o Estado transfere para a sociedade civil a responsabilidade de ações para solucionar a questão social”.

É nestas organizações que trabalham assistentes sociais, a maioria com funções diretivas (cf. artigo 1, 2 e 3). Estes resultados vão ao encontro de um estudo sobre o perfil dos responsáveis técnicos das instituições de ação social com respostas sociais dirigidas à população idosa na Região Centro de Portugal. Verificou-se que maioria 71,8% ($n = 252$) num total de 351 era licenciada em Serviço Social (Simões, 2012).

Contribui para esta percentagem de assistentes sociais a existência de acordos de cooperação com o Estado que, segundo Branco (2009, p. 68), “obrigam, numa grande maioria de situações, a confiar a direção técnica dos estabelecimentos a assistentes sociais ou, pelo menos, a ter nos seus quadros vários destes profissionais”. Recordamos que os despachos entretanto saídos e que definem as condições de funcionamento e instalação das “Estruturas Residenciais para Idosos” e dos “Serviços de Apoio Domiciliário” não estabelecem que a direção técnica deva ser assumida por assistentes sociais, como se pode observar na Norma relativa à Direção técnica da portaria n.º 67/2012 de 21 de março e da Portaria n.º 38/2013 de 30 de janeiro. Especificam que a direção técnica deverá ser assegurada por um técnico/elemento com formação superior em ciências sociais e do comportamento, saúde ou serviços sociais e preferencialmente, com experiência profissional para o exercício das funções. A expressão dos/as assistentes sociais nestas organizações é também reportada no estudo “A Economia Social e a sua Sustentabilidade como Fator de Inclusão Social” (Soares, Fialho, Chau, Gageiro, & Pestana, 2012), baseado num inquérito por questionário. No referido estudo sobre as categorias profissionais predominantes nas IPSS é afirmado que “são essencialmente duas, trabalhador auxiliar e auxiliar de pessoal técnico, seguidas depois por assistente social, psicólogo, ajudantes e fisioterapeutas/gerontomotricidade” (Soares et al., 2012, p. 29). Nesse elenco de profissionais é referido que as categorias profissionais mais relevantes para as instituições são a “categoria de assistente social com 24%, seguida por psicólogo com 10%, ajudantes e fisioterapeutas/gerontomotricidade ambas com 8%.” (Soares et al., 2012, p. 243).

No nosso estudo a estrutura relacional dos itens das subescalas é distinta nas subescalas “Valores, Ética e Perspetivas Teóricas” e “Avaliação”. A primeira é explicada por dois fatores enquanto a segunda é explicada por um único fator. Quanto à subescala “Valores, Ética e Perspetivas Teóricas” importa referir que não encontramos nenhum estudo que indicia a estrutura fatorial encontrada. Já no que diz respeito à subescala “Avaliação” o resultado no nosso estudo contraria a estrutura bifatorial encontrada por Bonifas e Simons (2014) que aponta para a componente “*Core Geriatric Assessment Practice Behaviors*” e a componente “*Specialized Geriatric Assessment Practice Behaviors*”. Não foi possível encontrar neste estudo, esta distinção entre competências centrais e competências especializadas. Se analisarmos as cargas dos itens no fator, todos os itens apresentam saturações elevadas, tal como são elevadas as

correlações entre os itens, indiciando que os itens se agregam num único fator — Competências de Avaliação.

Estas diferenças podem ser devidas ao ecletismo teórico que caracteriza o Serviço Social. Segundo Hutchinson e Oltedal o Serviço Social “é uma profissão contextualmente diversificada. A natureza da prática do Serviço Social e, portanto, o que significa ser um assistente social, difere marcadamente através dos contextos históricos, geográficos e institucionais, bem como nos domínios de prática” (2014, p. 1). A evidência reporta que, no mesmo espaço geográfico e modelo de intervenção, as diferenças podem ser abissais. No estudo de Buchbinder, Eisikovits e Karnieli-Miller (2004), realizado em Israel, que avalia como as percepções sobre o conceito psicossocial afetam as orientações da prática obtiveram perfis diferenciados de assistentes sociais. Dentro do modelo clínico obteve-se um *continuum* que vai do psicológico ao social, com dominância no psicológico.

Independentemente das vinculações políticas o Serviço Social pode ser refletido como uma profissão “que pode servir ora ao capital ora ao trabalhador, dependendo das condições objetivas e das opções políticas dos seus agentes” (Mota, 1998, p. 18). Contudo segundo Iamamoto e Carvalho (1982, p. 94) só um posicionamento político alternativo é que “abre a possibilidade para o Assistente Social colocar-se a serviço de um projeto de classe alternativo àquele para o qual foi chamado a intervir”.

Se a reflexão teórica-política informa o agir profissional, quais as teorias que devem ser ensinadas aos futuros assistentes sociais? A anteceder a nossa resposta pretendemos dar conta de alguns constrangimentos ao agir profissional. Acreditamos que a forma como nos posicionamos se relaciona intrinsecamente com o agir, no entanto, o agir é mediado por constrangimentos. O artigo de Weiss-Gal (2008) titulado “The Person-in-Environment Approach: Professional Ideology and Practice of Social Workers in Israel” dá-nos conta de alguns constrangimentos. Weiss-Gal (2008), suportado por diferentes autores afirma que, em Israel, a maioria dos/as assistentes sociais trabalha para o governo central ou local ou para agências financiadas pelo governo. Contudo esta vinculação contratual coloca obstáculos estruturais à prática quando se desafia ou pretende alterar o existente. Weiss-Gal (2008) refere de forma documentada a pressão do empregador sobre os/as assistentes sociais para adotar comportamentos conformistas e as sanções contra os/as assistentes sociais que desafiaram o governo. No mesmo sentido afirma que as escolas de Serviço Social nos

Estados Unidos têm manifestado um grau acentuado de autocontrole, reforçando o seu foco na prática clínica e individual, esbatendo do seu ensino a macro prática e a perspectiva crítica.

