

Emmanuelle Fonseca Daltro

lelledaltro@msn.com

Doutoranda em Administração, na área de Tecnologia, Inovação e Competitividade, pela Escola de Administração da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Mestre em Desenvolvimento e Gestão Social pelo Centro Interdisciplinar de Desenvolvimento e Gestão Social da UFBA (CIAGS) e Bacharel em Enfermagem pela Universidade Estadual de Santa Cruz. Exerce o cargo efetivo de Auditora em Saúde Pública na Secretaria Municipal de Saúde de Santo Antônio de Jesus (BA) e é Professora na Faculdade Maria Milza e na Faculdade Santa Cruz (UNIESC). É pesquisadora do Núcleo de Política e Administração em Ciência e Tecnologia da UFBA (NACIT) e preceptora do PET-Saúde GraduaSUS no grupo do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Tem experiência e interesse nos temas relativos à gestão de políticas públicas, relações público-privadas para a provisão de serviços públicos, Tecnologias da Informação e Comunicação no setor público e mídias sociais.

Faculdade Adventista da Bahia

BR 101, Km 197 – Caixa Postal 18 – Capoeiruçu - CEP: 44300-000 - Cachoeira, BA

Caderno de Educação e Cultura 2017
Caderno Especial

INTERCULTURALIDADE E INTERNACIONALIZAÇÃO A SERVIÇO DA FORMAÇÃO DO MESTRE EM GESTÃO SOCIAL: UM RELATO DA EXPERIÊNCIA DE RESIDÊNCIA SOCIAL EM PORTUGAL

RESUMO

Dentre as atividades obrigatórias do Mestrado Multidisciplinar e Profissionalizante em Desenvolvimento e Gestão Social proposto pelo Centro Interdisciplinar de Desenvolvimento e Gestão Social da Universidade Federal da Bahia, encontra-se a Residência Social, uma metodologia inovadora, desenvolvida por Fischer (2001), que instaura uma nova relação entre universidade e comunidade, complementando a formação acadêmica do estudante com uma vivência prática intensiva. Este relato, em primeira pessoa e repleto de subjetividades, visa apresentar a experiência da autora na sua Residência Social, realizada em Portugal, descrevendo, dentre outros pontos, os principais achados no âmbito da participação de instituições não governamentais na prestação de serviços de saúde em cooperação com o governo português.

Palavras-chave:

Residência Social. Interculturalidade. Internacionalização. Saúde. Cooperação.

1. INTRODUÇÃO

O Mestrado Multidisciplinar e Profissionalizante em Desenvolvimento e Gestão Social, proposto pelo Centro Interdisciplinar de Desenvolvimento e Gestão Social (CIAGS), da Universidade Federal da Bahia, trata-se de um curso inovador fruto do desenvolvimento e testagem de vários modelos de formação em gestão social, que articula disciplinas, universidade e sociedade, atividades de ensino, pesquisa e extensão. O perfil dos estudantes do curso é de pessoas que exerçam ou tenham potencial para exercer liderança na gestão do desenvolvimento social de territórios.

DALTRO, Emmanuelle Fonseca Marinho de Anias. **Interculturalidade e internacionalização a serviço da formação do mestre em gestão social: um relato da experiência de residência social em Portugal.** *Revista Formadores - Vivências e Estudos, Cachoeira - Bahia, v. 10, n. 5, p. 101 - 114, nov. 2017.*

Dentre as atividades obrigatórias do Mestrado Multidisciplinar e Profissionalizante em Desenvolvimento e Gestão Social, encontra-se a Residência Social (RS). Com carga horária mínima de 160 horas, a metodologia inovadora, desenvolvida por Fischer (2001), instaura uma nova relação entre universidade e comunidade, complementando a formação acadêmica do estudante com uma vivência prática intensiva (de Brito & Oliveira, 2015; de Menezes Ettinger, 2015; Schommer & França Filho, 2010). Tal atividade deve ser desenvolvida, prioritariamente, no exterior, em instituições cuja observação agregue conhecimento à dissertação do mestrando. Para Boullosa & Barreto (2010), durante a Residência Social, é possibilitado ao aluno 'situar-se' num contexto de ação no qual os espaços de reconhecimento, integração e construção de velhas e novas competências e saberes profissionais e pessoais são alargados.

Deste modo, considerando que o meu campo de estudo é a saúde e que meu trabalho de pesquisa visou contribuir para o conhecimento da administração pública brasileira no âmbito das políticas públicas de saúde, com ênfase na avaliação do desempenho das instituições integrantes do Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde, realizei a Residência Social em Portugal, entre os dias 28/04 e 25/05/2013, quando fui acolhida pela Cooperativa António Sérgio para Economia Social (CASES) e visitei algumas organizações do setor de economia social, em especial as Misericórdias Portuguesas, observando aspectos gerenciais passíveis de serem agregados às coirmãs brasileiras para elevação do desempenho.

