INÊS FILIPA FIGUEIREDO SANTOS

COMPETÊNCIAS DOS/AS ASSISTENTES SOCIAIS EM QUESTÕES SOBRE O FIM/TÉRMINO DA VIDA

Morte e luto, Diretivas Antecipadas de Vontade e Regime Jurídico do Maior Acompanhado

INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA

ESCOLA SUPERIOR DE ALTOS ESTUDOS

Dissertação de Mestrado em Serviço Social

COIMBRA, 2023

Competências dos/as Assistentes Sociais em Questões sobre o Fim/Término da Vida:

Morte e o luto, Diretivas Antecipadas de Vontade e Regime Jurídico do Maior Acompanhado

INÊS FILIPA FIGUEIREDO SANTOS

Dissertação Apresentada ao ISMT para a Obtenção do Grau de Mestre em Serviço Social

Orientadora: Professora Doutora Fernanda Daniel, Professora Auxiliar, Instituto Superior Miguel Torga

Membros do júri:

Presidente: Professora Doutora Dulce Serra Simões, Professora Auxiliar, Instituto Superior Miguel Torga

Arguente: Professora Doutora Maria Rosa Tomé, Professora Auxiliar, Instituto Superior Miguel Torga

Coimbra, outubro de 2023

A vocês, avô António e João Pinto

AGRADECIMENTOS

O percurso até este patamar foi uma tarefa árdua, com alguns desafios, mas tornou-se consideravelmente mais fácil e bastante enriquecedor com a contribuição inestimável de diversas pessoas e elementos essenciais. Quero expressar o meu sincero agradecimento a todos aqueles que contribuíram para a realização desta dissertação. Esta investigação é o resultado de um esforço coletivo e representa um marco importante na minha jornada académica e profissional.

Primeiramente, expresso a minha profunda gratidão à minha orientadora, a Professora Doutora Fernanda Daniel, minha professora, pelo seu incansável e imensurável apoio. Pelas palavras de encorajamento, pela compreensão e disponibilidade demonstrada na orientação desta dissertação. O seu conhecimento e sabedoria foram essenciais para a concretização deste trabalho.

Seguidamente agradeço ao Instituto Superior Miguel Torga pelos conhecimentos transmitidos, durante estes últimos cinco anos, para a minha formação em Serviço Social.

Agradeço também a todas as Instituições que cooperaram no preenchimento dos questionários, pois sem a sua contribuição, esta investigação não teria sido possível.

À Sociedade de Defesa e Propaganda de Avô – Lar Nossa Senhora da Assunção, na pessoa da Dra. Anabela Veloso, transmito o meu profundo agradecimento pelo apoio e compreensão demonstrados enquanto entidade patronal, durante as diversas etapas de desenvolvimento da dissertação.

A todos/as os meus/minhas amigos/as pelo apoio e amizade constantes, por estarem sempre presentes ao meu lado e me acompanharem em todos os momentos.

Aos meus pais, agradeço por me apoiarem em todas as decisões, por me incentivarem sempre a seguir os meus sonhos, pelo apoio e amor incondicional. Um obrigado nunca será suficiente por todo o esforço e sacrifício que fizeram e fazem por mim. À minha avó pelo incentivo, apoio incondicional e preocupação constante. À minha madrinha, agradeço por todo o apoio, por me encorajar sempre a seguir os meus sonhos e pela palavra amiga sempre presente. Agradeço ainda aos restantes familiares por todo o apoio, carinho e amor que têm para comigo. Obrigada família por estarem sempre ao meu lado. Sem vocês nada disto faria sentido.

Por fim, mas não menos importante, ao meu avô e ao João Pinto, duas pessoas muito importantes que perdi este ano. Obrigada avô António, por tudo, por me ensinares o que é amor e por me transmitires valores tão importantes que levarei sempre comigo. Obrigada João Pinto pela tua amizade, por me mostrares o verdadeiro significado dessa palavra, pelas palavras amigas e pelos sorrisos sinceros que me arrancaste. Sei que, onde quer que estejam, estarão orgulhosos de mim. Esta é para vocês!

A todos, o meu profundo e sincero obrigada!

RESUMO

Introdução: Nas sociedades contemporâneas ocidentais, assiste-se à desvalorização do papel social das pessoas idosas, ao mesmo tempo que se verifica um aumento da visibilidade do envelhecimento demográfico. A intervenção com esta faixa etária é uma questão de direitos humanos, bem como de direitos sociais e políticos. Os/As profissionais de serviço social têm mandatos específicos e crescentes responsabilidades na gestão de cuidados e na promoção do acesso das pessoas idosas a recursos e serviços.

Objetivo: Identificar competências dos/as Assistentes Sociais em questões relacionadas com o fim de vida como a morte e o luto, as Diretivas Antecipadas de Vontade e o Regime Jurídico do Maior Acompanhado

Materiais e Métodos: O questionário foi construído por nós e disponibilizado on-line através da plataforma Google Forms. A amostra do estudo foi constituída por 201 assistentes sociais que exerçam funções nas respostas sociais dirigidas a pessoas idosas.

Resultados: Os/As participantes exercem maioritariamente funções de chefia em Organizações Sociais sem Fins Lucrativos (42.4%). No que concerne às competências, os/as assistentes sociais autoavaliam-se com competências especializadas, nas questões do fim de vida (M = 3,00; DP = 0,8), das Diretivas Antecipadas de Vontade – Lei n.º 25/2012 – (M = 2,70; DP = 1,0) e do Regime Jurídico do Maior Acompanhado – Lei n.º 49/2018 – (M = 2,95; DP = 0,9), consideram que não tiveram maioritariamente formação sobre esses conteúdos.

Conclusão: Os/As assistentes sociais parecem reger a sua prática pelas normas de conduta expressas no Código Deontológico nomeadamente no que diz respeito às suas competências pessoais e profissionais garantindo a qualidade do agir profissional, numa lógica de formação contínua, informal e formal.

Palavras-chave: Competências, Assistentes Sociais, Morte, Luto, Diretivas Antecipadas de Vontade, Regime Jurídico do Maior Acompanhado

ABSTRAT

Introduction: In contemporary Western societies, there is a devaluation of the social role of older people, simultaneous with na increasing visibility of demographic aging. Intervention with this age group is a matter of human rights as well as social and political rights. Social work professionals have specific mandates and growing responsibilities in managing care and promoting access to resources and services for older people**.**

Objective: To identify the competencies of social workers in end-of-life issues such as death and mourning, Advance Directives, and the Legal Regime of Supported Adults

Materials and Methods: The questionnaire was developed by us and made available online through the Google Forms platform. The study sample consisted of 201 social workers working in social responses aimed at the elderly

Results: The participants mostly hold leadership positions in Non-Profit Social Organizations (42.4%). Concerning competencies, social workers self-assessed themselves with specialized skills in end-of-life issues (M = 3.00; SD = 0.8), Advance Directives - Law No. 25/2012 (M = 2.70; SD = 1.0), and the Legal Regime of Supported Adults - Law No. 49/2018 (M = 2.95; SD = 0.9), despite considering that they mostly did not receive formal training on these topics.

Conclusion: Social workers appear to guide their practice by the ethical standards expressed in the Deontological Code, especially regarding their personal and professional competencies, ensuring the quality of professional conduct within a framework of continuous, informal, and formal training

Keywords: Competencies, Social Workers, Death, Mourning, Advance Directives, Legal Regime of Supported Adults.

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

DAV – Diretivas Antecipadas de Vontade

ERPI – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

INE – Instituto Nacional de Estatística

PSDA – Patient Self Determination Act

RENTEV – Registo Nacional do Testamento Vital

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Número de Óbitos por Local 13
Tabela 2 - Caracterização Demográfica e Religiosa da Amostra (N = 201) 27
Tabela 3-Perfil Profissional e Académico dos/as Assistentes Sociais (N = 201)..... 29
Tabela 4-Natureza Jurídica das Respostas Sociais (N = 201) 30
Tabela 5-Competências dos/as Assistente Sociais no Trabalho com Pessoas Idosas ... 31
Tabela 6-Competências dos/as Assistentes Sociais na Prática Profissional: Fim de Vida 32
Tabela 7-Competências dos/as Assistentes Sociais na Prática Profissional: Regime Jurídico do Maior Acompanhado 33
Tabela 8 Competências dos/as Assistentes Sociais na Prática Profissional: Diretivas Antecipadas de Vontade 33

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS I

RESUMO III

ABSTRAT IV

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS V

ÍNDICE DE TABELAS VI

INTRODUÇÃO 8

Diretivas Antecipadas de Vontade 17

Regime do Maior Acompanhado 20

O/A Assistente Social com Pessoas Idosas em Situação de Vulnerabilidade 22

MATERIAL E MÉTODOS 26

Procedimentos 26

Participantes 27

Instrumentos 27

Análise Estatística 28

RESULTADOS 29

DISCUSSÃO 34

CONCLUSÃO 39

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 40

INTRODUÇÃO

O percurso do ser humano engloba diversas etapas, compreendendo a infância, a juventude, a fase adulta e a velhice. Esta última etapa é intrínseca à lei natural e decorre de um processo de envelhecimento condicionado por fatores biológicos, económicos, culturais, sociais, ambientais e históricos. Pode ser definida como um processo progressivo de mudança biopsicossocial que afeta a pessoa ao longo de todo o ciclo de vida (Serviço Nacional de Saúde, 2017). Conforme afirmado por Lima (2010), o envelhecimento é um processo complexo e dinâmico que se estende desde a conceção até à morte.

De acordo com o Eurostat (2019), o envelhecimento da população tem sido uma tendência persistente que se manifesta há várias décadas tanto na Europa quanto na maioria dos continentes. Este processo associa-se a vários fatores, tais como a níveis de fecundidade persistentemente baixos, combinados com uma maior longevidade. A progressão do envelhecimento populacional revela-se exponencial, sendo impulsionada não apenas pelo aumento da esperança média de vida, mas também pela melhoria das condições sociais e económicas, abarcando aspetos como a saúde e a habitação (Serafim, 2007).

De acordo com os dados da Eurostat (2023), Portugal ocupava, em 2022, a segunda posição, entre os países europeus, com uma maior proporção de pessoas idosas, atingindo cerca de 23,7% da população. A liderança pertencia a Itália, com aproximadamente 23,8% de população idosa. Prevê-se que a proporção de pessoas com 65 anos ou mais continue a aumentar no futuro, alcançando quase 30% até 2080, enquanto a proporção de pessoas com 80 anos ou mais represente 12%, isto é, 1 em cada 8 pessoas na União Europeia poderá ter 80 anos ou mais até 2080. Essa tendência demográfica coloca a União Europeia diante de desafios significativos, especialmente no que diz respeito à situação económica e à inclusão social das pessoas idosas (Eurostat, 2017).

A esperança média de vida, em Portugal, tem aumentado substancialmente e, segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2022), no triénio 2020-2022, o valor provisório da esperança de vida aos 65 anos foi estimado em 19,30 anos, apresentando uma redução de 0,05 anos relativamente ao triénio 2019-2021.