Na resposta à questão sobre se as teorias devem ser ensinadas aos/às assistentes sociais, a literatura expõe várias perspectivas. Se partilharmos da tese de Thyer (1994) as teorias não são necessárias para a prática. Apesar de poder ser considerado incorretamente de “anti-teórico” Thyer (1994) esclarece que a prática profissional implica o domínio do conhecimento avançado nas teorias do comportamento humano mas quando se trata de treinar profissionais competentes, ao nível da licenciatura e do mestrado, dedicar tempo ao ensino da teoria é em grande parte um desperdício de tempo. Afirma que são poucas as escolas de Serviço Social que oferecem uma educação robusta numa única orientação. Considera também que este ecletismo possa ser considerado por uns vantajoso “o resultado final para os alunos é um conhecimento acenando com algumas das orientações mais proeminentes, selecionados em grande parte com base na preferência do professor” (Thyer, 1994, p. 149). Recorda que estudos empíricos têm demonstrado as dificuldades que os/as assistentes sociais têm em relacionar as suas atividades práticas com a teoria, apesar de parecer que praticam com competência. Sugere que se deve treinar os alunos em métodos eficazes de prática de Serviço Social e menos em teorias imprecisas, ineficazes e iatrogénicas. Pelo contrário Teater (2014) sustenta que alguns/mas assistentes sociais podem não reconhecer ou compreender a sua estrutura teórica e desenvolverem a sua prática a partir de suposições e crenças advindas das suas experiências pessoais ou profissionais, o que pode representar um risco de enviesamentos diversos para os utentes. Os/as “assistentes sociais têm a responsabilidade ética e profissional de ter conhecimento de teorias estabelecidas e operacionalizadas na investigação que fundamentam os valores do Serviço Social e de fazer assentar de forma continua a prática do Serviço Social nessas teorias” (Teater, 2014, p. 1).

Por seu turno Carvalho (2011, p. 308) afirma que “qualquer reflexão acerca das relações entre teoria e prática que desconsidere a complexidade e a pluralidade de formas por meio das quais se vinculam, corre o sério risco de veicular uma visão abstrata do problema”. Pensamos que a prática tenderá a sair robustecida se o/a assistente social estiver consciencializado que as conceções teóricas por permitirem caminhos diferentes têm que ser refletidas.

Apresentamos no Estudo 2 um conjunto de competências que remetem tanto para conhecimentos que consideramos transversais aos diferentes *campos paradigmáticos* do Serviço Social como para conhecimento onde ancora o Serviço Social Clínico. Pensávamos que as competências expressas que remetem para o Serviço Social Clínico tivessem pontuações inferiores ao ponto médio da escala (2). Admitimos que a formação especializada e pós-graduada em gerontologia e geriatria, seguido por cerca de metade dos/as assistentes sociais da nossa amostra, parece ter sido uma estratégia para a aquisição de competências que remetem para saberes e agires do Serviço Social Clínico. Poderíamos afirmar que estes dados concretizam o articulado das Normas Gerais de Conduta Ética que afirmam que o/a assistente social deve “Inovar e aplicar os métodos relevantes no desenvolvimento e validação dos seus conhecimentos teóricos e práticos”. Pensamos contudo que no caso presente acresce a este mandato outros problemas que importa referir e que interferem com as competências dos/as assistentes sociais e que podem ser inferidos a partir de Castro, Tomé e Carrara (2015, pp. 106–107):

Na entrada do século XXI, prossegue a expansão da formação, com destaque para o ensino público nos subsistemas universitário e politécnico, mas que se processa sem regulamentação. A ausência de diretrizes comuns para a formação profissional, num cenário em que não foi consubstanciado o projeto profissional gestado no processo de luta pela licenciatura, conduziu a uma diversidade de planos de estudos, de componentes curriculares, com diferenças na duração das licenciaturas, e ausência de exigências quanto a qualificação académica da coordenação científica e docência em Serviço Social nos novos cursos. As licenciaturas, no ensino universitário, eram realizadas em cinco anos, mas em 2004, sob a perspectiva da Declaração de Bolonha foram reduzidas para quatro. No ensino politécnico, a formação em Serviço Social surge associada a um bacharelato de três anos, vindo a licenciatura bietápica a ser concluída com mais um ano, colocando em causa o patamar anterior da formação. Tudo isto resultou numa multiplicidade de perfis profissionais.

Assim, e tendo em conta a diversidade da formação em Serviço Social, urge regular e articular a formação, para ir ao encontro das necessidades dos/as assistentes sociais e do bem-estar das pessoas com quem trabalham.

Analisando a interlocução entre Serviço Social, Política Social e Envelhecimento concluímos com base na nossa investigação que em Portugal a política social dirigida às pessoas idosas, quando concretizada em respostas sociais, é assumida por instituições privadas do sector solidário e lucrativo. Este tipo de organização económica dos serviços de ação social é, segundo Ferguson (2011, p.19), suportado em Harris e White (2009), uma das características do neoliberalismo que subcontrata “serviços do setor público a organizações privadas e voluntários”.