Este relato, em primeira pessoa e repleto de subjetividades, visa apresentar a experiência de minha Residência Social, descrevendo, dentre outros pontos, os principais achados no âmbito da participação de instituições não governamentais na prestação de serviços de saúde em cooperação com o governo português. Além desta introdução, o texto encontra-se organizado em mais três partes, a primeira delas contém informações sobre a instituição acolhedora, seguida da descrição das atividades realizadas e, por fim, algumas notas poéticas sobre o estranhamento. Espero que este trabalho contribua para os estudos sobre inovação e criatividade no ensino superior, sobretudo no que se refere ao ensino e aprendizagem em gestão social.

2. CASES: A CASA DA ECONOMIA SOCIAL EM PORTUGAL

A Cooperativa António Sérgio para Economia Social (CASES) é um modelo inovador de cooperativa de serviços que veio a substituir o Instituto Antônio Sérgio de Economia Social, este último um órgão da Administração Pública Indireta do Governo de Portugal extinto nos anos 2000.

Juridicamente, a CASES é uma "Cooperativa de interesse público" que tem o objetivo de promover o fortalecimento do setor de economia social e o aprofundando da cooperação entre o Estado e as organizações que o integram. Em 2013, o capital social da CASES era de 302 mil Euros, dos quais 200 mil foram integralizados pelo Estado e o restante integralizado em partes iguais pelas seguintes entidades: Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Local (ANIMAR); Confederação Cooperativa Portuguesa (CCRL – CONFECOOP); Confederação Nacional das Cooperativas Agrícolas e do Crédito Agrícola de Portugal (CCRL – CONFAGRI); Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade (CNIS); União das Misericórdias Portuguesas (UMP) e

União das Mutualidades Portuguesas (UMP).

O estatuto da CASES possibilita a integração de outras instituições afeitas à economia social. Entretanto, a participação do Estado não poderá ser inferior a 60%. Os órgãos da CASES são a Assembleia Geral, a Direção e o Conselho Fiscal. É importante ressaltar que na Direção, a Presidência e a Vice-Presidência são indicadas pelo Governo.

Dentre as competências da CASES destacamos algumas por suas especificidades, a saber: promover e colaborar com as instituições representativas das várias organizações do sector da economia social, assim como com instituições públicas e privadas, na prestação de apoio técnico, nos domínios, fiscal, legal e financeiro; celebrar acordos de cooperação e protocolos com entidades públicas e privadas de âmbito nacional e internacional; emitir pareceres e pronunciar-se sobre propostas de legislação relativas ao sector da economia social; Colaborar com organismos oficiais ligados à estatística para a obtenção e fornecimento de dados de interesse mútuo referentes ao sector da economia social, promovendo um maior conhecimento do sector; fiscalizar a utilização da forma cooperativa, com respeito pelos princípios e normas relativos à sua constituição e funcionamento; emitir credencial comprovativa da legal constituição e regular funcionamento das cooperativas e credenciar as cooperativas e suas organizações de grau superior para os efeitos previstos na legislação cooperativa.

A escolha do meu lócus de Residência Social deu-se em função da participação da União das Misericórdias Portuguesas (UMP) como cooperada. O papel da UMP é, principalmente, reunir as demandas de cerca de 400 misericórdias existentes em Portugal, agrupa-las e tratar sobre elas junto ao Governo. Por meio da UMP foram agendadas as visitas de observação às instituições hospitalares mantidas pelas misericórdias em Portugal.

3. O PASSO A PASSO

“Caminante, son tus huellas
el camino, y nada más;
caminante, no hay camino,
se hace camino al andar (...).”
António Machado (1999)

O Plano de Trabalho da Residência Social foi elaborado e encaminhado para a CASES, juntamente com o Termo de Referência, cerca de dois meses antes do início da RS. Naquela época já havia a ideia de que o plano era um “mapa provisório” e, portanto, passível de sofrer ajustes durante o processo de execução.

Ao final das 160 horas de atividades da RS, é possível afirmar que o “mapa provisório” foi integralmente cumprido, levando-se em consideração pequenos ajustes feitos em função de restrições de acesso ou choque de agendamentos (ver quadro 1). Doravante passarei a

descrever as atividades realizadas, distribuídas nas quatro semanas de trabalho, com ênfase nas observações afeitas ao meu objeto de pesquisa. O material empírico acumulado por meio do estudo documental, observação participante e entrevistas permitirão a elaboração posterior de uma série de produtos técnicos científicos.