Cardona e colaboradores (2018) afirmam que o processo de envelhecimento individual é caracterizado pela acumulação de danos celulares que conduzem à perda de capacidades físicas e mentais, variando de indivíduo para indivíduo. Barbosa (2015) acentua que devido às alterações biológicas inerentes ao processo de envelhecimento, a pessoa idosa torna-se mais débil em relação à saúde, aumentando a suscetibilidade a doenças crónicas. No mesmo sentido, Daniel et al (2018, p.2) afirmam que o "envelhecimento está associado ao declínio natural de funções fisiológicas que influenciam o indivíduo, de onde se destaca, a fragilidade e várias doenças físicas".

Em Portugal, aproximadamente 3,9 milhões de pessoas foram diagnosticadas com pelo menos uma doença crónica, segundo o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, que conduziu, em 2015, o Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico. Observa-se que seis em cada dez mulheres possuem uma doença crónica, que pode ser hipertensão (26,1%), colesterol elevado (25,7%), artrose (20,6%), alergias (18,1%), depressão (15,2%) ou dor crónica (13,5%). No que diz respeito aos homens, a proporção é de cinco em cada dez, com percentagens mais diminutas. É importante notar que, de acordo com o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2015), sensivelmente cerca de 81,4% das pessoas com doenças crónicas, não possuem qualquer nível de escolaridade ou têm apenas o primeiro ciclo do ensino básico. O grupo etário dos 65-74 anos foi o que reportou maior percentagem de doença crónica (91,3%).

Além da maior vulnerabilidade resultante das doenças crónicas que impactam com a capacidade de realizar atividades diárias e levam à perda de autonomia, existem outros fatores a considerar. Estes incluem aspetos de natureza social, como o isolamento, a solidão e problemas familiares; fatores psicológicos como viúvez, depressão e déficits cognitivo; bem como os fatores económicos, como dificuldades decorrentes de pensões insuficientes (Cardona et al, 2018).

Daniel e colaboradores (2018) afirmam que na idade avançada a pessoa idosa se encontra numa fase em que tem que lidar com sucessivas perdas, como a diminuição da sua rede social pessoal, a redução da plasticidade comportamental, a diminuição das interações sociais, o aumento da seletividade nos relacionamentos sociais e também alterações no comportamento emocional.

Acresce a estas perdas o facto de o envelhecimento demográfico impactar em várias esferas. Isso inclui a redução do número de membros em famílias e a mudança na estrutura dessas famílias, o que resulta em transformações nas dinâmicas das relações pessoais, sociais, económicas e afetivas entre os seus integrantes, especialmente entre as gerações mais jovens e mais idosas. Como resultado dessas mudanças, a responsabilidade pelo cuidado das pessoas idosas, que costumava ser uma responsabilidade primordial dos familiares próximos, gradualmente passou para instituições de solidariedade social e entidades privadas (Serafim, 2007). Seguindo a mesma linha de pensamento e de acordo com a Organização Internacional do Trabalho (2018) as alterações nas estruturas familiares, o aumento das taxas de dependência de cuidados e as necessidades de cuidados mais complexos, juntamente com o crescimento da taxa de emprego das mulheres em certos países, irão resultar na diminuição da disponibilidade de cuidados não remunerados e na crescente procura por trabalho remunerado na área dos cuidados. Quando a rede familiar já não consegue responder às necessidades dos utentes, procuram por respostas que se adequem à resolução dos problemas (Daniel et al, 2018).

A procura por respostas sociais dirigidas à população idosa tem vindo a aumentar. De acordo com o Guia Prático de Apoios Sociais da Segurança Social (2017), existem seis tipos de respostas sociais dirigidas às pessoas idosas: (i) o serviço de apoio domiciliário (SAD), (ii) o centro de convívio, (iii) o centro de dia, (iv) centro de noite, (v) acolhimento familiar para pessoas idosas e adultas com deficiência e, (vi) a estrutura residencial para pessoas idosas (ERPI). Conforme destacado no Relatório de 2021 da Carta Social, houve um crescimento de 53% nas respostas sociais entre os anos de 2000 e 2021. Em 2021, a taxa de ocupação da resposta de ERPI, em Portugal Continental, atingiu 90,4% (Gabinete de Estratégia e Planeamento, 2023).

Estima-se que, segundo o site da Carta Social (2023), em 2021 existiam em Portugal, 2.597 Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas, com capacidade para integrar 103.481 indivíduos. A resposta social onde as famílias recorrem com maior frequência são as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (Daniel et al, 2018).

É nesta resposta social que muitos dos residentes terminam os seus dias. Apesar de a morte ser uma parte integrante da condição humana (Canastra, 2007), tão natural como o nascimento, a sexualidade, o riso, a fome ou a sede (Maranhão, 1985) ela ainda é um tema tabu. Segundo Pereira (2014, p. 1), a morte "implica uma vivência de

sentimentos e emoções díspares, difíceis de definir; envolve o encontro com o íntimo de cada um, explorando as mais variadas facetas do ser humano". Este processo desencadeia diversas emoções, incluindo certezas, incertezas, receios, esperanças, expectativas e várias questões, entre outras.

Segundo Ariès (1981) a morte concretiza o fim do ciclo da existência, a interrupção total das funções vitais do organismo, a suspensão ou finalização da vida é um fenómeno que é vivido individualmente e também é construído socialmente, devido à "rede de expressões simbólicas e de representações que variam de acordo com o tempo e o espaço dos grupos sociais" (Horochovski, 2008, p.33). A morte de alguém que nos é próximo gera uma série de sentimentos, como uma intensa dor e tristeza perante a perda ou separação do outro com a qual se tem uma ligação afetiva (Melo, 2004a).

Este ciclo de encerramento da vida terrena provoca medo nas pessoas, por se desconhecer o que vai acontecer posteriormente. A morte é retratada como um tema tabu, e essa ideia é transmitida por religiões. Passando a imagem de que a morte é uma passagem para uma dimensão distinta da qual estamos a viver. Para aqueles que não seguem uma religião, existem outros fatores que moldam a maneira como encaram a questão da morte (Matias, 2023).

Segundo Canastra (2007) a reflexão sobre a morte é uma reflexão sobre a vida, ou seja, não podemos analisar o sentido da vida sem pensar na morte e vice-versa.

O homem é o único, de entre todos os seres vivos, que tem consciência da morte, no sentido em que magoa, dói, remete à finitude da vida e ao quão breve somos. Importa referir que a nossa compreensão atual da morte difere daquela que prevaleceu ao longo do tempo. Andrade (2007) explora a transformação das perceções e das práticas ligadas à morte ao longo da história. Na pré-história, destaca-se a ausência de vestígios de rituais funerários, até que, há cerca de 100 mil anos atrás emerge o início dos sepultamentos dos falecidos. Os nossos antepassados depositavam os corpos em cavidades nas rochas e cercavam-nos com objetos e oferendas alimentares. Durante o Paleolítico, entre 30 mil e 8 mil anos antes de Cristo, na Europa, encontram-se sepulturas com diferentes rituais, nos quais os corpos eram dispostos deitados, em posição fetal ou de barriga para cima, muitas vezes acompanhados por alimentos, utensílios e colares confecionados com dentes de animais. O Mesolítico é marcado por sepulturas ovais, pouco profundas e cobertas por

grandes pedras, que comportavam várias dezenas de cadáveres. No Neolítico, surgem as antas ou dólmens como lugares de depósito para múltiplos corpos. Na cultura egípcia, os rituais funerários ganham riqueza, com destaque para a mumificação como forma de preservação dos corpos. Os túmulos, grandiosos, refletiam a importância do falecido e eram enriquecidos com alimentos, animais embalsamados e estátuas que simbolizavam servos. Na Mesopotâmia, por volta de 2000 a.C., os corpos eram enterrados em túmulos nas caves das casas. Já os Persas concebiam a morte como uma passagem para uma dimensão superior, com uma avaliação realizada ao quarto dia após o falecimento. Na época greco-romana, os rituais funerários abarcavam diversas práticas. Os falecidos eram conduzidos para cemitérios situados fora das cidades, posicionados de acordo com o seu estatuto social. Era incumbência da família realizar as cerimónias fúnebres, incluindo visitas periódicas ao cemitério. A crença predominante era que o espírito do falecido se deslocaria para um destino eterno ou seria perdido, em conformidade com a conduta em vida.

Ao longo da Idade Média até ao século XI, os óbitos ocorriam nos domicílios, com os familiares ao redor do falecido. Com a influência do cristianismo, a crença na ressurreição levou ao sepultamento próximo a igrejas e basílicas, enquanto rituais como a absolvição de pecados, encomendas das almas e missas em memória dos falecidos ganharam destaque. A partir do século XI, persistiram rituais que se estenderam pelos séculos seguintes, como a prática da absolvição de pecados, encomendas das almas e a realização de missas em honra aos falecidos. No período que se estende do século XI ao XIV, a Europa enfrentou inúmeras perdas devido a pestes e epidemias, com estimativas apontando para a perda de um quarto da população mundial. Nesse contexto, o uso de caixões e mortalhas tornou-se comum, juntamente com práticas como missas e vigílias pelos falecidos. Os cemitérios começaram a tornar-se mais presentes no século XIX, próximos às povoações, acompanhados por grandes jazigos para acomodar os corpos (Andrade, 2007).

Segundo Melo (2004a), a partir do século XX a morte foi considerada “tabu”, um tema sensível, que deveria ser camuflada e passou a ser banida do espaço familiar para os hospitais.

Atualmente, segundo Horochovski (2008) os hospitais tornaram-se o local da morte, pois existe neste espaço, um grande número de óbitos. É normal este crescimento,

visto que permitem a diminuição do sofrimento causado ao utente e aumenta a possibilidade de cura.

Segundo dados disponibilizados pelo Instituto Nacional de Estatística (2023), tem-se constatado um aumento exponencial de mortes, desde o ano de 2014 facto que não será alheio ao envelhecimento populacional (Tabela 1). Em 2022, Portugal registou um total de 124.311 mortes de residentes. As mortes foram distribuídas por várias faixas etárias, com um número significativo de óbitos nas faixas etárias mais avançadas, destacando-se particularmente o grupo de 80-90 anos, com 45.634 mortes, e o grupo de 70-90 anos, com 24.647 mortes, refletindo a maior vulnerabilidade das pessoas mais idosas à doença (PORDATA, 2023).

Na tabela 1 podemos observar tanto o número como o local de óbitos residentes em Portugal ao longo de um período de 16 anos, de 2006 a 2021, discriminando o local em que estes ocorreram. No que se refere aos óbitos nos hospitais, podemos observar que ao longo do período analisado, estes continuam a ser uma parte significativa do quadro geral de óbitos ao longo dos anos. No que se refere aos óbitos no domicílio estes apresentam uma tendência de estabilidade desde o ano de 2014, mantendo-se consistentemente na faixa entre os 27 mil e 28 mil óbitos. No entanto, em 2020, houve um leve aumento, que pode ser atribuído ao impacto da pandemia de Covid-19, quando muitos indivíduos optaram por permanecer em casa durante o período crítico da pandemia. Já que no que se refere aos óbitos em "outros locais", verifica-se que, a partir de 2012, houve um aumento notável na ocorrência de óbitos. Esses óbitos podem incluir locais como Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas, entre outros. Em 2012 houve 8.910 óbitos nesse grupo, mas em 2021, esse número aumentou para 18.405 óbitos. Esse aumento substancial de 9.495 óbitos indica uma tendência que poderá ser explicada pelo recurso de pessoas vulneráveis nestas estruturas.