Em Portugal a retração das políticas sociais públicas teve fortes repercussões no sistema de bem-estar (Ferreira & Monteiro, 2015) e no Serviço Social, já que as políticas sociais constituem a “base de sustentação funcional-ocupacional da profissão” (Montaño, 2006, p. 142). Segundo Ferreira e Monteiro (2015, p. 46) a “crise financeira que despontou na Europa em 2008 teve repercussões particularmente dramáticos em países com grandes dívidas soberanas como é o caso de Portugal”. Ao nível das práticas dos/as assistentes sociais podem-se constatar alguns repercussões nomeadamente no aumento das “funções relacionadas com a recolha e tratamento de informação e menos funções mais directamente relacionadas com os cuidados sociais” (Ferreira, 2000, p. 47), na “reatualização de velhos discursos e práticas: o voluntariado, o controle (...) e o favor, orientado por filantropia mercantilizada” (Machado, 2010, p. 281) e no enfraquecimento dos valores fundamentais da profissão reduzindo-a a uma profissão puramente técnica “sem valores” (Ferguson, 2011). No mesmo sentido, Campanini (2011, p. 650) suportada por Ferguson e Woodward (2009) refere que o “gerencialismo desenfreado, fragmentação de serviços, restrições económicas e falta de recursos, aumento da burocracia e da carga de trabalho, domínio de abordagens gerenciais de cuidados, com indicadores de desempenho, e apelação crescente ao uso do setor privado são fatores que afetam a maneira como o assistente social pode desempenhar seu papel”. São ilustrativas das práticas administrativas e managerialistas as palavras de uma assistente social do Serviço de Assistência Social: “Só que o tempo é muito pouco, e por isso devia haver [...] a nível de burocratização devia ser menos e o trabalho administrativo não ser tanto imputável ao assistente social. Há o aspeto burocrático das situações, dos processos, do Sias, e depois também os processos do Rendimento de Inserção Social, que requer muito tempo, mesmo muito tempo, não esquecendo também a estatística mensal” (Branco & Amaro, 2011, p. 666). Estas são algumas das implicações, segundo Martins (2017, p.31) dos atuais cenários da “agenda neoliberal

que, com diferentes tempos e diferentes latitudes, preconiza o desinvestimento público e dá cobertura a um economicismo com profundos custos sociais e, no limite, com repercussões económicas negativas”.

O Estado, em Portugal, como tivemos oportunidades de constatar (cf. artigo 1: Cartografia da oferta pública e privada de serviços dirigidos à população idosa em Portugal), tem apoiado financeiramente o setor solidário e este tem vindo a responder aumentando o seu número de respostas. São múltiplas as razões invocadas para explicar o aumento destas instituições, nomeadamente do terceiro setor. Almeida (2010) afirma que as organizações sociais, além do trabalho voluntário, contam ainda com donativos, conseguindo desta forma produzir serviços a custos mais baixos do que as organizações públicas e privadas lucrativas. Acresce, segundo Almeida (2010), o facto de os serviços produzidos poderem ser comparticipados pelos indivíduos ou pelas famílias. No mesmo sentido Abramovitz e Zelnick (2015, p. 284) ao apresentarem os argumentos dos apoiantes da privatização afirmam que estes “defensores da privatização alegam que as instituições privadas são mais produtivas, permitem mais opções para o consumidor e incorrem em custos menores do programa”. Apesar das tão referidas vantagens comparativas destas organizações sociais pensamos que deve ser trazida para a agenda pública a discussão sobre se estas respostas sociais devem ser exclusivamente assumidas pelo sector privado lucrativo e solidário.

Existem distintos argumentos que poderão ser esgrimidos tanto a favor como contra a prestação de serviços de assistência social por privados. Kallio, Meeuwisse e Scaramuzzino (2016) referem que uma pesquisa sueca encontrou grandes diferenças na confiança dos cidadãos de acordo com os diferentes atores: organizações públicas são percecionadas como mais confiantes logo seguidas das organizações sem fins lucrativos. “Menos confiança é expressada para organizações com fins lucrativos com restrições de lucro e ainda menos para organizações com fins lucrativos” (Kallio, Meeuwisse & Scaramuzzino, 2016, p. 179).

Somos de opinião que o Estado deveria assegurar *um serviço nacional de respostas sociais para as pessoas idosas, universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito*, à semelhança do direito à saúde. Apesar da nossa posição a favor da replicação às respostas sociais dos “valores fundamentais sobre os quais se fundamentam o Sistema de Saúde [e que]

são a universalidade, o acesso a cuidados de qualidade, a equidade e a solidariedade” (Direção Geral de Saúde, n.d.), pensamos que seria importante, independentemente do modelo subjacente às respostas sociais mix público-privado ou privado, que o Estado assumisse a administração de algumas respostas sociais, de génese e gestão estatal. Estas respostas sociais localizadas estrategicamente no território português trabalhariam de perto com estabelecimentos de ensino superior e com o Instituto de Emprego e Formação Profissional. Desta forma estas respostas sociais de referência, de génese e gestão estatal, poderiam além de investigar, disseminar boas práticas que beneficiariam as instituições congêneres privadas. Facultariam igualmente estágios profissionais da área da ação social e uma supervisão profissional aos/as assistentes sociais orientada para a coconstrução de estratégias de intervenção que evitassem “o desgaste dos assistentes sociais, um fenómeno crescente tanto devido à complexidade dos problemas sociais e ao compromisso que assumem durante o relacionamento com o cliente, quanto devido aos problemas relativos à dinâmica organizacional (carga de trabalho, exigências políticas, rotatividade, baixos salários)” (Campanini, 2011, p. 651). As forças sociais e políticas que mobilizam a supervisão, com interesses e necessidades antagónicas, deveriam igualmente ser reconhecidos tal como “a dimensão ética inerente a todo processo de supervisão porque ela sinaliza o horizonte onde se inscrevem as práticas sociais. É nesse território que se colocam as tensões entre querer, poder e dever fazer. É no processo de aprendizagem, frente aos dilemas e impasses do trabalho cotidiano, que a reflexão ética se coloca como componente essencial, conduzindo o fazer intencionalmente parametrado pelo projeto profissional coletivamente construído pela categoria”(Guerra & Braga, 2009, p. 13). Esta formação pós-graduada em supervisão deveria, do nosso ponto de vista, ser creditada por uma estrutura que promovesse tanto a defesa e a salvaguarda dos direitos fundamentais dos cidadãos como a autorregulação da profissão do/a assistente social, cujo exercício exige independência técnica. Concordamos com Campanini (2011) quando afirma que é necessário dar atenção à formação contínua. Este direito deve ser proporcionado ao nível organizacional, mas também importaria que fosse assumido como um dever pessoal de cada indivíduo que trabalha no campo do Serviço Social.