Plano de Trabalho para Residência Social		
Período	Atividades Previstas	Atividades Realizadas
Semana I 29/04 a 03/05/2013	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apresentação geral e discussão da agenda de trabalho com o representante institucional da CASES; ▪ Observação participante do ambiente organizacional da CASES; ▪ Apresentação do trabalho do Residente Social. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reunião com Diretor da CASES e colaboradores, apresentação geral e discussão da agenda de trabalho; ▪ Visita às instalações da CASES; ▪ Reunião com o Supervisor; ▪ Estudo sobre o Sistema de Saúde de Portugal; ▪ Estudo sobre a legislação da Economia Social, Mutualidades, Misericórdias e IPSS; ▪ Planejamento do Workshop; ▪ Visita ao Parlamento Português.
Semana II 06/05 a 10/05/2013	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Visita de campo (Organizações Não Governamentais); ▪ Visita aos espaços de articulação entre ONG e o Governo local. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Workshop sobre a Residência Social. Público alvo membros e funcionários da CASES; ▪ Visita à Clínica de São Cristóvão; ▪ Reunião com o Dr. João Salazar Leite.
Semana III 13/05 a 17/05/2013	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Visita de campo (Misericórdias); ▪ Visita aos espaços de articulação das Misericórdias Portuguesas com o Governo local (gestão da saúde) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Participação no Colóquio "Gestão, Saúde e Apoio Social: Qual o futuro?" na Santa Casa de Misericórdia Golegã; ▪ Participação do IX Encontro da FPAT sobre toxicodependência e envelhecimento; ▪ Reunião com o Dr. Márcio Borges na União das Misericórdias Portuguesas; ▪ Visita à OIT – Escritório Lisboa;
Semana IV 20/05 a 24/05/2013	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Análise e síntese da experiência; ▪ Reflexão sobre o diário de bordo; ▪ Esboço da sistematização da experiência; ▪ Esboço do artigo técnico. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Visita à Santa Casa de Misericórdia de Entroncamento; ▪ Entrevista com Inês Fortunato, projeto articulado com o Centro de Saúde Fernão Ferro; ▪ Workshop de Encerramento da RS com almoço na Associação de Cabo Verde.

Quadro 01: Comparativo entre atividades previstas e atividades realizadas na Residência Social

Fonte: Termo de Referência encaminhado para a CASES em 03/2013 e Plano de Trabalho atualizado em 24/05/2013.

3.1 Primeira semana: conhecendo a organização e estudando sobre a legislação das misericórdias e do sistema de saúde português

Na primeira semana concentraram-se as atividades de reconhecimento da organização acolhedora e de estudo sobre o Sistema de Saúde Português. A apresentação da CASES foi realizada a partir de uma reunião na qual participaram o Diretor da instituição, Dr. Eduardo Graça, e colaboradores envolvidos com as atividades da RS, seguida de uma visita guiada às instalações.

No que tange às providências operacionais deste primeiro momento, o Plano de Trabalho provisório foi discutido e ajustado com a Secretária Geral da CASES, Dra. Cátia Cohen, e, em seguida, o supervisor Dr. João Teixeira, jurista da CASES, me recebeu reservadamente para um diálogo acerca de meus interesses de pesquisa, oportunidade na qual tratamos sobre a provisão de serviços de saúde locais e sugestões de leituras técnicas.

O Sistema de Saúde Português tem suas bases calcadas na Constituição Portuguesa e na Lei de Bases da Saúde. O 64^a Artigo da Carta Magna Portuguesa reza que todos têm direito à proteção da saúde através de um serviço nacional de saúde universal e geral que leve em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito e com gestão descentralizada e participativa.

Para assegurar o direito à saúde cabe ao Estado Português garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação; garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde; orientar a sua acção para a socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos; disciplinar e fiscalizar as formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o serviço nacional de saúde, por forma a assegurar, nas instituições de saúde públicas e privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade; disciplinar e controlar a produção, a distribuição, a comercialização e o uso dos produtos químicos, biológicos e farmacêuticos e outros meios de tratamento e diagnóstico e estabelecer políticas de prevenção e tratamento da toxicodependência.

A Lei de Bases da Saúde dispõe sobre a responsabilização compartilhada entre os cidadãos, a sociedade e o Estado pela livre procura e prestação de cuidados de saúde, sendo os cidadãos os primeiros responsáveis pela sua própria saúde.

Tem-se que o sistema de saúde Português é constituído pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS) e por todas as entidades públicas, bem como todas as entidades privadas e profissionais livres que acordem com o SNS por meio de “contratos” firmados com o Ministério da Saúde ou com as administrações regionais. O Governo de Portugal é o responsável por definir a política de saúde, cabendo ao Ministério da Saúde propor tal definição e exercer funções de regulamentação, orientação, planeamento, avaliação e inspeção do Serviço Nacional de Saúde.

O SNS tem organização descentralizada em cinco Regiões de Saúde, sendo que em cada Região de Saúde há uma Administração Regional dotada de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira e patrimônio próprio (Baganha, & Pires, 2002).

A gestão dos hospitais e centros de saúde deve obedecer, na medida do possível, as regras da gestão empresarial, sendo que a lei poderá permitir a realização de experiências inovadoras de gestão, submetidas a regras por ela fixadas. Poderá ser, por meio de lei, autorizada a entrega, através de contratos de gestão, de hospitais ou centros de saúde do SNS a outras entidades ou, em regime de convenção, a grupos de médicos. A lei poderá ainda prever a criação de unidades de saúde com natureza de sociedades anónimas de capitais públicos.

O Estado deixa claro o apoio ao desenvolvimento do setor privado de cuidados de saúde em função das vantagens sociais decorrentes. O apoio poderá ser feito mediante facilitação da mobilidade de pessoal do SNS para o setor privado e ainda concessão de incentivos à criação de unidades privadas.

Dentre as instituições do setor privado, as instituições de solidariedade social com objetivos de saúde gozam de maiores possibilidades de incentivos, inclusive podendo ser subsidiadas financeiramente e apoiados tecnicamente pelo Estado e pelas autarquias locais. Tais instituições estão sujeitas à orientação e inspeção do Ministério da Saúde sem prejuízo da independência de gestão estabelecida na Constituição e na sua legislação própria.