Tabela 1 - *Número de Óbitos por Local*

Anos	**Local do óbito**			
	Domicílio	**Hospital**	**Outro Local**	**Total**
2006	31 704	61 143	9 143	101 990
2007	31 635	62 959	8 918	103 512
2008	30 546	64 761	8 973	104 280

Anos	Local do óbito			
	Domicílio	**Hospital**	**Outro Local**	**Total**
2009	30 053	65 498	8 883	104 434
2010	31 315	65 450	9 189	105 954
2011	29 109	65 274	8 465	102 848
2012	30 193	68 509	8 910	107 612
2013	28 444	68 601	9 509	106 554
2014	27 248	65 436	12 159	104 843
2015	28 146	67 688	12 705	108 539
2016	27 806	69 975	12 792	110 573
2017	27 186	69 015	13 557	109 758
2018	28 339	70 501	14 211	113 051
2019	27 660	69 692	14 491	111 843
2020	30 460	74 981	17 955	123 396
2021	27 002	79 395	18 405	124 802

Nota: INE, 2023

Em Portugal, após o óbito, a Segurança Social (2023) oferece vários tipos de apoios aos familiares. Isso inclui benefícios como o subsídio de funeral[1], o reembolso das despesas de funeral[2], a pensão de viúvez[3], a pensão de sobrevivência[4] e o subsídio por morte[5].

Importa aqui recordar que a morte e o luto são dois conceitos intrínsecos. Segundo Melo (2004a) a morte de alguém é vista como um acontecimento que gera uma dor intensa e tristeza diante da perda ou da separação do outro, com o qual se tem algum tempo de

[1] O subsidio de funeral é uma prestação de pagamento unitário que permite compensar as despesas efetuadas com o funeral de um familiar (Segurança Social, 2023)
[2] O reembolso das despesas do funeral é um tipo de apoio atribuído de uma só vez a quem prove ter pago as despesas com o funeral de beneficiário do regime geral de segurança social.
[3] A pensão de viuvez é também uma prestação atribuída mensalmente ao viúvo ou à pessoa que vivia em situação de união de facto, com o pensionista de pensão social falecido (Segurança Social, 2023)
[4] A pensão de sobrevivência, segundo a Segurança Social (2023) é um apoio, também ele atribuído mensalmente, que se destina a compensar os familiares do beneficiário pela perda de rendimentos de trabalho resultante da morte deste.
[5] O subsidio por morte é uma prestação monetária, paga de uma só vez aos familiares do beneficiário. Este apoio tem como objetivo o auxilio da reorganização familiar após os encargos decorrentes da morte do individuo (Segurança Social, 2023)

ligação. Todos estes sentimentos são manifestados através do luto. Este é vivenciado por um período de tempo necessário para a cicatrização da ferida e reintegração dos parentes às condições normais da vida. Ao longo da vida, o ser humano vivencia diversas dores físicas, que se intensificam ou abrandam e, prontamente, se procurar uma solução para as mesmas. Existe uma dor em especifico para a qual não existe medicação para a aliviar, que é a dor psíquica. Esta é movida por sentimentos de tristeza, de medo, abandono, insegurança e fragilidade. É denominada de luto (Melo, 2004b).

Segundo Freud (1917) o luto é "uma reação à perda de uma pessoa querida ou de uma abstração que esteja no lugar dela, como a pátria, liberdade, ideal". O luto promove afastamentos das atitudes normais dos indivíduos para com a vida.

O luto, segundo Melo (2004b) é um processo inevitável para todos os indivíduos, uma vez que têm de o realizar para a adaptação à perda. O autor enfatiza que este processo acaba por se repercutir nas diversas pessoas que rodeiam o sobrevivente, mesmo aqueles que não conheciam a pessoa falecida e principalmente os membros familiares que passam pelo mesmo processo, mesmo que seja de maneira distinta. Nas relações familiares, cada membro reage à perda de uma forma própria e em tempos distintos, podendo gerar afastamentos, conflitos ou ruturas familiares.

Segundo Melo (2004b) este processo consiste numa adaptação a uma perda e envolve uma série de tarefas ou fases para que o luto seja ultrapassado. Segundo Worden (1991) existem quatro tarefas básicas e essenciais para o processo do luto, sendo elas: o aceitar a realidade da perda, trabalhar a dor advinda da perda, ajustar um ambiente em que o falecido está ausente e, por fim, transferir emocionalmente o falecido e prosseguir com a vida.

O luto e a pessoa enlutada, segundo Pereira (2012), necessitam de tempo para exteriorizar sentimentos e emoções provocadas pela perda do ente querido. Diversos autores estudaram a temática do luto, contemplando com múltiplas definições este conceito, bem como as fases do mesmo. Não existe uma teoria correta, mas perante as que existem podemos constatar parecenças entre elas. Segundo Martinez et al (2010) as fases do luto abordadas pelos autores, apesar de serem apelidadas com nomes distintos, são o choque, a saudade e busca, a desorganização e, por fim, a reorganização.

As reações, segundo Pereira (2012), surgem em quatro fases distintas, sendo elas o choque, a descrença, o reconhecimento e a aceitação. Numa primeira fase há o conhecimento da perda, em que a pessoa enlutada fica em choque, recusando a ideia da perda. É a fase mais curta do processo. A fase da descrença é a parte otimista do luto, em que o enlutado procura através dos objetos, nos locais, nas pessoas, a memória do seu ente querido. Percebe que, na realidade, a pessoa já não está presente fisicamente. Perante isto a pessoa enlutada pode ficar frustrada ou desesperada, sentindo-se triste e revoltada. Relativamente à terceira fase, a pessoa enlutada começa a reconhecer a perda, a perceber que a mesma é irreversível, suscitando várias emoções na sua mente, como o sentimento de culpa. Tudo isto leva à quarta e última fase, que é a aceitação (Pereira, 2012).

Segundo Machado (2022) existem cinco fases do luto: a negação, a raiva, a negociação, a depressão e, por fim, a aceitação.

A fase um, denominada de negação, é a reação imediata ao anúncio da morte de alguém próximo. A pessoa em luto recusa-se a acreditar na perda de um ente-querido. Nesta fase a pessoa em luto procura o isolamento social e o distanciamento de tudo o que lhe traga memórias da pessoa que partiu.

A fase dois é apelidada de raiva e nesta fase prevalecem sentimentos de raiva, angústia, medo, culpa e frustração. A pessoa enlutada chega a ser desagradável e ríspida com os outros. Muitas vezes começam a ter atitudes autodestrutivas e são exemplos o consumo excessivo de álcool, a discussão com conhecidos ou desconhecidos, entre outros.

A fase três é a fase da negociação, em que o individuo enlutado recorre a uma entidade superior por ajuda, para atenuar a dor que sente.

A fase quatro chama-se depressão e, durante esta, a pessoa é invadida por um grande sofrimento, que pode durar semanas ou meses. Usa a dor causada pela partida de um ente-querido para permanecer num estado depressivo, em que passa os dias a chorar, isola-se da sua vida social e não consegue retomar a sua vida.

Por fim, temos a quinta e última fase que é a aceitação. Nesta fase a pessoa enlutada já aceitou e compreendeu a sua nova realidade, que segue sem o seu ente-querido por

perto. A saudade vai permanecer cada vez mais forte, mas a pessoa vai aprender a viver com ela e a conviver com a perda (Machado, 2022).

Segundo Sousa (2019) o luto pode ser classificado como normal, antecipatório, preparatório ou prolongado/complicado. No luto normal a maioria das pessoas passa a sensação inicial de descrença, passando depois a encarar a perda como uma realidade, em que acaba por ser aceite. Nesta fase as sensações físicas, comportamentais, sentimentais dissipam-se ao longo do tempo; os pensamentos incluem choque, confusão, sensação da sua presença, alucinações auditivas e visuais, isolamento social, alteração do apetite, perturbação do sono, lembranças da pessoa que perdeu, entre outras. A tristeza, a raiva, a culpa, a solidão, a ansiedade, o choque e a saudade são sentimentos bastante presentes. No luto antecipatório, a pessoa começa a pensar e falar previamente numa perda que se aproxima, a imaginar a vida sem o seu ente-querido (Sousa, 2019).

Relativamente ao luto preparatório, este permite reviver momentos passados, recordar oportunidades e deceções. É feita uma contemplação do presente e do futuro. No que diz respeito ao luto prolongado ou complicado, persiste por um período de tempo de meio ano ou mais e, segundo Sousa (2019), "é caracterizado por intenso desconforto de separação, pensamentos intrusivos e emocionalmente perturbadores sobre o doente, bem como sensação de falta de sentido de vida, dificuldade em aceitar a perda e comprometimento funcional".

Segundo Sousa (2019), perante a perda de alguém que é muito próximo, a pessoa pode apresentar várias reações como o evitar a memória do falecido, sentimento de amargura, perceção negativa do futuro, entre outras.

Diretivas Antecipadas de Vontade

As Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) ou Testamento Vital são regulamentadas pela Lei n.º 25/2012, de 16 de julho. Este documento surgiu, segundo Mabtum (2015) et al. nos Estados Unidos da América, através da lei federal denominada Patient Self-Determination Act (PSDA), em português, Ato de Autodeterminação do Paciente. Segundo Nunes (2010) et al. no ano de 1969, foi proposto por Louis Kutner o testamento vital (living will), pois dois pacientes em estado vegetativo desencadearam

um debate crucial sobre as decisões no fim de vida, levando então à criação de um documento para indivíduos incapazes de tomar essas decisões. Em 2012, em Portugal, as DAV foram legalizadas através da Associação Portuguesa de Bioética, que apresentou a proposta à Assembleia da República.

A Lei n.º 25/2012, de 16 de julho define tais diretivas como um documento unilateral, sujeito a revogação a qualquer momento pelo próprio, apresentando-se como uma ferramenta na qual um individuo maior de idade e plenamente capaz, não sujeito a interdição ou inabilitação[6] por desordem psíquica, expressa de forma prévia a sua vontade consciente, livre e esclarecida (PGDL, 2012).

Segundo Silva (2013) este documento consagra o direito dos utentes de cuidados de saúde a optarem pela submissão ou não a qualquer tipo de intervenção médica.

A lei acima referida cria o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV) que é um sistema de informação que permite a recolha, a manutenção e a gestão do acesso aos testamentos vitais dos cidadãos que pretendem outorgar um documento de diretivas antecipadas de vontade (DAV). É um sistema suportado por uma base de dados de âmbito nacional, que centraliza e mantém atualizados os Testamentos Vitais e os Procuradores de Cuidados de Saúde, garantindo aos cidadãos a sua consulta (e ao respetivo procurador de cuidados de saúde, caso exista), bem como aos médicos responsáveis pela prestação de cuidados de saúde (SNS, s.d.).