A pesquisa empírica destacou que a maioria dos/as assistentes sociais que trabalham nas respostas sociais para idosos assumem funções de chefia (72,5%). Nestas respostas sociais os/as assistentes sociais são confrontados/as com questões éticas, que

têm raízes no modelo de intervenção do Estado neste setor. Questões económicas fazem, alegadamente, com que as direções destas instituições coloquem no topo da lista de espera pessoas que poderão contribuir para diminuir as dívidas. Um blog de um técnico e gestor de uma IPSS é revelador: “São recorrentes as queixas quanto ao processo pouco transparente que envolve as admissões de pessoas idosas (...)! a perceção geral é a de que só se consegue entrar com cunhas, ou então oferecendo contrapartidas pelas vagas!” (Martinho, 2013). As direções, alegadamente com o objetivo de diminuir as dívidas, sugerem/impõe aos/às assistentes sociais procedimentos diametralmente opostos aos princípios e valores do Serviço Social. Urge ter uma política de transparência nomeadamente no que concerne à hierarquização das listas de espera nestas respostas sociais. Faz sentido, para nós, que a lista hierarquizada pelo/a assistente social seja disponibilizada a todos os candidatos em plataformas digitais restritas aos candidatos e aos Centros Regionais de Segurança Social.

Pela análise dos dados da pesquisa constatamos que cerca de metade dos/as assistentes sociais (49,1% e 44,4%) fez formação pós-graduada. Em face destes resultados e pensando no reforço da dimensão técnica operativa do exercício profissional urge, do nosso ponto de vista, promover um debate em torno da formação em Serviço Social.

Em Portugal existem atualmente três ciclos de estudo que não estão associados a diferentes papéis funcionais. Em Itália a situação é semelhante se excluirmos a necessidade de o título de mestre ser necessário “apenas para solicitar cargos de gerência” (Campanini, 2011, p XX). Campanini (2011) defende que deveriam ser definidas as competências específicas e os papéis relativos ao 1.º ciclo e 2.º ciclo de estudos, empregando os técnicos com o 1.º ciclo em serviços sociais generalistas, uma via não profissionalizante, de conteúdo mais burocrático e assistentes sociais com 2.º ciclo especialistas em distintas áreas. Somos de opinião que a complexidade dos problemas sociais aponta para uma cada vez maior robustez na formação, que só será conseguida com a formação pós-graduada universal a todos/as assistentes sociais.

O trabalho com adultos mais velhos requer uma formação robusta que permita tanto a compreensão da sociedade, altamente complexa, em que vivemos como os seus impactos na esfera individual. Consideramos que identificar os “superiores” interesses da população que envelhece, assegurar os seus direitos, respeitar a sua dignidade e

autodeterminação empoderando-os, constitui, um imperativo tanto ético como social para todos/as assistentes sociais. Os/as assistentes sociais com formação pós-graduada e especializada na área do envelhecimento estariam preparados tanto para a intervenção com pessoas idosas (ao nível macro, meso e micro) como para a gestão de equipamentos como para a execução de auditorias éticas em organizações do terceiro sector. Auditorias²⁷ que avaliariam políticas e procedimentos a par da adequação das práticas dos/as assistentes sociais relacionadas com a ética, bem como a forma como a organização se relaciona com pessoal, utentes e voluntários, e ainda os procedimentos relativos à segurança dos utentes, confidencialidade das informações, privacidade, etc. Seria também auditado o processo de avaliação do pessoal, a estrutura salarial e a política de resolução de reclamações. Avaliar-se-iam igualmente as práticas de recolha de fundos, o relacionamento com a comunidade, a capacidade da organização de cultivar um clima baseado em valores (confiança, respeito e profissionalismo, etc.) incluindo a forma como a organização respeita a sua declaração de valores, o seu código de ética (se existir). Deveria ainda ser igualmente avaliada a relação entre profissionais e utentes, baseada em valores de capacitação e promoção da independência, bem como a forma como os profissionais respeitam e compreendem a individualidade dos utentes, incluindo o respeito e apoio ao desenvolvimento da sexualidade, etnia, religião, género, capacidade e deficiência.

Referências Bibliográficas

Almeida, V. A. S. (2010). *Governança, instituições e terceiro sector: As instituições particulares de solidariedade social*. Universidade de Coimbra. Retrieved from <https://estudogeral.sib.uc.pt/jspui/handle/10316/13315>

Almeida, V. A. S. (2011). *As instituições particulares de solidariedade social: Governança e terceiro sector*. Coimbra: Edições Almedina.

²⁷ Sobre o tema das auditorias éticas sugerimos a leitura dos artigos “What Is To Be Expected from an Ethics Audit Integrated Within the Accreditation Process of Hospitals from Romania?” e “Social Work Ethics Audits in Health Care Settings: A Case Study” que nos serviram de referência (Harlow, Berg, Barry, & Chandler, 2013; Kirkpatrick, Reamer, & Sykulski, 2006).