Neste cenário, as Irmandades da Misericórdia ou Santas Casas da Misericórdia, associações constituídas na ordem jurídica canónica com o objetivo de satisfazer carências sociais e de praticar atos de culto católico, de harmonia com o seu espírito tradicional, informado pelos princípios de doutrina e moral cristãs, despontam como potenciais colaboradoras do SNS.

Ainda nesta primeira semana, fui ao Parlamento Português com o intuito de acompanhar a votação acerca dos Projetos de Resolução nº 680/XII/2ª (BE) e nº 698/XII/2ª (PCP) que recomendam ao Governo a manutenção da gestão pública dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde cujos edifícios pertencem às Misericórdias. Muito embora ambos projetos não tenham sido aprovados, a experiência vivida foi significativa para a RS.

Foram quase duas horas de espera para entrar no Palácio São Bento. Sede do Parlamento de Portugal, desde 1834, o enorme edifício de estilo neoclássico, está situado em Lisboa e foi construído em finais do século XVI como mosteiro beneditino. Na fila, além de nós, jovens estudantes e muitos idosos esperavam, de pé e ao sol, pelo ingresso no Palácio. Aquela situação esdrúxula me chamou atenção: em plena Europa, onde o envelhecimento populacional há tempo é ponto de agenda política, aqueles senhores e senhoras estavam a passar por um enorme constrangimento.

Conversando com alguns presentes, descobri que os que ali estavam integravam a Associação dos Aposentados, Pensionistas e Reformados (APRe) e foram ao Parlamento para acompanhar a votação de uma Petição apresentada pela referida associação acerca dos cortes advindos das reformas empreendidas a partir da crise financeira que assola toda a Europa.



Figura 1: Membros da APRe

Fonte: Arquivo pessoal da autora

Muito lentamente, cada um de nós passou por um rígido esquema de segurança que incluía retenção dos pertences (bolsas, celulares, câmeras, etc.) e inspeção por detectores de metais. Esta medida visa reduzir o risco de violência e manifestações envolvendo arremesso de objetos. Em determinado momento, ouvi de um dos manifestantes a seguinte frase: “Meu cuspe ele não irá tirar: eu cuspo!”.

A área reservada aos visitantes fica no pavimento superior do salão da Assembleia, sendo necessário subir muitos lances de escada. Fiquei no mesmo setor dos idosos que aguardavam a votação da matéria.

Uma parlamentar do Bloco da Esquerda (BE) apresentou a Petição e acusou o Estado de quebrar o contrato estabelecido com os reformados (aposentados) que ao longo de anos de trabalho recolheram contribuições esperando o retorno ao final da vida laborativa. Tais reformados, segundo ela, estão a ver seus recursos encolherem cada vez mais. Da parte dos “governistas” um Deputado apresentou réplica à acusação alegando que, no contexto de crise em que o país se encontra é legítimo que o Estado adote medidas redistributivas austeras.

A petição não fora aprovada. Então, os idosos manifestantes levantaram-se e entoaram em protesto a “Grândola, Vila Morena”, hino da Revolução dos Cravos de 1974, ao passo que abriram os casacos deixando à mostra uma camiseta preta onde se lia: “APRe! Não somos descartáveis”. Gritavam também como palavra de ordem: “Somos credores do Estado!”.

Dado a manifestação, expressamente proibida pelas regras da casa, todos foram “gentilmente” convidados a sair pela Polícia do Parlamento. Os jovens estudantes, futura geração de trabalhadores contribuintes, que, como eu, também visitavam o Palácio de São Bento, assistiram “de camarote” aquele ato tão pacífico e ao mesmo tempo tão forte. Neste cenário, eu, estrangeira, chorei de emoção e deixei o local bastante reflexiva.

3.2 Segunda semana: integração e imersão

Sob o título “Residência Social: Interculturalidade e Internacionalização à serviço da formação do Gestor Social”, foi realizado, por mim e mais duas colegas mestrandas, um Workshop objetivando contextualizar a Residência Social (RS) para colaboradores da CASES. Na oportunidade, alguns participantes sugeriram leituras pertinentes aos temas de pesquisa e fizeram observações acerca da realidade portuguesa e europeia.

Conforme aponta Freitas e Dantas (2014), “um estrangeiro começa a se reconhecer pelo que ele não é, mas aos poucos ele sente a necessidade de apresentar-se, dizer de onde veio e o que faz ali [...] Já não se é mais um mero caso administrativo. Já não se é mais invisível!”. Coadunando com o pensamento dos autores, percebemos que após o Workshop, houve uma maior interação entre os residentes e os profissionais da CASES que se tornaram ainda mais receptivos e colaborativos para atividades da RS.