Segundo o portal do Serviço Nacional de Saúde (s.d) este documento pode ser preenchido por cidadãos nacionais, estrangeiros e apátridas residentes em Portugal, maiores de idade e que não se encontrem interditos ou inabilitados por qualquer anomalia psíquica.

Pereira (2014) refere que este documento deve ser escrito por um indivíduo

> maior e capaz, perante uma autoridade pública ou perante testemunhas, e que contém declarações antecipadas de vontade a respeito dos tratamentos que

[6] Importa referir que a Lei n.º 49 de 2018, de 14 de agosto, instituiu o regime jurídico do maior acompanhado, eliminando definitivamente os institutos da interdição e da inabilitação previstos no Código Civil, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 47344, de 25 de novembro de 1966. (DR, 2023)

> deseja ou não receber, tendo em vista eventuais situações de incapacidade de tomar decisões por e sobre si próprio. (p. 288)

Pode ainda designar uma pessoa, apelidada de procurador de cuidados de saúde, que tem como função tomar as decisões por ele (Pereira, 2014).

O Testamento Vital ou as DAV, conforme apontado por Rodrigues (2017) constituí um ato pessoal e unilateral, passível de revogação, no qual o indivíduo estabelece, como referido anteriormente, os seus desejos e vontades em questões de saúde e de tratamento que deseja ou não receber, em circunstâncias específicas. Segundo Silva et al. (2021) a primazia da vontade do paciente deve sempre prevalecer sobre qualquer outra, conforme estipulado pela lei que regula as DAV, nomeadamente no artigo n.º 6 na alínea 1. Segundo este artigo, sempre que esteja registado um documento das DAV no portal da RENTEV, e se for entregue à equipa de profissionais de saúde responsáveis pelo paciente, estes devem respeitar integralmente o conteúdo do documento, exceto em casos específicos. É importante notar que a equipa de saúde não deve seguir as diretrizes das DAV somente quando houver evidências de que o outorgante não deseje manter as vontades expressas, quando o que está registado não for mais aplicável ao estado de saúde do momento e, por fim, quando situações não previstas ocorrerem desde a assinatura do documento ou quando ocorrer uma emergência ou perigo que exija ação imediata, em que o acesso às DAV implique uma demora (PGDL, 2012).

Conforme destacado por Neto et al (2015) num estudo realizado a profissionais sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade, aproximadamente 38% dos participantes afirmam conhecer o documento. Além disso, de acordo com Barreto et al (2020) no seu estudo, cerca de 40% dos/as inquiridos/as relataram sentirem-se corretamente informados sobre o processo das DAV e, próximo de 20% já recomendou este documento aos/às utentes. Perante estes dados Neto et al. (2015) ressalta para o papel fundamental da formação aos profissionais do setor da saúde e do social.

Em Portugal, a Constituição da República Portuguesa explana no artigo 1º dos Princípios Fundamentais, que "é uma República soberana, baseada na dignidade da pessoa humana" (Assembleia da República, 1976, p.738) A questão da dignidade individual está intrinsecamente relacionada com as Diretivas Antecipadas de Vontade, uma vez que estas protegem a autodeterminação e as vontades do paciente. O conceito de

autodeterminação é um conspecto da dignidade e da liberdade do individuo, uma vez que respeita as escolhas do mesmo (Silva et al., 2021).

Pode ser renovado de cinco em cinco anos e pode ser revogado a qualquer momento e sem exigências. O médico deverá respeitar as orientações escritas no testamento vital do utente (Pereira, 2014) Este documento pode ser revogado a qualquer momento e sem qualquer formalidade desde que o outorgante esteja capaz. Qualquer alteração efetuada é registada no processo clínico do utente (Silva, 2013).

O indivíduo que redigir as DAV, segundo Silva (2013), tem de preencher três requisitos prévios, tais como ser maior de idade, não estar inabilitada a nível psíquico e encontrar-se em condições de dar o seu consentimento consciente, livre e esclarecido para a prática de cuidados de saúde.

Segundo dados disponibilizados no site do Serviço Nacional de Saúde (2023), estão ativos mais de 37 mil testamentos vitais, sendo que cerca de 24 mil foram registados por elementos do sexo feminino e 13 mil pelo sexo masculino.

Regime do Maior Acompanhado

No dia 10 de fevereiro de 2019, entrou em vigor o Regime do Maior Acompanhado por meio da Lei n.º 49/2018 de 14 de agosto, marcando a substituição do anterior regime das Interdições e Inabilitações. Essa transformação no cenário legal português foi motivada em parte pela assinatura da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, também conhecida como Convenção de Nova Iorque, assinada por Portugal a 30 de março de 2007, mas aprovada a 30 de maio de 2009. Esta convenção desempenhou um papel fundamental na reconfiguração do enquadramento jurídico do país, visando abordar as limitações físicas, intelectuais e sensoriais que obstruem a plena participação das pessoas com deficiência na sociedade, equiparando os seus direitos aos dos demais cidadãos (Ribeiro, 2020).

A Convenção sobre os Princípios das Nações Unidas para as Pessoas Idosas, como nos refere Sampaio (2016), defende que

> os idosos devem permanecer integrados na sociedade, participar ativamente na formulação e execução de políticas que afetem diretamente o seu

> bem-estar, devem ter acesso a serviços sociais e jurídicos que reforcem a respetiva autonomia, proteção e assistência, devem ter a possibilidade de procurar oportunidades com vista ao pleno desenvolvimento do seu potencial e devem ter a possibilidade de viver com dignidade e segurança, sem serem explorados ou maltratados física ou mentalmente, de ser tratados de forma justa, independentemente da sua idade, género, origem racial ou étnica, deficiência ou outra condição e ser valorizados independentemente da sua contribuição económica. (p.11)

Antes da aprovação da Lei n.º 49/2018, existia o regime das incapacidades de maiores, que reunia dois institutos: o da interdição e o da inabilitação. Segundo Sampaio (2016) a interdição diz respeito aos casos de anomalia psíquica, surdez-mudez ou cegueira, que sejam incapazes de se autogovernar (artigo 138º, n.º1, do Código Civil). No que concerne à inabilitação, aplica-se aos mesmos casos anteriormente referidos, incluindo o uso de estupefacientes e bebidas alcoólicas. Este regime atua em situações que se mostrem incapazes de reger o seu património (artigo 152º Código Civil) Segundo Monteiro (2019) depois de referenciada a pessoa incapaz, a mesma terá de apresentar alguém que a substitua ou que a acompanhe na prática dos seus atos.

Segundo Viana (2020) o regime jurídico do maior acompanhado promove a capacidade dos indivíduos, com medidas mais flexíveis e personalizadas, abrangendo uma gama mais ampla de situações do que o antigo regime. Com este novo regime é possível recorrer a medidas de acompanhamento para pessoas idosas e/ou doentes. Desta forma responde às necessidades especificas dos idosos e das pessoas que precisem de proteção por diversos motivos. Privilegia, como está patente no artigo 140.º, o bem-estar da pessoa, a sua recuperação, a sua vontade e o pleno exercício dos direitos e deveres (PGDL, 2018)

Este regime mostra-se orientado para o sujeito, protegendo-o das suas limitações, mas também promover a sua recuperação e a melhoria da sua qualidade de vida. (Santos, 2021)

De acordo com Santos (2021) existem dois requisitos para obter o estatuto do regime de maior acompanhado, um de carácter objetivo, que engloba as razões de saúde,

deficiência ou ligadas ao seu comportamento e, um de carácter subjetivo, que analisa a impossibilidade de exercer de forma consciente os seus direitos e cumprir os seus deveres.

Relativamente ao pedido do requerimento do Regime do Maior Acompanhado, este pode ser feito dirigindo-se ao Ministério Público, a um advogado ou à Segurança Social, com a finalidade de obter proteção jurídica. (Ribeiro, 2020). O pedido pode ser requerido por o cônjuge, pelo parceiro união de facto ou por algum parente sucessível, com autorização do requerente, mas também pode ser eleito pelo tribunal. (PGDL, 2018).

O acompanhante, como consta no artigo 143.º do Código Civil, é escolhido pelo acompanhado ou pelo seu representante legal. Eventualmente, na ausência de escolha, é designada, alguém pelo tribunal, que salvaguarde o interesse do beneficiário. Podem ser nomeados vários acompanhantes com funções distintas. A função do acompanhante é privilegiar o bem-estar do acompanhado e a recuperação do mesmo. Estas funções são gratuitas e o acompanhante deve prestar contas ao tribunal e ao beneficiário, quando cessar a sua função ou sempre que o tribunal o peça. (PGDL, 2018)

Perante o artigo 155.º do Código Civil, constata-se que a sentença pode ser revista de acordo com a periocidade que constar na sentença ou, no mínimo, a cada cinco anos. (PGDL, 2018)

Para integrar o processo de acompanhamento dos maiores é necessária uma avaliação da situação física ou psíquica do indivíduo, com vista adequar as medidas de acompanhamento. No âmbito desta avaliação, há a necessidade de uma audição pessoal, à qual o individuo tem de comparecer em local indicado. No caso de não se conseguir deslocar o juiz vai ao seu encontro. Segundo Ribeiro (2020) é elaborado um relatório pericial/médico onde consta a afeção de que sofre o individuo, a data de inicio, as consequências, meios de apoio e tratamentos possíveis e aconselháveis.

O/A Assistente Social com Pessoas Idosas em Situação de Vulnerabilidade

O Serviço Social é “uma profissão baseada na prática e uma disciplina académica que promove a mudança e o desenvolvimento social, a coesão social e o empoderamento e a libertação das pessoas” (IFSW, 2014) Esta área científica surge como forma de dar resposta aos problemas da sociedade, tentando solucioná-los de uma forma eficaz e promover a qualidade de vida das populações mais desfavorecidas (Matias, 2023)

O campo de trabalho com as pessoas idosas em situação de vulnerabilidade sempre foi uma área de intervenção do Serviço Social (Daniel et al, 2018). A inclusão de uma unidade curricular, denominada de "Infância, Juventude e Idade Avançada", que aborda apenas as questões do envelhecimento, ocorreu no Plano de Estudos do ano de 2015 e seguintes, no curso de Serviço Social do Instituto Superior Miguel Torga (Aviso n.º 15071/2015).

Segundo Granja (2009) emergem na sociedade diversos fenómenos sociodemográficos, como o aumento da longevidade e consequente aumento da dependência. Associado a esta temática, constata-se também o aumento da institucionalização de pessoas idosas, devido à insuficiência de rede de suporte familiar e com disponibilidade para prestar cuidados necessários ao seu familiar.

As pessoas idosas desempenham um papel proeminente nas sociedades contemporâneas. Com o aumento do número de pessoas idosas o fenómeno do envelhecimento e da velhice apresenta cada vez maior visibilidade. A intervenção com esta faixa etária é uma questão de direitos humanos, bem como de direitos sociais e políticos.

Os/As profissionais de serviço social têm mandatos específicos e crescentes responsabilidades na gestão de cuidados e na promoção do acesso das pessoas idosas a recursos e serviços. De acordo com Philipson (2008), o serviço social enfrenta o desafio de promover um envelhecimento com qualidade de vida, particularmente ao considerar o impacto do idadismo. Isto implica em aumentar a capacidade das pessoas idosas na sociedade, desafiar os direitos negativos e, simultaneamente, defender os direitos positivos.