- Ariès, P. (1983). Une histoire de la vieillesse? *Communications*, (37), 47–54. Retrieved from http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/comm_0588-8018_1983_num_37_1_1551
- Belo, I. (2002). Diretrizes internacionais para o envelhecimento e suas consequências no conceito de velhice. In *XII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais*. Ouro Preto.
- Block, A., & Adriaens, P. R. (2013). Pathologizing sexual deviance: A history. *Journal of Sex Research*, 50(3–4), 276–298. <https://doi.org/10.1080/00224499.2012.738259>
- Bonifas, R. P., & Simons, K. (2014). An examination of the factor structure of the Hartford Geriatric Social Work Competency Scale-II Assessment and Intervention Subscales. *Educational Gerontology*, 40(9), 700–712. <https://doi.org/10.1080/03601277.2013.875378>
- Börch-Supan, A. (2009). Envelhecimento e trabalho: A velha Europa pode ainda ser próspera. In *O Tempo da Vida* (Principia, pp. 195–212). Oeiras: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Branco, F. (2009). A Profissão de assistente social em Portugal. *Locus Social*, 3, 61–89. Retrieved from http://www.locussocial.CESSS-UCP.COM.PT/page7/files/artigo-007c-paper-branco_ls00233.pdf
- Branco, F., & Amaro, I. (2011). As práticas do “serviço social activo” no âmbito das novas tendências da política social: uma perspectiva portuguesa. *Serviço Social & Sociedade*, (108), 656–679. <https://doi.org/10.1590/S0101-66282011000400005>
- Buchbinder, E., Eisikovits, Z., & Karnieli-Miller, O. (2004). Social workers’ perceptions of the balance between the psychological and the social. *Social Service Review*, 78(4), 531–552. <https://doi.org/10.1086/424543>
- Campanini, A. (2011). O Serviço Social na Itália: problemas e perspectivas. *Serviço Social & Sociedade*, 108, 639–655.
- Cardoso, S., Santos, M. H., Baptista, M. I., & Clemente, S. (2012). Estado e políticas sociais sobre a velhice em Portugal. *Análise Social*, 47(204), 606–630. Retrieved from <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=9d136cae-4957-435a-974f-683542bde9b0@sessionmgr105&vid=38&hid=121>

- Carvalho, J. S. (2011). A teoria na prática é outra? Considerações sobre as relações entre teoria e prática em discursos educacionais. *Revista Brasileira de Educação*, 16(47), 307–322. <https://doi.org/10.1590/S1413-24782011000200003>
- Carvalho, M. I., & Almeida, M. J. (2014). Contributo para o desenvolvimento de um modelo de proteção social na velhice em Portugal, 1–11.
- Carvalho, M. I. L. (2011). Serviço Social e envelhecimento ativo: Teorias, práticas e dilemas profissionais. *Intervenção Social*, 38(2), 45–60.
- Castro, A. M. M. de, Tomé, R. M., & Carrara, V. A. (2015). A emigração dos assistentes sociais portugueses: faces do trabalho e do desemprego em tempos de crise e austeridade. *Serviço Social & Sociedade*, (121), 95–124. <https://doi.org/10.1590/0101-6628.015>
- Consolaro, A. (2008). Adaptação ao mundo, avalanche de informações e a serendipidade na Odontologia. *Revista Dental Press de Ortodontia E Ortopedia Facial*, 13(3), 23–27.
- Coppo, J. A. (2012). Serendipia. *Revista Veterinaria*, 23(1), 71–76.
- CSWE. (2008). *Advanced Gero Social Work Practice*.
- Curl, A. L., Tompkins, C. J., Rosen, A. L., & Zlotnik, J. L. (2010). A case study of professional change: The impact of the national gerontological social work competencies survey. *Gerontology & Geriatrics Education*, 31(3), 256–273. <https://doi.org/10.1080/02701960.2010.503135>
- Damron-Rodriguez, J., Dorfman, R., Lubben, J. E., & Beck, J. C. (1992). A geriatric education center faculty development program dedicated to social work to social work. *Journal of Gerontological Social Work*, 18(3–4), 187–201. https://doi.org/10.1300/J083v18n01_13
- Daniel, F. (2006a). O conceito de velhice em transformação. *Interações*, 10, 113–122.
- Daniel, F. (2006b). O Último lugar no mundo: Considerações e reconsiderações sobre espaço e velhice. *Interações*, (11), 85–112.

- Daniel, F. (2010). Sete mulheres para cada homem: uma análise de relações de masculinidade. *População E Sociedade*, 18, 157–167.
- Daniel, F. (2015). Editorial. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental E Social*, 1(2), 1–2.
- Daniel, F., Antunes, A., & Amaral, I. (2015). Representações sociais da velhice. *Análise Psicológica*, 33(3), 291–301. <https://doi.org/10.14417/ap.972>
- Daniel, F., Monteiro, R., & Ferreira, J. (2016). Cartografia da oferta pública e privada de serviços dirigidos à população idosa em Portugal. *Serviço Social & Sociedade*, 2(126), 235–261. <https://doi.org/10.1590/0101-6628.067>
- Daniel, F., Simões, T., & Monteiro, R. (2012). Representações sociais do «Envelhecer no masculino» e do «Envelhecer no feminino». *Ex aequo*, 26(26), 13–26. Retrieved from [/scielo.php?script=sci_arttext&pid=&lang=pt](http://scielo.php?script=sci_arttext&pid=&lang=pt)
- Debert, G. G. (1999). Velhice e o curso da vida pós-moderno. *Revista USP*, (42), 70–83. Retrieved from <http://www.revistas.usp.br/revusp/article/download/28456/30313>
- Drescher, J. (2015). Out of DSM: Depathologizing homosexuality. *Behavioral Sciences*, 5(4), 565–575. <https://doi.org/10.3390/bs5040565>
- Direção Geral de Saúde. (n.d.). Planos Locais de Saúde: valores, princípios e Visão. Retrieved from <http://pns.dgs.pt/>
- Direcção-Geral da Solidariedade e Segurança Social – DGSSS. (2002). *Relatório Nacional de Estratégia sobre o Futuro dos Sistemas de Pensões*. Lisboa.
- European Commission Directorate-General for Economic and Financial Affairs. (2015). *The 2015 Ageing Report Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013-2060)* (Vol. 2015 (3)). <https://doi.org/10.2765/877631>
- Faleiros, V. de P. (1991). *O que é política social*. (Brasiliense, Ed.). São Paulo.
- Fernandes, A. A. (1997). *Velhice e Sociedade*. Oeiras: Celta Editora.
- Ferreira, S. (2000). *O Papel das Organizações do Terceiro Sector na Reforma das Políticas Públicas de Protecção Social*. Universidade de Coimbra. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722001000100006>