No dia posterior ao Workshop aconteceu uma “reunião-aula” sobre cooperativismo com o Dr. João Salazar Leite, responsável pelo setor de Relações Institucionais da CASES. O técnico discorreu sobre o histórico da economia social na Europa e sobre as questões atuais que têm contribuído para a retomada do crescimento do cooperativismo no velho continente. Falou sobre a necessidade de as instituições de economia social ganharem espaço na agenda política e social por meio da articulação em rede: “o problema da economia social é a falta de afirmação”, disse ele. Ao longo da explanação ocorreram-me ideias sobre a aplicação dos princípios cooperativistas para congregar as diversas pequenas entidades que prestam serviços de saúde no interior da Bahia, onde resido, que por sua diminuta escala não têm poder de barganha ou voz política.

Nesta segunda semana realizei, ainda, uma visita à Clínica de São Cristóvão - Associação de Socorros Mútuos de Empregados no Comércio de Lisboa, uma Instituição Particular de Solidariedade Social, fundada a 12 de abril de 1872, que se rege pela legislação especial aplicável às Associações Mutualistas. Com cerca de 20 mil associados, a referida associação é dotada de patrimônio próprio, onde tem sediados todos os seus serviços, que ocupam uma área coberta de oito mil metros quadrados, atendendo diariamente, em média, mais de 1.500 pessoas.

Dentre os serviços oferecidos pela Clínica de São Cristóvão (CSC), me chamou atenção a Residência Medicalizada. Trata-se de um serviço de internação que se assemelha a um “Lar dos Idosos”, entretanto, com a oferta de serviços de saúde em tempo integral. Observamos, em especial, os espaços de convivência (sala de estar e jardim) os quais têm ambiência específica para acomodar idosos. Os idosos que usufruem dos serviços da Residência Medicalizada também realizam atividades externas acompanhados de profissionais das CSC.

Quanto às estruturas de gestão, observei que a CSC tem protocolo firmado com o Serviço Nacional de Saúde e com outras organizações. Com uma gestão moderna, a CSC conta com serviços de nutrição e análises clínicas terceirizados, têm no quadro de direção, profissionais com formação específica em gestão, prezam pela escuta dos usuários visando auferir a qualidade dos serviços prestados e possuem inovações com vistas a alcançar maior eficiência, tais como captação de

energia solar e sistema de gestão hospitalar informatizado.

3.3 Terceira semana: gestão, saúde e apoio social, qual o futuro?

Na terceira semana de trabalho visitei Golegã, uma vila portuguesa pertencente ao Distrito de Santarém com aproximadamente quatro mil habitantes, com o objetivo de participar do “Colóquio Gestão, Saúde e Apoio Social: Qual o Futuro?”, realizado pela Santa Casa Misericórdia de Golegã em parceria com a Escola Superior de Gestão de Tomar.

Para além das brilhantes apresentações feitas por profissionais das áreas de gestão da saúde e do setor social, pude observar, durante o evento, o Lar de Idosos Dr. Rodrigo da Cunha Franco e as Residências Nossa Senhora das Misericórdias. Estas últimas com um conceito diferenciado de instituição de apoio social para idosos, reproduzindo um “condomínio” no qual os residentes podem desfrutar de privacidade e exercer sua autonomia. Na oportunidade, conheci o Dr. Mariano Cabaço, representante da União das Misericórdias Portuguesas, o qual tratou conosco sobre o perfil das misericórdias portuguesas.

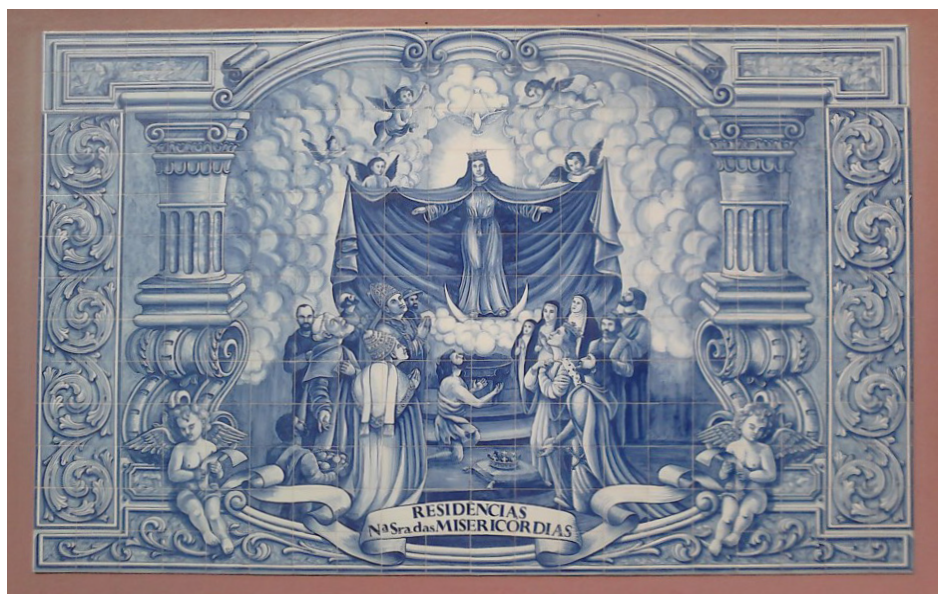


Figura 2: Painel de Azulejos na entrada das Residências Nossa Senhora das Misericórdias

Fonte: Arquivo pessoal da autora (2016)

Ainda nesta profícua semana, participei do IX Encontro FPAT - Toxicodependência, Envelhecimento, Exclusão e Relações Intergeracionais que tratou sobre Toxicodependência, Envelhecimento, Exclusão e Relações Intergeracionais, realizado na Fundação Luso Americana para o Desenvolvimento, localizada na Lapa. Professores pesquisadores de diversas instituições de ensino e dirigentes de instituições de apoio social a exemplo da Cruz Vermelha, Caritas e Misericórdias palestraram no evento apresentando valiosas contribuições para a compreensão do tema proposto.