A área do Serviço Social Gerontológico, devido ao crescente envelhecimento da população, bem como as Instituições Particulares de Solidariedade Social "constituem, hoje, um importante campo de trabalho para os assistentes sociais, uma vez que estas entidades são um dos principais prestadores de serviços sociais, designadamente no domínio de respostas sociais para idosos" (Branco, 2009).

Neste contexto, as Organizações Sociais Sem Fins Lucrativos desempenham um papel crucial, uma vez que representam um campo de trabalho de grande relevância para os assistentes sociais. Estas entidades assumem um papel fundamental como prestadoras

de serviços sociais, nomeadamente no que se refere às respostas sociais destinadas aos idosos. Isto destaca a importância e relevância do Serviço Social na promoção do bem-estar e na garantia dos direitos das pessoas idosas, à medida que enfrentamos os desafios do envelhecimento demográfico e a necessidade de uma intervenção mais ampla e eficaz.

Carvalho (2012), afirma que, o/a Assistente Social tem um papel fulcral na sociedade, intervindo em diversas áreas distintas que se complementam no seio da comunidade. Perante os problemas dos indivíduos, o/a profissional preocupa-se em avaliar as redes de suporte social existentes e aciona-as quando é necessário. Além disso, orienta os indivíduos acerca de questões legais, os seus direitos, procedimentos burocráticos envolventes e, quando necessário, atua como interlocutor do utente/família e os serviços.

O papel do profissional de Serviço Social passa por um quadro de valores e padrões éticos, compreensão da diversidade e da desigualdade social, defender os direitos do individuo e promover a justiça social. (NHSIQ, 2017)

De acordo com Perrin et al (2008, p.10), o/a Assistente Social deve, aquando da entrada de um/a utente para uma instituição, fazer a transição para um ambiente de vida institucional, satisfazendo, ao mesmo tempo, as necessidades de conforto social e emocional do/a utente. O/A Assistente Social tem a função de promover, à pessoa idosa, o acesso a recursos que permitam colmatar situações de desigualdade social, precariedade, promover o bem-estar, estimular e fortalecer laços sociais de forma a combater o isolamento social, entre outras. (Granja, 2009)

Segundo Gomes et al. (2019) o/a Assistente Social é o primeiro profissional a ter contacto com a família enlutada após o médico. O médico tem o dever de comunicar à família o falecimento e atestar o óbito, através da Declaração de óbito, para levantamento do corpo e para que a certidão de óbito possa ser prescrita. Silva (2019) refere que o/a Assistente Social presta o apoio social perante as dificuldades e questões que se colocam perante a situação em que se encontra tanto o utente como a rede familiar. O/A profissional atua de forma interdisciplinar, contribuindo assim para uma manutenção das condições que suavizem as problemáticas e o sofrimento.

Relativamente à temática do luto, o serviço social procura identificar e evidenciar os recursos pessoais que a família do indivíduo dispõe para poderem lidar com as mudanças que uma perda traz (Lima, 2014).

Para os/as profissionais que lidam frequentemente com a perda têm de ter uma preparação pessoal e emocional, pois precisam de saber gerir a morte do/a utente e, simultaneamente, ajudar os familiares do mesmo (Matias, 2023).

MATERIAL E MÉTODOS

A investigação, conforme Coutinho (2011, p. 7), consiste num processo de procura de conhecimento acerca de um tema ou problema específico. Trata-se de uma atividade de natureza cognitiva, sistemática, flexível e objetiva, que contribui para a explicação e compreensão dos fenómenos sociais.

Como refere Santos e Clos (1998, p.2), "toda a pesquisa tem origem em uma questão a ser respondida ou em um problema a ser resolvido pelo pesquisador". Esta questão resulta ou problema advém das nossas preocupações face a um determinado assunto, que nos interessa e preocupa, e ao qual temos muitas interrogações.

O aprofundamento objetivo desta investigação é identificar as competências dos/as Assistentes Sociais em questões relacionadas com o fim de vida como a morte e o luto, as Diretivas Antecipadas de Vontade e o Regime Jurídico do Maior Acompanhado.

Estudo transversal, com abordagem quantitativa realizada por meio de formulário disponibilizado em redes sociais.

Procedimentos

O estudo empírico que possibilitou a recolha dos dados iniciou-se após obtenção dos endereços de e-mail das instituições localizadas em Portugal Continental que oferecem serviços dirigidos às pessoas idosas. Após consulta da carta social foi possível identificar e estabelecer contato via e-mail com um total de 2572 instituições. Na mensagem enviada, além da explicação sobre o estudo, incluímos também o link que direcionava para um formulário online hospedado na plataforma Google Docs.

Antes do preenchimento do questionário foram transmitidos os objetivos da investigação e onde é assegurada a sua confidencialidade e anonimato, bem como a participação voluntária no estudo. Todos os participantes tinham o conhecimento que poderiam desistir da investigação, se assim o desejassem. Os critérios de inclusão para o preenchimento do formulário prenderam-se pelo facto de só poderem responder assistentes sociais que exerçam funções em respostas sociais dirigidas à população idosa e que aceitassem o consentimento informado.

Participantes

A amostra é predominantemente constituída por participantes do sexo feminino (195 = 97%) com uma média de idade de 39,42 anos (DP = 8,93). A maioria dos participantes (132 = 65%) professam uma religião, destes 125 (61,6%) são católicos.

Tabela 2 *- Caracterização Demográfica e Religiosa da Amostra (N = 201)*

		n	*%*
Sexo	Masculino	6	3%
	Feminino	195	97%
Idade	*M* = 39,42; *DP* = 8,93 ; Mín = 22; Máx = 61		
Pertença a religião	Sim	132	65%
	Não	69	34%
Religião a que pertence	Adventista	1	0,5%
	Católica	125	61,6%
	Cristã	4	2%
	Evangélica	3	1,5%

Notas: M = Média; *DP* = Desvio Padrão; *n* = número de sujeitos.

Instrumentos

Elaboramos um questionário com o objetivo de analisar as competências dos/as Assistentes Sociais em questões sobre o fim/término da vida, como a morte e o luto, diretivas antecipadas de vontade e o regime do maior acompanhado. O referido questionário está dividido em três partes: Perfil profissional dos/as Assistentes Sociais, Competências dos/as Assistentes Sociais no Trabalho com Pessoas Idosas e Competências dos/as Assistentes Sociais na Prática Profissional: Fim de Vida, Regime Jurídico do Maior Acompanhado e Diretivas Antecipadas de Vontade.

Perfil Profissional dos/as Assistentes Sociais

Composto por 4 questões o conjunto das questões sobre o *Perfil Profissional dos/as Assistentes Sociais* tem como objetivo de reunir informações pertinentes sobre a nossa investigação. Fazem parte desta secção as seguintes variáveis: sexo, nacionalidade, idade, escolaridade, categoria profissional, tempo médio de trabalho e religião.

Competências dos/as Assistentes Sociais no Trabalho com Pessoas Idosas

Esta secção faz-se acompanhar de sete competências classificadas numa escala de likert de 5 pontos. O ponto 0 indicava "sem competência" e o ponto 4 "competência especializada".

Competências dos/as Assistentes Sociais na Prática Profissional: Fim de Vida, Regime Jurídico do Maior Acompanhado e Diretivas Antecipadas de Vontade.

A terceira secção do questionário é composta por 12 questões de escolha múltipla e 8 de resposta aberta, sem obrigatoriedade de resposta. Estas questões pretendem obter informações obre a formação ou não sobre as questões do fim da vida, do Regime Jurídico do Maior Acompanhado e das Diretivas Antecipadas de Vontade e, ainda, se é competência ou não abordar as pessoas idosas acerca destas temáticas.

Análise Estatística

Para a análise dos dados estatísticos utilizámos o programa estatístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 29.0.

Os dados já nos chegam anonimizados numa folha Excel. Em seguida exportamos os dados para o SPSS. Foram realizadas as análises descritivas para obter uma compreensão geral dos dados, incluindo frequências, médias e desvios-padrão para todas as variáveis envolvidas no estudo.

RESULTADOS

A maioria dos participantes é licenciada (167 = 83,1%), com frequência no Instituto Superior Miguel Torga (42 = 20,8%), com funções de diretor/a de serviços (86 = 42,4%). A natureza jurídica das instituições onde exercem a sua atividade profissional é nas Associações de Solidariedade Social (101 = 49,8%)

Tabela 3 - *Perfil Profissional e Académico dos/as Assistentes Sociais (N = 201)*

		n	***%***
Grau Académico	Licenciatura	167	83,1%
	Mestrado	33	16,3%
	Doutoramento	1	0,5%
Instituições de Ensino	Instituto Superior Miguel Torga (ISMT/ISSSC)	42	20,8%
	Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação (UC)	7	3,5%
	Instituto Superior de Serviço Social do Porto	19	9,4%
	Instituto Superior de Serviço Social de Beja	12	5,9%
	Instituto Politécnico de Leiria	19	9,8%
	Instituto Politécnico de Portalegre	8	4%
	Universidade Católica Portuguesa	7	3,4%
	Escola Superior de Educação de Castelo Branco	11	5,4%
	Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas	8	4%
	Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa/Lusíada	15	7,4%
	ISCTE	4	2%
	FACIS – Universidade Católica Braga	6	3%
	Lusófona – ULHT	10	4,9%
	Universidade Fernando Pessoa	5	2,5%
	Instituto Politécnico de Lamego	6	3%
	Universidade de Trás os Montes e Alto Douro (UTAD)	6	3%
	Instituto Superior Bissaya Barreto	10	4.9%

		n	*%*
	ISPGAYA	1	0,5%
Categoria Profissional	Diretor/a de Serviços	86	42,4%
	Assistente Social Principal	57	28,1%
	Assistente Social de 1.ª	25	12,3%
	Assistente Social de 2.ª	13	6,4%
	Assistente Social de 3.ª	20	9,9%

***Nota**: M* = Média; *DP* = Desvio-Padrão; *n* = número de sujeitos.

A tabela 4 apresenta a distribuição da natureza jurídica das instituições onde trabalham os/as participantes, destacando as Associações de Solidariedade Social como a categoria mais prevalente, representando 49,8% do total. Centros (Sociais) Paroquiais e Irmandades da Misericórdia também são significativos, com percentagens de 17,7% e 12,3%, respetivamente. As restantes categorias, como Associação Mutualista, Entidade Lucrativa, Fundação de Solidariedade Social, Instituto de Organização Religiosa e Outros, contribuem com proporções menores para o conjunto das instituições estudadas.

Tabela 4 - *Natureza Jurídica das Respostas Sociais (N = 201)*

		n	*%*
Natureza Jurídica	Associação de Solidariedade Social	101	49,8%
	Associação Mutualista	1	0,5%
	Centro (Social) Paroquial	36	17,7%
	Entidade Lucrativa	20	10%
	Fundação de Solidariedade Social	9	4,4%
	Instituto de Organização Religiosa	3	1,5%
	Irmandade da Misericórdia/Santa Casa da Misericórdia	25	12,3%
	Outros	6	3%

***Nota**: M* = Média; *DP* = Desvio-Padrão; *n* = número de sujeitos.

No que concerne às competências dos/as Assistentes Sociais com pessoas idosas constatámos que, com exceção de uma das competências, as respostas que vão de um extremo inferior (0 = Sem competência → não tenho experiência relativamente a esta competência) a um extremo superior (4 = Competência especializada → realizo esta competência com mestria suficiente para ensiná-la).