- Ferreira, V., & Monteiro, R. (2015). Austerity, employment and welfare regime in Portugal: in a process of refamilisation? *Ex Aequo*, (32), 49–67.
- FFMS. (2017). Agregados domésticos privados: total e por tipo de composição. Retrieved from <http://www.pordata.pt/Portugal/Agregados+domésticos+privados+total+e+por+tipo+de+composição+-19>
- Filipe, S. (2017). Idosos retirados de lar ilegal encerrado em Aveiro. Retrieved from <https://www.jn.pt/local/noticias/aveiro/aveiro/interior/seguranca-social-inspecionalar-ilegal-em-aveiro-5660026.html>
- Fonseca, A. M. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. (C. Editores, Ed.) (1.^a). Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca, A. M. (2009). Que vida depois da reforma? In F. G. de S. Fundação Calouste Gulbenkian (Ed.), *O Tempo da Vida*. Cascais: Princípia.
- Fonseca, J. (2008). Os Métodos quantitativos na sociologia: Dificuldades de uma metodologia de investigação. *VI Congresso Português de Sociologia - Mundos Sociais Saberes E Práticas*. Retrieved from <http://www.aps.pt/vicongresso/pdfs/346.pdf>
- Fonseca, P., & Ferreira, M. (2016). Paulo Portas e a legitimação discursiva das políticas de austeridade em Portugal. *Análise Social*, 51(221), 886–921.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Gaullier, X. (1999). *Les temps de la vie. Emploi et retraite*. Paris: Éditions Esprit.
- Ginn, J., & Arber, S. (1996). «Mera conexión» Relaciones de género y envejecimiento. In *Relación entre género y envejecimiento: enfoque sociológico* (p. 271). Madrid: Narcea.
- Goffman, E. (1992). *Manicómios, prisões e conventos*. São Paulo: Editora Perspectiva.
- Granja, B. P. (2008). *Assistente social – Identidade e saber*. Universidade do Porto.
- Guerra, Y. (2009). *A instrumentalidade no trabalho do assistente social*. Retrieved from

<http://www.cedeps.com.br/wp-content/uploads/2009/06/Yolanda-Guerra.pdf>

Guerra, Y., & Braga, M. E. (2009). Supervisão em serviço social. In *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais* (p. 253). Brasília: Conselho Federal de Serviço Social e Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social.

Guillemard, A.-M. (1983). Les politiques de la vieillesse. *Communications*, 37(1), 105–123. <https://doi.org/10.3406/comm.1983.1555>

Halbwachs, M. (1935). La statistique en sociologie. *7E Semaine Internationale De Synthèse*.

Harlow, E., Berg, E., Barry, J., & Chandler, J. (2013). Neoliberalism, managerialism and the reconfiguring of social work in Sweden and the United Kingdom1. *Organization*, 20(4), 534–550. <https://doi.org/10.1177/1350508412448222>

Hutchinson, G. S., & Oltedal, S. (2014). *Five theories in social work*. University of Nordland. Trykkeriet UiN. Retrieved from http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/id/96588/Hutchinson_GS.pdf

Iamamoto, M., & Carvalho, R. (1982). *Relações sociais e serviço social no Brasil*. São Paulo: Cortez Editora.

IFSW. (2010). Consultation paper: Ageing and older adults. Retrieved from <http://ifsw.org/policies/ageing-and-older-adults/>

IFSW. (2012). Ageing and older adults. Retrieved from <http://ifsw.org/policies/ageing-and-older-adults/>

Instituto Nacional de Estatística (INE). (1999). *As Gerações mais idosas*. Lisboa.

Kerr, B., Gordon, J., MacDonald, C., & Stalker, K. (2005). *Effective social work with older people*.

Kirkpatrick, W. J., Reamer, F. G., & Sykulski, M. (2006). Social work ethics audits in health care settings: a case study. *Health & Social Work*, 31(3), 225–228. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=swh&AN=54025&site=eh>

ost-live&scope=site

- Landim, P., Luna, F., Andrade Lourinho, Lidia Cavalcante Muniz Lira, R., & Souza Araujo Santos, Z. M. (2006). Uma reflexão sobre as abordagens em pesquisa com ênfase na integração qualitativo-quantitativa. A reflection about research approach with emphasis in the. *Revista Brasileira Em Promoção Da Saúde*, 19(1), 53–58.
- Lenoir, M. R. (1985). L'effondrement des bases sociales du familialisme. *Actes de La Recherche En Sciences Sociales*, 57, 69–88.
- Lenoir, R. (1998). Objeto sociológico e problema social. In P. Champagne, R. Lenoir, & D. Merllié, *Iniciação à prática sociológica* (pp. 59-106). Petrópolis: Vozes.
- Luiz, O. C., & Kayano, J. (2001). Saúde e Direitos: princípios para ação. *BIS. Boletim Do Instituto de Saúde*, 12(2), 115–121.
- MacDonald, C. (2004). Older people and community care in *Scotland - a Review of Recent Research*. Edinburgh.
- Martinho, D. (2013). As admissões das pessoas idosas nas IPSS ? Como se processam ? Retrieved from <http://silvafandango.blogs.sapo.pt/3185.html>
- Matos, M. (2014). Metodologias qualitativas e quantitativas: de que falamos? *Forum Sociológico*, (24). <https://doi.org/10.4000/sociologico.1061>
- Minayo, M. C. D. S., & Sanches, O. (1993). Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cadernos de Saúde Pública*, 9(3), 237–248. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1993000300002>
- Minois, G. (1999). *História da Velhice no Ocidente*. Lisboa: Editorial Teorema, Lda.
- Mishra, R. (1995). *O Estado-Providência na Sociedade Capitalista*. Oeiras: Celta Editora.
- Mota, A. E. (1998). *O Feitiço da ajuda: As determinações do serviço social na empresa*. São Paulo: Cortez Editora.
- Neto, C. T. de C. (2010). Demandas históricas e as respostas profissionais do serviço social: as relações com as esferas socioinstitucionais. In *VII Seminário de Saúde do*

Trabalhador e V Seminário O Trabalho em Debate “Saúde Mental Relacionada ao Trabalho.”