Para a Dra. Maria Helena Paes, Diretora da FPAT, o idoso toxicodependente está mais propenso ao isolamento e a infecções. Além da idade cronológica, há de se considerar a idade biológica dos usuários de substâncias psicoativas, pois, segundo ela, um toxicodependente de 40 anos demanda de cuidados semelhantes a um indivíduo de 60 anos.

Neste sentido, a Dra. Marta Gonçalves, Investigadora do Centro de Investigação e Intervenção Social (CIS/IUL), afirmou que apostar na prevenção é uma aposta acertada e que se deve trabalhar no terreno da ciência e política enquanto indivíduo, família e sociedade. A oradora ainda discorreu sobre a importância de tratar, neste ano que precede o ano internacional da família, temas como o combate à pobreza, a conciliação trabalho/família e os conflitos intergeracionais. Seguiram-se as falas da Dra. Sara Carvalho, que focou na dicotomia planejamento versus operacionalização de políticas de prevenção e combate às drogas e da Dra. Suzana Ramos, que abordou a transversalidade de temáticas que tangem a toxicodependência.

Na primeira Mesa Redonda o Dr. Luís Vasconcelos trouxe para reflexão o conceito de crise por meio da explanação de um caso teorizado pelo autor Phillippe Bourgois. Ainda nesta mesa fomos brindados com a exposição do Dr. Luís Patrício que problematizou a existência de incontáveis substâncias psicoativas e na mais valia de educar as pessoas para o uso adequado e prevenção do abuso de tais substâncias. Para Patrício, conhecer a natureza das substâncias psicoativas (estimulantes, perturbadoras e sedativas) é importante para planejar a abordagem do consumidor.

Na segunda Mesa Redonda, que tratou sobre a vulnerabilidade, a Dra. Maria Conceição Sotto Mayor conceituou a vulnerabilidade como “uma predisposição individual para apresentar resultados negativos no desenvolvimento” e tratou sobre aspectos comportamentais dos consumidores de substâncias psicoativas, a saber, compulsão, obsessão e tolerância à substância.

A terceira Mesa abordou com sensibilidade os problemas de consumo e nos desafiou a “tirar a venda dos olhos” quanto ao uso de substâncias psicoativas entre os idosos.

Na quarta e última Mesa, da qual participaram representantes da Caritas e da Misericórdia de Amadora, foram apresentados trabalhos na área de apoio social ao cidadão usuários de substâncias psicoativas. Nesta mesma Mesa a Dra. Florbela Ferreira falou sobre o trabalho de apoio a usuários dentro do sistema prisional português.

Finalizando o agendamento da semana, visitamos a União das Misericórdias Portuguesas (UMP), onde fomos recebidas pelo Dr. Marcio Borges. Por aproximadamente duas horas conversamos sobre as Misericórdias Portuguesas, instituições tradicionais da sociedade lusitana calcadas nos princípios da fé e da solidariedade cristã.

Segundo o anfitrião, existe em Portugal cerca de 400 Misericórdias e a maioria delas respondem às demandas do setor social. Entretanto, é fato relevante que as Misericórdias têm um histórico de serviços no setor saúde, anterior a 25 de abril de 1974, quando então o setor saúde foi “nacionalizado”, passando os hospitais para a gestão do Governo e ficando as Misericórdias predominantemente a trabalhar com Lares de Idosos.

Ocorre que, por questões do envelhecimento populacional e aumento da expectativa de vida, tem-se que os idosos, cada vez mais, demandam por serviços de saúde que por aqui foram

enquadrados como “cuidados continuados” e as Misericórdias estão a celebrarem acordos com o Serviço Nacional de Saúde para dar esta resposta social, retomando então os antigos laços com o setor saúde. Logicamente, nem todas as Misericórdias estão a credenciar-se para prestar este tipo de resposta, sendo as que anteriormente a 25 de abril mantinham hospitais são as mais interessadas.

Questionei ao Dr. Márcio sobre aspectos da gestão das Misericórdias e este, deixando sempre claro a autonomia de cada uma das instituições quanto à condução dos processos de gestão e gerência, falou-nos sobre a profissionalização da direção das Misericórdias, sobretudo naquelas de maior porte e maior volume de serviços. O entrevistado relatou que a observação direta permite afirmar que o desempenho das instituições que contam com a figura do Diretor Geral e Diretor Técnico, com permanência integral, apresentam maior desempenho e refletiu sobre a tendência crescente da profissionalização da gestão das Misericórdias. Disse que a maioria dos Diretores Gerais tem formação na área de gestão.