As quatro competências que obtiveram pontuação superior ou igual a três foram = (i) Respeitar e promover o direito à dignidade e autodeterminação das pessoas idosas em resposta social; (ii) Aplicar princípios éticos às "decisões" a respeito dos utentes mais velhos com especial atenção para os que tem limitações para tomar decisões; (iii) Aderir a leis e políticas públicas relacionadas com as pessoas idosas (por exemplo: denúncia de abusos a pessoas idosas); (iv) Apoiar utentes que estejam a lidar com questões com o fim/término de vida como a morte e o luto. As competências que obtiveram uma menor pontuação foram = (i) Informar os/as utentes sobre das Diretivas Antecipadas de Vontade; (ii) Informar os/as utentes sobre o Regime de Maior Acompanhado; (iii) Comunicar a morte às famílias e apoiar os utentes aquando de um falecimento de um congénere.

Tabela 5 - *Competências dos/as Assistente Sociais no Trabalho com Pessoas Idosas*

	MO (Min-Máx) | (M-DP)
Respeitar e promover o direito à dignidade e autodeterminação das pessoas idosas em resposta social	3 (1-4) | (3,20-0,6)
Aplicar princípios éticos às "decisões" a respeito dos utentes mais velhos com especial atenção para os que tem limitações para tomar decisões	3 (0-4) | (3,22-0,6)
Aderir a leis e políticas públicas relacionadas com as pessoas idosas (por exemplo: denúncia de abusos a pessoas idosas)	3 (0-4) | (3,11-0,8)
Informar os/as utentes sobre das Diretivas Antecipadas de Vontade	3 (0-4) | (2,70-1,0)
Informar os/as utentes sobre o Regime de Maior Acompanhado	3 (0-4) | (2,95-0,9)
Comunicar a morte às famílias e apoiar os utentes aquando de um falecimento de um congénere	3 (0-4) | (2,90-0,9)
Apoiar utentes que estejam a lidar com questões com o fim/término de vida como a morte e o luto	3 (0-4) | (3,00-0,8)

Nota: *MO* = Moda; *DP* = Desvio-Padrão; *n* = número de sujeitos.

Relativamente à formação sobre questões relacionadas com o fim de vida como a morte e o luto, poderemos verificar que cerca de 134 (66%) profissionais afirmam não

terem tido qualquer tipo de formação nesta temática. A grande maioria dos/as assistentes sociais considera que comunicar o óbito às famílias (162 = 79,8%), apoiar os utentes em caso de morte do congénere (183 = 90,1%), bem como apoiar utentes que estejam a lidar com a morte e o luto (190 = 93,6%) é uma competência dos/as Assistentes Sociais.

Quando questionados sobre a sua preparação para lidar com a morte e o luto, os/as Assistentes Sociais apresentaram uma média de 2,95 (*DP* = 1,1) numa escala que variou de 1 (nada preparados) a 5 (bastante preparados). Aproximadamente 166 participantes (81,8%) participam nos rituais fúnebres dos seus utentes.

Tabela 6 - *Competências dos/as Assistentes Sociais na Prática Profissional: Fim de Vida*

		n	***%***
Formação sobre fim de vida, como morte e luto	Sim	67	33%
	Não	134	66%
Competência dos Assistentes Sociais comunicar morte às famílias	Sim	162	79,8%
	Não	39	19,2%
Competência dos Assistentes Sociais em apoiar os utentes em caso de morte do congénere	Sim	183	90,1%
	Não	17	8,4%
Competência dos Assistentes Sociais apoiar utentes que estejam a lidar com questões relacionadas com o fim de vida como a morte e o luto	Sim	190	93,6%
	Não	11	5,4%
Quando lidou com a morte/luto como se sentiu preparado/a		*M* = 2,95; *DP* = 1,1 ; Mín = 1; Máx =5	
Participa em algum dos rituais fúnebres relacionados com a morte dos/as utentes	Sim	166	81,8%
	Não	35	17,2%

Nota: *M* = Média; *DP* = Desvio-Padrão; *n* = número de sujeitos.

No que diz respeito à formação relativa ao Regime Jurídico do Maior Acompanhado a maioria dos/as inquiridos/as respondeu não ter qualquer formação na área (123 = 60,6%). Cerca de 144 participantes já lidaram com questões relativas a este tema (144 = 70,9%) e consideram uma competência informar os utentes sobre o Regime (194 = 95,6%).

Tabela 7 - *Competências dos/as Assistentes Sociais na Prática Profissional: Regime Jurídico do Maior Acompanhado*

		n	***%***
Formação relacionada com o Regime Jurídico do Maior Acompanhado estabelecido pela Lei n.º49, de 14 de agosto de 2018	Sim	78	38,4%
	Não	123	60,6%
Já teve de lidar com questões relacionadas com o Regime do Maior Acompanhado	Sim	144	70,9%
	Não	57	28,1%
Competência dos Assistentes Sociais informar os/as utentes sobre o Regime Jurídico do Maior Acompanhado	Sim	194	95,6%
	Não	7	3,4%

Nota: *M* = Média; *DP* = Desvio-Padrão; *n* = número de sujeitos.

Na tabela 7 podemos observar que a maioria dos/as inquiridos/as não teve formação relacionada com as Diretivas Antecipadas de Vontade (179 = 88,2%), contudo consideram importante informar os utentes sobre as Diretivas (177 = 87,2%), apesar de maioritariamente não o fazerem (160 = 78,8%).

Tabela 8 - *Competências dos/as Assistentes Sociais na Prática Profissional: Diretivas Antecipadas de Vontade*

		n	***%***
Formação relacionada com as Diretivas Antecipadas de Vontade, estabelecidas pela Lei n.º 25, de 16 de julho de 2012	Sim	22	10,8%
	Não	179	88,2%
Competência dos Assistentes Sociais informar os/as utentes sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade	Sim	177	87,2%
	Não	24	11,8%
Já informou algum/a utente sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade	Sim	41	20,2%
	Não	160	78,8%

Nota: *M* = Média; *DP* = Desvio-Padrão; *n* = número de sujeitos.

DISCUSSÃO

O objetivo primordial desta investigação foi o de analisar as competências dos/as Assistentes Sociais relativamente a questões sobre o fim/término de vida como a morte e o luto, as Diretivas Antecipadas de Vontade e o Regime do Maior Acompanhado.

Primeiramente caracterizamos a amostra com base nas variáveis demográficas e religiosa. A maioria dos/as inquiridos/as é do sexo feminino, como era expectável, tendo em conta que os critérios de seleção para o exercício profissional no passado e que perduram no presente apesar da alteração dos critérios de seleção. De acordo com Bolzan (2015) a prática profissional é orientada pelo género, e a profissão é influenciada por valores e práticas históricas e culturais associadas ao universo feminino. Atualmente ainda é o sexo feminino que predomina nesta profissão, apesar de já existirem profissionais do sexo masculino.

No que diz respeito às idades dos/as inquiridos/as que exercem funções em respostas sociais dirigidas às pessoas idosas, a média é de cerca de 39 anos. As Instituições Particulares de Solidariedade Social são instituições relativamente recentes e começaram a ganhar uma maior relevância a partir da revolução de abril de 1974, após a reestruturação das políticas de proteção social (Sobreiro, 2009). Os primeiros estatutos das IPSS são aprovados em 1979. A partir dos anos 90 são estabelecidos os acordos de cooperação entre o Estado e as instituições, perante um protocolo que pressupõe comparticipação financeira por parte da Segurança Social. Como é possível observar a maioria dos/as nossos/nossas inquiridos/as trabalha no seio da denominada "economia social" ou "terceiro setor". Este setor engloba várias organizações, como (i) as cooperativas[7], (ii) as mutualidades[8], (iii) as associações[9] e (iv) as fundações[10] (Almeida, 2020). No presente estudo a maioria referiu exercer funções em Associações de

[7] As cooperativas são associações autónomas de pessoas voluntárias, com quotas, que visam responder a necessidades e atuam em vários ramos, como a agricultura, artesanato, serviços, solidariedade social, entre outros.
[8] As mutualidades são associações de pessoas que através de quotas praticam fins de auxílio recíproco. Atuam nas previdências complementares, saúde, serviços de ação social, entre outros.
[9] As associações reúnem pessoas ou outras sociedades jurídicas com objetivos comuns, com o intuito de superar dificuldades e gerar benefícios. Atuam em creches, infantários, centros de atividades de tempos livres, centros de dia, lares e apoio domiciliário. Englobam as de cariz solidário, de desenvolvimento local, culturais e recreativas, entre outras.
[10] As fundações que possuem fins sociais são integradas na economia social, pois detêm respostas sociais.

Solidariedade Social, no mesmo sentido que Daniel et al (2016) que constatou que no distrito de Coimbra, as Instituições com maior representação no apoio à idade avançada são instituições da rede solidária.

Relativamente à questão religiosa a maioria dos/as participantes é religiosa. Importa referir que, Portugal é um país bastante religioso (Nata & Menezes, 2010) e que entre a diversidade de religiões professadas pelos portugueses, a que se destaca é o catolicismo. Segundo Coutinho (2019) existe, no seio da comunidade portuguesa, uma pertença católica.

Os/As nossos/nossas inquiridos/as referem maioritariamente que a sua formação foi efetuada no Instituto Superior Miguel Torga/Instituto Superior de Serviço Social de Coimbra. Estes resultados vão ao encontro da história desta instituição que, segundo Martins (2012) se iniciou com a criação, em 1937 da Escola Normal Social de Coimbra, que altera o seu nome em 1965 para Instituto de Serviço Social de Coimbra e, em 1969, é alterado novamente para Instituto Superior de Serviço Social de Coimbra, designado atualmente de Instituto Superior Miguel Torga.

Constatámos que apenas uma percentagem residual apresenta o mestrado e o doutoramento. Estes resultados eram expectáveis por nós, já que o primeiro doutoramento em Serviço Social teve início em fevereiro de 1987, através de um Protocolo de Cooperação Científica entre o Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa e a Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), conforme relatado por Branco (2009). De referir ainda que, em 1995 é criado o Programa Especial de Doutoramento em Serviço Social Segundo Branco (2009) em 1995, os Institutos Superiores de Serviço Social de Lisboa e do Porto criaram os primeiros programas de mestrado, que foram posteriormente expandidos para outros estabelecimentos de ensino em todo o país. Em 2008/2009 já estavam disponíveis 9 programas de mestrado e 2 de doutoramento.

Com base nos resultados, observa-se uma percentagem considerável de inquiridos/as que afirma exercer funções como diretor/as de serviços. Estes resultados vão ao encontro dos de Serra-Simões (2019) quando menciona que mais de metade dos/as Assistentes Sociais que trabalhem em Instituições Particulares de Solidariedade Social na Região Centro de Portugal têm funções de chefia.