- Nunes, F., & Pereirinha, J. (2006). Política social em Portugal e a Europa, 20 anos depois. In *A economia portuguesa 20 anos após a adesão* (pp. 283–326). Coimbra: Almedina.
- Pereirinha, J. A., & Carolo, D. F. (2006). Construção do Estado-providência em Portugal no período do Estado-Novo (1935- 1974): notas sobre a evolução da despesa social. *Dados*, (Xxvi), 17–18.
- Pinto, J. M. (1994). *Propostas para o ensino das ciências sociais*. Porto: Edições Afrontamento.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (2005). *Manual de investigação em ciências sociais*. Gradiva. Lisboa: Gradiva.
- Rachelis, R. (2011). O assistente social como trabalhador assalariado: desafios frente às violações de seus direitos. *Serviço Social & Sociedade*, 107, 420–437.
- Raposo, H. (2013). Ferreira Leite recusa corte de 10%. Eu não sei se terei 10% de reforma. *Expresso - Semanário & Diário*.
- Santos, B. de S. (1992). O Estado e a sociedade civil: A criação de actores sociais num período de reconstituição do Estado. *Oficinas*, 33.
- Serapioni, M. (2000). Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 187–192. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000100016>
- Silva, M. (2010). Enfrentar a crise. Erradicar a pobreza – O Contributo da Economia Social. *Sociedade E Trabalho*, (41), 101–110.
- Silva, P. A. (2002). O modelo de welfare da europa do sul: Reflexões sobre a utilidade do conceito. *Sociologia, Problemas E Praticas*, 38(1990), 25–59.
- Soares, C., Fialho, J., Chau, F., Gageiro, J., & Pestana, H. (2012). *A Economia social e a sua sustentabilidade como fator de inclusão social*. Retrieved from

<http://www.poatfse.qren.pt/upload/docs/Diversos/ESTUDOS/Relatorio Final.pdf>

Teater, B. (2014). *Applying social work theories and methods*. New York: Mc Graw Hill. Retrieved from www.openup.co.uk

Thompson, N., & Thompson, S. (2001). Empowering older people beyond the care model. *Journal of Social Work, 1*(1), 61–76.

Thyer, B. A. (1994). Are theories for practice necessary? No! *Journal of Social Work Education, 30*(2), 148–151. <https://doi.org/10.2307/23042961>

United Nations, Departmente of Economic and Social Affairs, P. D. (2015). *World population prospects: The 2015 revision, key findings and advance tables* (241 No. ESA/P/WP).

Viana, M. J. (2007). *Assistência social no contexto do pluralismo de bem-estar prevalência da proteção social plural ou mista, porém não pública*. Universidade de Brasília.

Weiss-Gal, I. (2008). The person-in-environment approach: professional ideology and practice of social workers in Israel. *Social Work, 53*(1), 65–75. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18610822>

WHO. (2002). *Active ageing: A Policy Framework*.

Zaidi, A. (2006). *La pobreza de las personas mayores en la Europa de los 25* . Vienna. Retrieved from <http://www.euro.centre.org>

Apêndice

Declaração de Consentimento Informado

Fui esclarecido/a acerca dos objetivos e procedimentos desta investigação e declaro que aceito participar nela de livre vontade, além de autorizar o uso dos dados para os fins relacionados com a pesquisa.

Sim, autorizo

A sua colaboração é preciosa para a realização desta pesquisa, informo que o preenchimento do formulário demora cerca de 30 minutos.

Caso tenha alguma dúvida poderá contactar-me através dos meus endereços eletrónicos (fernanda-daniel@ismt.pt ou fernanda.b.daniel@gmail.com). Agradeço desde já a sua colaboração.

Cordialmente,

Fernanda Daniel

- Sexo: Masculino «Feminino
- Idade: _____(anos)
- Qual a instituição lhe conferiu o grau de licenciado/a em Serviço Social:
- Ano em que terminou o curso de Serviço Social:
- Caso tenha formação pós-graduada, qual/quais os cursos que frequentou com sucesso?
- Qual a sua atual categoria profissional?
- Natureza jurídica da entidade onde trabalha?
- Que Respostas Sociais dirigida à população idosa oferece a instituição onde trabalha?
 - ✓ Centro de convívio Centro de dia Centro de noite Estrutura Residencial para Idosos Serviço de Apoio Domiciliário
- Refira a/as Respostas Sociais dirigidas à população idosa onde trabalha?
 - ✓ Centro de convívio Centro de dia Centro de noite Estrutura Residencial para Idosos Serviço de Apoio Domiciliário

Anexo

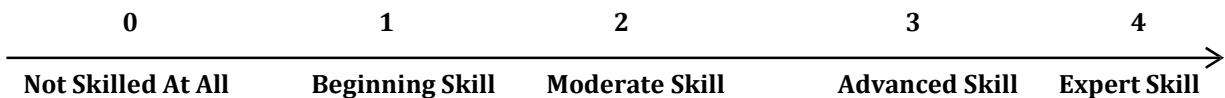


**Geriatric Social Work Competency Scale II with Life-long Leadership Skills:
Social Work Practice Behaviors in the Field of Aging**

The following is a listing of skills recognized by gerontological social workers as important to social workers to effectively work with and on behalf of older adults and their families. These competences are to be developed at different levels across the social work learning continuum, from BSW to MSW, at the generalist and advanced levels, and in post-MSW life-long learning. The GSW Scale II was designed for pre-post evaluations of education and field training.