Sobre a captação e gestão de Recursos Humanos, Dr. Márcio retomou a questão da autonomia e disse que várias modalidades são observadas. A indicação de indivíduos da rede de conhecimento dos colaboradores é, por vezes, utilizada, entretanto, nas unidades com gestão mais profissionalizada, tem-se observado processos seletivos.

Sobre a utilização de tecnologia da informação e comunicação para gestão das Misericórdias, ocorre o mesmo quanto á gestão de RH. As unidades mais profissionalizadas contam com soluções tecnológicas de informação mais avançadas.

Quanto à “terceirização” de serviços pelas Misericórdias, o entrevistado afirmou que no âmbito da UMP existe o credenciamento de empresas visando reduzir custos, a exemplo dos serviços de alimentação e cuidados com roupas e que os associados, por iniciativa própria, podem aderir ou não.

Sobre o papel da UMP junto às Misericórdias associadas, o Dr. Márcio falou que existem organizações regionais das Misericórdias que reúnem demandas e encaminham para o órgão central – UMP- que fica responsável por agrupa-las e tratar sobre elas junto ao Governo. Geralmente as demandas são afetas a legislação e regulamentação das Misericórdias.

Importante relatar que, muito embora não seja objeto de minha pesquisa, fiquei especialmente interessada em aprofundar o estudo sobre as respostas sociais para os idosos no âmbito do setor social. Os serviços domiciliares, em especial, são novidades para nós brasileiros.

3.4 Quarta semana: santa casa de misericórdia de entroncamento e devolutiva dos resultados

Na quarta e última semana fui até Entroncamento conhecer a Santa Casa de Misericórdia local. A obra conta com três componentes a saber, um lar, uma unidade de cuidados continuados e um

hospital geral. Fui recebida pelo Provedor, o Sr. Manoel Fanha Vieira; pela Dra. Vera Araújo, Médica Responsável pela unidade de Cuidados Continuados e pelo Enfermeiro Antônio Nunes. Ao longo do dia pudemos observar o funcionamento das unidades e entrevistar diversos colaboradores.

Avalio a visita como um “*grand finale*” para as atividades da Residência Social pois a instituição reúne o esforço do Estado e da sociedade para responder a grandes demandas sociais e de saúde.

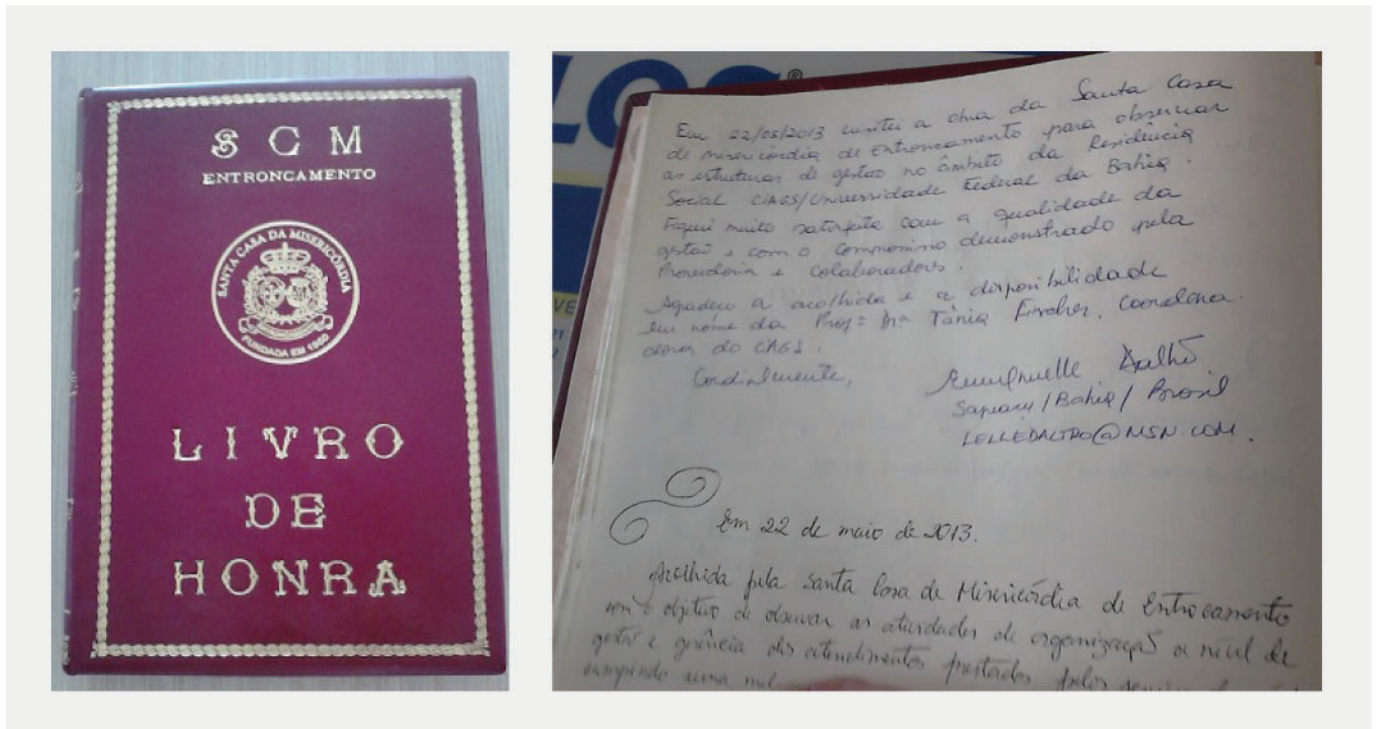


Figura 3: Registro no Livro de Honra da Santa Casa de Misericórdia de Entroncamento

Fonte: Arquivo pessoal da autora (2016)

No penúltimo dia da RS, já com um “cadinho” de saudade instalada, realizamos uma Roda de Conversas na qual apresentamos para os colegas da CASES nossas considerações finais. Foi um momento interessante onde pudemos compartilhar nossos resultados.

Residência Social

Imersão e cooperação, para além do academicismo!

Andrea Sestelo, Emmanuelle Daltro e Lídice Miranda, convidam os colaboradores da CASES para uma Roda de Conversa com o objetivo de partilhar os principais achados da Residência Social. Dia 23/05/2013 (quinta-feira), às 10h no Auditório da Cooperativa António Sérgio para Economia Social.



Figura 4: Convite para Roda de Conversa Final

Fonte: Arquivo pessoal da autora

4. O REENCONTRO NO ESTRANHAMENTO

Acreditamos que a experiência de ser estrangeiro varia não apenas de pessoa para pessoa como também em função das condições e das razões que o motivaram a essa inserção num território 'estranho' Freitas & Dantas (2014).

O dia do 60º aniversário de emancipação política de minha cidade natal marcou minha primeira viagem internacional. Depois de dias arrumando, desarrumando e re-arrumando as malas consegui finaliza-las a menos de 3 horas da partida. Despedi-me dos meus meninos e de minha e segui para o Aeroporto Internacional Luis Eduardo Magalhães, em Salvador, onde encontrei minhas companheiras de viagem, Lídice e Andrea. As lágrimas que foram poupadas junto aos meus filhos finalmente caíram quando vi Lara – a pequena de Andrea - despedir-se dela.

...

No 14º dia da Residência Social, chorei muitas vezes. Senti saudade dos meus na véspera do Dia das Mães no Brasil. Pra quem nunca esteve tão longe, é muita saudade...

A saudade de meu pai, do enorme amor que troco com ele por meio de conversas diárias. Muitas vezes sem abraços e beijos, mas com muita cumplicidade.

De minha mãe, de quem discordo tanto, mas que também amo tanto.

De minha irmã, única e muito amada irmã, junto com seus apêndices (rs).

De meu marido, amigo, companheiro, confidente: amor da minha vida!

De meu amado filho Ednaldo Neto. Impressionante como eu descobri a falta que este moleque abusado me faz!

Dos meus gêmeos, Tales e Mateus, tão pequeninos e expostos a uma ausência dessas (...) meu Deus, tomara que valha realmente a pena!

Descobri que quando nos permitimos sentir a falta que o outro faz, descobrimos que não somos apenas uma vida, mas muitas vidas entremeadas. Eu sou um pedaço de cada um dos que amo e a cola que me molda é a nossa convivência!

Sou estrangeira de mim mesma e estou a me descobrir.

O pessoal do CIAGS tem muita razão ao dizer que apenas no estranhamento a sensibilidade é a florada.

REFERÊNCIAS

Baganha, M. I., Ribeiro, J. S., & Pires, S. (2002). O sector da Saúde em Portugal. Funcionamento do sistema e caracterização sócio-profissional. *Policopiado, oficina do CES*, 1(182), 2-11.

Boullosa, R. F., & Barreto, M. L. S. (2010). A Residência Social como experiência de aprendizagem situada e significativa em cursos de gestão social e gestão pública. *NAU - Revista Eletrônica da Residência Social do CIAGS/UFBA*, Salvador, v.1, n.1, p. 181-202.

de Brito, B. R. P., & Oliveira, G. (2015). Residência Social em Angola: Traçando Caminhos, Enlaçando Parcerias e Afirmado Identidades. *Revista Interdisciplinar de Gestão Social*, 4(2).

de Menezes Ettinger, V. M. T. (2015). Líderes e Empreendedoras do Pacífico Colombiano: Cultura, Identidade e Associativismo. *Revista Interdisciplinar de Gestão Social*, 4(2).

Fischer, T. M. D. (2001). Projeto programa de desenvolvimento e gestão social. Edital MCT / FINEP 01/2001/12 – Fundo Verde – Amarelo. Salvador, UFBA / FAPEX.

Freitas, M. E., & Dantas, M. (2014). L'étranger dans le groupe: pont et porte de l'interculturel. In: Guenette, Mutabazi, Ottina e Pierre. (Org.). *Management Interculturel: Alterité et identités*. ed.Paris: L'Harmattan, v. 1, p. 523-531.

Schommer, P. C., & França Filho, G. C. (2010). A metodologia da Residência Social e a aprendizagem em comunidade de prática. *NAU - Revista Eletrônica da Residência Social do CIAGS/UFBA*, Salvador, v.1, n.1, p. 203-226.