No que respeita às competências dos/as Assistentes Sociais, no que concerne ao respeito e à promoção dos direitos à dignidade e autodeterminação das pessoas idosas, eles afirmam que as suas competências se aproximam de uma especialização. Este resultado era esperado, uma vez que o Código Deontológico dos Assistentes Sociais (APSS, 2019), que valida o exercício profissional, destaca como um dos princípios éticos do Serviço Social os Direitos Humanos, nomeadamente, o respeito pelo direito à autodeterminação.

No que concerne à competência sobre a aplicação dos princípios éticos às decisões a respeito de utentes mais velhos com especial atenção para os que têm limitações para tomar decisões, podemos inferir que os/as Assistentes Sociais inquiridos/as demonstram um nível de competência especializada. Este resultado alinha-se com as diretrizes do Código Deontológico dos Assistentes Sociais (APSS, 2019), que ressalta a importância dos Direitos Humanos, na promoção da igualdade de tratamento no acesso às necessidades básicas a todos os indivíduos, especialmente aos que se encontram em situação de vulnerabilidade.

No que diz respeito à adesão de leis e políticas públicas relacionadas com as pessoas idosas, os/as Assistentes Sociais afirmam possuir uma competência especializada. Esta competência está alinhada com o que está estipulado no Código Deontológico (APSS, 2019), onde se define que o/a Assistente Social é um profissional da intervenção social que pratica uma abordagem inter e transdisciplinar, colaborando com e em prol das pessoas numa lógica de cooperação. Os/As Assistentes Sociais utilizam um conjunto de competências específicas que se complementam, e expressam o seu papel público na sociedade da seguinte forma: a) Políticas – exercem influência na opinião pública e no sistema político com o objetivo de moldar políticas públicas, sensibilizar e mobilizar pessoas e grupos para a defesa dos seus direitos.

Em relação às duas competências "informar os/as utentes sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade" e "Informar os/as utentes sobre o Regime Jurídico do Maior Acompanhado", constatámos que essas competências se situam entre a competência moderada e a competência avançada. Importa mencionar que é na segunda década deste século que aparece no direito português regulamentação tanto sobre as DAV (Lei n.º25/2012) como do Regime Jurídico do Maior Acompanhado que culminou na sua

aprovação através da Lei n.º 49/2018 e a consequente revogação dos anteriores regimes da interdição e inabilitação.

Por fim, no que concerne à comunicação da morte às famílias, no apoio aos utentes perante o falecimento de um congénere, e o apoio a utentes que estejam a lidar com questões como o fim/término de vida como a morte e o luto, os/as Assistentes Sociais encontram-se próximo de uma competência avançada. Perante o Aviso n.º 15071/2015, o Serviço Social Gerontológico foi introduzido recentemente e, por isso, ainda não é uma questão muito debatida.

Relativamente à "Formação sobre o fim de vida como a morte e o luto", à "Formação relacionada com o Regime Jurídico do Maior Acompanhado" e à "Formação relacionada com as Diretivas Antecipadas de Vontade" a maioria dos/as inquiridos/as afirmaram não ter recebido formação específica nessa área, contudo os/as profissionais consideram uma competência da sua área profissional. Estes resultados alinham-se com os de Barreto et al. (2020) quando afirma num estudo que realizou sobre "Conhecimento dos profissionais de saúde sobre as diretivas antecipadas de vontade" que aproximadamente 38% dos participantes não conhece o documento sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade. Barreto et al. (2020) considera, tal como nós, que a formação nestas áreas é fundamental para os profissionais que trabalhem com estes processos. No Código Deontológico (APSS, 2019) está presente, nomeadamente nos princípios éticos do Serviço Social, que o/a profissional deve adotar uma atitude eticamente informada, dada a natureza do seu agir profissional, visto que o seu agir impacta com a vida das pessoas.

Quanto à questão de como se sentiram preparados para lidar com a morte, os/as profissionais referiram sentirem-se com uma competência avançada. A maioria dos/as Assistentes Sociais participam nos rituais fúnebres dos seus utentes, o que denota uma abordagem holística no apoio aos utentes, estendendo-se não apenas durante a visa, mas também após a morte.

No que concerne ao Regime Jurídico do Maior Acompanhado, a maioria dos/as profissionais referem lidar com esta questão e informar os/as utentes sobre a mesma, embora não possuindo formação específica nesta área. O mesmo padrão repete-se em relação às Diretivas Antecipadas de Vontade, em que maior parte dos/as Assistentes

Sociais não possuem formação na área, mas consideram-se competentes para informar os utentes sobre este tema, mesmo que a maioria ainda não o tenha feito.

Os/as assistentes sociais possuem um conjunto de competências em diversas áreas, que se complementam entre si, como está patente no Código Deontológico dos/as Assistentes Sociais em Portugal, tais como as políticas, relacionais, psicossociais, assistenciais e técnico-operativas e reflexivas. Partilham de diversos valores fundamentais como a dignidade humana, a liberdade e a justiça social (APSS, 2019).

CONCLUSÃO

A nossa investigação revelou que os/as assistentes sociais inquiridos/as avaliam as suas competências como especializadas na maioria das práticas profissionais elencadas e consideram que tais competências são inerentes à profissão de assistente social. Contudo, constatamos que a maioria destes profissionais não recebeu formação específica relacionada com estas competências. Estes resultados evidenciam que os/as assistentes sociais alinham a sua prática com as normas de conduta estabelecidas no código deontológico da profissão, em particular, o compromisso de "desenvolver competências pessoais e profissionais para assegurar a qualidade da atuação profissional, seguindo uma abordagem de formação contínua, quer de carácter formal, quer informal" (APSS, 2019).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, V. (2010). *Governação, Instituições e Terceiro Setor: as Instituições Particulares de Solidariedade Social.* [Tese de Doutoramentos, Universidade de Coimbra]. Repositório da UC. https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/13315/1/Tese%20Vasco%20Almeida.pdf

Andrade, T. A. M. (2007). *Atitudes perante a morte e sentido de vida em profissionais de saúde.* [Tese de Doutoramento, Universidade de Lisboa]. Repositório da UA. https://repositorio.ul.pt/handle/10451/975

Ariès, P. (1981). *O homem diante da morte*. Rio de Janeiro

Assembleia da República Portuguesa. (1976). *Decreto de aprovação da Constituição de 10 de abril*. https://files.dre.pt/1s/1976/04/08600/07380775.pdf

Associação dos Profissionais de Serviço Social. (2019). *Código Deontológico dos Assistentes Sociais em Portugal.*

Barbosa, K. T. F. (2015). *Vulnerabilidade física, social e programática de idosos atendidos na atenção primária de saúde do município de João Pessoa, Paraíba*. [Pós-Graduação, UFP – Universidade Federal da Paraíba] Repositório da UFPB. https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/tede/7591/2/arquivototal.pdf

Barreto, A. L. F. & Capelas, M. L. V. (2020). Conhecimento dos profissionais de saúde sobre as diretivas antecipadas de vontade. Cadernos de Saúde, 12(1), 36-40. https://revistas.ucp.pt/index.php/cadernosdesaude/article/view/5834/9510

Bolzan, D. P. (2015). Serviço Social e gênero: a marca histórica de uma profissão feminizada. *Caderno Espaço Feminino,* 28(1), 311-334. https://seer.ufu.br/index.php/neguem/article/view/26950/17237

Branco, F. (2009). A profissão de Assistente Social em Portugal. *Revista Locus Social,* 3, 61-89. https://revistas.ucp.pt/index.php/locussocial/article/view/10160/9867

Canastra, C. C. C. (2007). *A morte: abordagem interdisciplinar*. [Dissertação de Mestrado – UCP – Universidade Católica Portuguesa] Repositório do IPB. http://hdl.handle.net/10198/5757

Cardona, A., Arango, D., Cardona, A., Rodríguez, D., Arroyave, D., Cardona, D., Cifuentes, M., & Mesa, S. (2018). Fatores associados a la vulnerabilidade cognitiva de los adultos mayores en tres ciudades de Colombia. *Aquichan, Bogotá*, 18(2), 210-221. https://doi.org/10.5294/aqui.2018.18.2.8

Carta Social (2023). *Número de Respostas Sociais e Capacidade das Respostas Sociais*. https://www.cartasocial.pt/capacidade-das-respostas-sociais

Carvalho, M. (2012). *Serviço Social na Saúde*. Lidel

Coutinho, C. (2011) *Metodologias de investigação em ciências sociais e humanas: teoria e prática*. Almedina;

Coutinho, J. P. (2019). Religiosidade em Portugal: caracterização, comparação e evolução. *Religião e Sociedade*, 39(3), 58-81. https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/32822/1/R_S.pdf

Daniel, F., Fernandes, V., Silva, A., Espirito-Santo, H. (2018). Rastreio cognitivo em estruturas residenciais para pessoas idosas no Concelho de Miranda do Corvo, Portugal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(11), 4355-4366 https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.07422018

Daniel, F., Monteiro, R., & Ferreira, J (2016). Cartografia da oferta pública e privada de serviços dirigidos à população idosa em Portugal. *Serviço Social & Sociedade*, 126, 235-261 https://doi.org/10.1590/0101-6628.067

Daniel, F., Monteiro, R., Ferreira, J., & Álarez-Pérez, P. (2018). Competencias éticas em la práctica profesional de las/los trabajadoras/es sociales con personas mayores. *Papers*, 103(3), 1-23. https://doi.org/10.5565/rev/papers.2441

Diário da República. (2015). *Aviso n.º 15071/2015*.

Diário da República. (2023). *Interdição e Inabilitação*. https://diariodarepublica.pt/dr/lexionario/termo/interdicao

Eurostat (2019). *Envelhecer a Europa: Analisar a vida das pessoas idosas na União Europeia*. https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/10166544/KS-02-19%E2%80%91681-EN-N.pdf/c701972f-6b4e-b432-57d2-91898ca94893

Eurostat. (2017). *Estrutura populacional e envelhecimento*. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Archive:Estrutura_populacional_e_envelhecimento&oldid=364975

Eurostat (2023). *Proporção da população com 65 anos ou mais*. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00028/default/table?lang=en

Freud, S. (1985). *Luto e melancolia*. (M. Carone Trad.) https://clinicasdotestemunhosc.weebly.com/uploads/6/0/0/8/60089183/luto_e_melancolia_-_sigmund_freud.pdf

Gabinete de Estratégia e Planeamento (2023). *Carta Social: Rede de Serviços e Equipamentos: Relatório de 2021*. Acedido a 13 de abril de 2023 em https://www.cartasocial.pt/documents/10182/13834/csocial2021.pdf/12f65226-8c2a-42ef-b8b3-dad731ecccaf

Gomes, E. S. & Barros, A. L. (2019, outubro 30 a novembro 3). Saúde Hospitalar: a intervenção do Serviço Social no atendimento às famílias enlutadas. [Apresentação Oral] X Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, Brasília, Brasil.https://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/1092/1068

Granja, B. & Pereira, F. (2009, abril 21 a 24). Intervention Sociale et Developpement: Quelles references pour quelles pratiques. 3ème congrès de l'AIFRIS (Association Internationale pour la Formation, la Recherche et l'Intervention Sociale) Hammamet, Tunisia. https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/4439

Horochovski, M. T. H. (2008). *Memórias de morte e outras memórias: lembranças de velhos*. [Tese de Doutoramento em Sociologia, UFP - Universidade Federal do Paraná]. Repositório da UFP. https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/15102

International Federation of Social Workers. (2014). *Definição global de Serviço Social*. https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/

Instituto Nacional de Estatística. (2023). *As pessoas: 2021*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=9443187&PUBLICACOESmodo=2

Instituto Nacional de Estatística. (2022, novembro 29). *Estimativa Provisória da Esperança de Vida aos 65 anos para 2020-2022* [Comunicado de Imprensa]. https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=586586225&att_display=n&att_download=y

Instituto Nacional de Estatística. (2023). *Óbitos de residentes em Portugal por local de óbito: 1996-2021*.

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (2015). *Infográfico: Doença Crónica: População residente em Portugal em 2015*. http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/5748/6/INSA-info-doenca-cronica-PT.jpg

Lima, M. P. (2010). *Envelhecimento(s), estado da arte*. Imprensa da Universidade de Coimbra.

Lima, P. V. (2014). *A atuação do Assistente Social no processo de morte e morrer*. [Monografia do Bacharelato, Faculdade Cearense]. Repositório FC. https://www.faculdadescearenses.edu.br/biblioteca/monografias/graduacao/8-servico-social/857-a-atuacao-do-assistente-social-no-processo-de-morte-e-morrer

Mabtum, M.; Marcheto, P. (2015). *O debate bioético e jurídico sobre as diretivas antecipadas de vontade.* Editora UNESP. https://books.scielo.org/id/qdy26

Machado, L. (2022). Luto. *Saúde bem-estar*. https://www.saudebemestar.pt/pt/blog/psicologia/luto/

Maranhão, J. L. S. (1985). *O que é a morte?*. Editora Brasiliense.

Martins, A. (2012). 70 anos de formação em Serviço Social em tempos de ditadura e de democracia: da Escola Normal Social ao Instituto Superior Miguel Torga. *Interações: Sociedade e as Novas Modernidades, 17,* 21-44. https://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/view/314/326

Martínez S., Encarnación Mª., & Siles González, José. (2010). Luto numa casa de repouso versus no ambiente familiar. *Gerokomos*, *21*(2), 62-65. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2010000200003

Matias, M. S. (2023). *O impacto da morte dos utentes nos/as Assistentes Sociais, em contexto laboral: estudo comparativo entre as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas dos concelhos de Vagos e Mira e as Unidades de Cuidados Paliativos da Região Centro.* [Dissertação de mestrado, IPV - Escola Superior de Tecnologia e Gestão de Lamego]. Repositório Científico do IPV. http://hdl.handle.net/10400.19/7773

Melo, C. V. (2004a). *O significado da morte nas diferentes etapas da vida humana.* [Dissertação de mestrado, UNICEUB – Centro Universitário de Brasília]. Repositório do CEUB. https://repositorio.uniceub.br/jspui/handle/123456789/2928

Melo, A. R. P. P. (2004b). O *processo de luto: o inevitável percurso face a inevitabilidade da morte*. Integra Psicoterapia. http://pt.scribd.com/doc/53358425/Luto#scribd

Monteiro, A. P. (2019). Das incapacidades ao maior acompanhado: Breve apresentação da lei n.º49/2018. In J.M.S.Miguel., P. A. P. Guerra & L. M. C. S. Pereira (Coords.), O novo regime jurídico do maior acompanhado (Cap.1, pp. 23-38). Centro de Estudos Judiciários. https://cej.justica.gov.pt/LinkClick.aspx?fileticket=_nsidISl_rE%3D&portalid=30

Nata, G. & Menezes, I. (2010). Ciclos de vida e atitudes perante a vida: satisfação com a vida, religiosidade e redes de relações sociais. In J. M. Pais & V. S. Ferreira (Org.), *Tempos e Transições de vida: Portugal ao Espelho da Europa* (Cap. 6, pp. 225-254). Imprensa de Ciências Sociais.

Neto, J. A. C., Ferreira, R. E., Silva, N. C. S., Delgado, A. H. A., Tabet, C. G., Almeida, G. G. & Vieira, I. F. (2015). Testamento Vital: o que pensam profissionais de saúde?. *Revista Bioética*, 23(3), 572-582. https://www.scielo.br/j/bioet/a/ZS7ghnfbMX9gXf7xY4Bn6vD/?format=pdf&lang=pt

Nunes, L.; Renaud, M. O. S.; Almeida, R. (2010). Memorando sobre os projetos de lei relativos às declarações antecipadas de vontade. *Conselho Nacional de Ética para as Ciências da vida*

https://www.cnecv.pt/pt/pareceres/memorando?download_document=3114&token=edcbd113a0bddd30a5ea05855aa4d2ba

NHSIQ. (2017).The route to sucess in end of life care: achieving quality for social work. *The college of social work*, pp. 1-43.https://www.england.nhs.uk/improvement-hub/wp-content/uploads/sites/44/2017/11/route-to-success-social-work.pdf

Organização Internacional do Trabalho. (2018). *Prestação de cuidados: Trabalho e profissões para o futuro do trabalho digno. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---europe/---ro-geneva/---ilo-lisbon/documents/publication/wcms_767811.pdf*

Pereira, A. G. D. (2014). Diretivas Antecipadas de Vontade em Portugal. *Revista Julgar* http://julgar.pt/diretivas-antecipadas-de-vontade-em-portugal/

Pereira, C. M. F. R. (2012). *O luto por perda de expetativa de afeto: o conhecimento dos profissionais de IPI*. [Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro]. https://ria.ua.pt/bitstream/10773/10428/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf

Perrin, N. & Polowy, J. (2008). *The role of the social worker in the long-term care facility*. https://health.mo.gov/seniors/ombudsman/pdf/RoleLTCsocialworker.pdf

Phillipson, C. (2008). Authoring aging: Personal and social constructions. *Journal of Aging Studies*, 22(2), 163-168. https://doi.org/10.1016/j.jaging.2007.12.007

PORDATA (2023). *Óbitos de residentes em Portugal: total e por faixa etária*. https://www.pordata.pt/en/portugal/deaths+of+residents+in+portugal+total+and+by+age+group-3495

Procuradoria-Geral Distrital de Lisboa (2018). *Lei n.º 49/2018, de 14 de agosto: Regime Jurídico do Maior Acompanhado.* https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=2925&tabela=leis&nversao=

Procuradoria-Geral Distrital de Lisboa (2012). *Lei n.º 25/2012, de 16 de julho: Regime das Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) – Testamento Vital.* https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1765&tabela=leis&so_miolo=

Ribeiro, A. M. P. (2020). *A importância da Avaliação Multidimensional no Regime Jurídico do Maior Acompanhado*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Serviço Social do Porto]. Repositório Comum. https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/34728

Rodrigues, A. R. S. (2017). *Estudo do Regime das Diretivas Antecipadas de Vontade em Portugal na ótica dos profissionais de saúde*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Nova de Lisboa]. Repositório da UL. https://run.unl.pt/handle/10362/32133

Sampaio, M. C. B. C. (2016). Regime Jurídico das Incapacidades: Novo Instituto para a Proteção dos Idosos. *Revista Julgar*, pp. 1-24.https://julgar.pt/wp-content/uploads/2016/12/20161209-ARTIGO-JULGAR-Regime-Jur%C3%ADdico-das-Incapacidades-Novo-Regime-para-a-Prote%C3%A7%C3%A3o-dos-Idosos-Concei%C3%A7%C3%A3o-Sampaio.pdf

Santos, I., & Clos, A. C. (1998). Pesquisa quantitativa e metodologia. In J. H. M. Gauthier, I. E. Cabral, I. Santos, & C. M. M. Tavares, Pesquisa em enfermagem: novas metodologias aplicadas (pp. 1-17). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan

Santos, S. M. V. (2021). *A mudança de paradigma e o novo regime do maior acompanhado*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório UCP https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/35092/1/Sofia%20Ventura%20Santos.pdf

Segurança Social (2017, setembro, 25). *Guia Prático: Apoios Sociais – Pessoas Idosas.* https://www.segsocial.pt/documents/10152/27202/N35_apoios_sociais_idosos/638b6f1a-61f6-4302-bec3-5b28923276cb

Segurança Social (2023). *Morte*.https://www.seg-social.pt/morte

Serafim, F. M. M. P. (2007). *Promoção do bem estar global na população sénior: Práticas de intervenção e desenvolvimento de atividades físicas*. [Dissertação de Mestrado UA – Universidade do Algarve]. Repositório da UA.

https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/659/7/3.Envelhecimento%20demogr%C3%A1fico.pdf

Serra-Simões, D. (2019). Direção Técnica de Instituições de Solidariedade Social, áreas de atuação e percepção de competências. Um estudo na Região Centro de Portugal. *Trabajo Social Global – Global Social Work*, 9(16), 69-86. https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7043664.pdf

Serviço Nacional de Saúde (2017). Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf

Serviço Nacional de Saúde (2023). *Notícias: RENTEV assinala 9 anos a registar testamentos vitais*. https://www.spms.min-saude.pt/2023/07/rentev-assinala-9-anos-a-registar-testamentos-vitais/

Serviço Nacional de Saúde (s.d.). *Registo Nacional do Testamento Vital*. https://www.spms.min-saude.pt/2015/06/rentev-2/

Silva, C., Crippa, A., Bonhemberger, M. (2021). Diretivas antecipadas de vontade: busca pela autonomia do paciente. *Revista Bioética*, 29(4), 688-696. https://doi.org/10.1590/1983-80422021294502

Silva, S. H. (2013). Diretivas Antecipadas de Vontade: análise prospectiva. [Dissertação da pós-graduação, UL – Universidade de Lisboa] Repositório da UL.https://portal.oa.pt/media/130296/sandra-horta-e-silva_revista-da-ordem-dos-advogados-2016-17.pdf

Silva, J. A. (2019). *Serviço Social e Cuidados Paliativos em Oncologia: Estratégias de Intervenção nos cuidados no fim da vida.* [Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Vale do São Francisco]. Repositório da UFVSF. https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1006638

Sobreiro, V. L. A. (2009). *Sou tudo e não sou nada: as funções de director técnico nos organismos de apoio social a crianças e idosos no concelho de Caldas da Rainha*. [Dissertação de mestrado, ISCSP - Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas]. Repositório da UL. https://www.repository.utl.pt/handle/10400.5/3012

Sousa, S. P. V. (2019). *Intervenção no processo de luto em Portugal pelas equipas dos cuidados paliativos.* [Dissertação de mestrado, UCP - Universidade Católica Portuguesa]. Repositório da UCP https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/36722

Viana, M. S. C. (2020). *O regime jurídico do maior acompanhado: desafios, potencialidades e constrangimentos.* [Dissertação de Mestrado, UM – Universidade do Minho]. Repositório da UM. https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/74361.

Worden, J. (1991). *Grief Counseling and Grief Therapy. A Handbook for the Mental Health Practitioner* (2nd ed.). Routledge.