Use the following scale to thoughtfully rate your current skill in each of the five sections listed below:

- 0 = Not Skilled At All (*I have no experience with this skill*)
- 1 = Beginning Skill (*I have to consciously work at this skill*)
- 2 = Moderate Skill (*This skill is becoming more integrated in my practice*)
- 3 = Advanced Skill (*This skill is done with confidence and is an integral part of my practice*)
- 4 = Expert Skill (*I complete this skill with sufficient mastery to teach others*)



I. VALUES, ETHICS, AND THEORETICAL PERSPECTIVES (Knowledge and value base, which is applied through skills/competencies.)	Skill Level (0-4)
1. Assess and address values and biases regarding aging.	
2. Respect and promote older adult clients' right to dignity and self-determination.	
3. Apply ethical principles to decisions on behalf of all older clients with special attention to those who have limited decisional capacity.	
4. Respect diversity among older adult clients, families, and professionals (e.g., class, race, ethnicity, gender, sexual orientation).	
5. Address the cultural, spiritual, and ethnic values and beliefs of older adults	
6. Relate concepts and theories of aging to social work practice (e.g., cohorts, normal aging, life course perspective).	
7. Relate social work perspectives and related theories to practice with older adults (e.g., person-in environment, social justice).	

8.	Identify issues related to losses, changes, and transitions over the older adult life cycle in designing interventions.	
9.	Support persons and families dealing with end-of-life issues related to dying, death, and bereavement.	
10.	Understand the perspective and values of social work in relation to working effectively with other disciplines in geriatric interdisciplinary practice.	

Section I Comments:

II. ASSESSMENT		Skill Level (0-4)
1.	Use empathy and sensitive interviewing skills to engage older clients in identifying their strengths and problems.	
2.	Adapt interviewing methods to potential sensory, language, and cognitive limitations of the older adult.	
3.	Conduct a comprehensive geriatric assessment (biopsychosocial evaluation).	
4.	Ascertain health status and assess physical functioning (e.g., ADLs, IADLs) of older clients.	
5.	Assess cognitive functioning and mental health status of older clients (e.g., depression, dementia).	
6.	Assess social functioning (e.g., social skills, social activity level) and social support of older clients.	
7.	Assess caregivers' needs and level of stress.	
8.	Administer and interpret standardized assessment and diagnostic tools that are appropriate for use with older adults (e.g., depression scale, Mini-Mental Status Exam).	
9.	Develop clear, timely, and appropriate service plans with measurable objectives for older adults.	
10.	Reevaluate and adjust service plans for older adults on a continuing basis.	

Section II Comments:

III. INTERVENTION	Skill Level (0-4)
1. Establish rapport and maintain an effective working relationship with older adults and family members.	
2. Enhance the coping capacities and mental health of older persons through a variety of therapy modalities (e.g., supportive, psychodynamic).	
3. Utilize group interventions with older adults and their families (e.g., bereavement groups, reminiscence groups).	
4. Mediate situations with angry or hostile older adults and/or family members.	
5. Assist caregivers to reduce their stress levels and maintain their own mental and physical health.	
6. Provide social work case management to link elders and their families to resources and services.	
7. Use educational strategies to provide older persons and their families with information related to wellness and disease management (e.g., Alzheimer's disease, end of life care).	
8. Apply termination skills in work with older adults and their families.	
9. Advocate on behalf of clients with agencies and other professionals to help elders obtain quality services.	
10. Adhere to laws and public policies related to older adults (e.g., elder abuse reporting, legal guardianship, advance directives).	

Section III Comments:

IV. AGING SERVICES, PROGRAMS, AND POLICIES	Skill Level (0-4)
1. Provide outreach to older adults and their families to ensure appropriate use of the service continuum.	
2. Adapt organizational policies, procedures, and resources to facilitate the provision of services to diverse older adults and their family caregivers.	
3. Identify and develop strategies to address service gaps, fragmentation, discrimination, and barriers that impact older persons.	
4. Include older adults in planning and designing programs.	
5. Develop program budgets that take into account diverse sources of financial support for the older population.	
6. Evaluate the effectiveness of practice and programs in achieving intended outcomes for older adults.	
7. Apply evaluation and research findings to improve practice and program outcomes.	
8. Advocate and organize with service providers, community organizations, policy makers, and the public to meet the needs and issues of a growing	
9. Identify the availability of resources and resource systems for older adults and their families.	
10. Assess and address any negative impacts of social and health care policies on practice with historically disadvantaged populations.	

Section IV Comments:

V. LEADERSHIP IN THE PRACTICE ENVIRONMENT OF AGING <i>Leadership skills are lifelong learning objectives for which a foundation is laid in social work education. Competence is built over years of practice and continuing education</i>	Skill Level (0-4)
1. Assess “self-in-relation” in order to motivate yourself and others—including trainees, students, and staff—toward mutual, meaningful achievement of a focused goal or committed standard of practice.	
2. Create a shared organizational mission, vision, values, and policies responding to ever changing service systems in order to promote coordinated, optimal services for older persons.	
3. Analyze historical and current local, state, and national policies from a global human rights perspective in order to inform action related to an identified social problem and/or program for older adults for the purpose of creating change.	
4. Plan strategically to reach measurable objectives in program, organizational, or community development for older adults.	
5. Administer programs and organizations from a strengths perspective to maximize and sustain human (staff and volunteers) and fiscal resources for effectively serving older adults.	
6. Build collaborations across disciplines and the service spectrum to assess access and continuity and reduce gaps in services to older adults.	
7. Manage individual (personal) and multi-stakeholder (interpersonal) processes at the community, interagency, and intra-agency levels in order to inspire and leverage power and resources to optimize services for older adults.	
8. Communicate to public audiences and policy makers through multiple media (e.g., synthesis reports, legislative statements) and orally presenting the mission and outcomes of the services of an organization or for a diverse client group(s).	
9. Advocate with and for older adults and their families for building age-friendly community capacity (including the use of technology) and enhancing the contribution of older persons.	
10. Promote use of research (including evidence based practice) to evaluate and enhance the effectiveness of social work practice and aging related services.	

Section V Comments: