

Potencialidades e constrangimentos no desenvolvimento de uma relação de ajuda em contexto do Rendimento Social de Inserção

Ana Rita Santos

Sofia Veiga¹

Escola Superior de Educação do Politécnico do Porto

RESUMO

Este artigo, partindo de um caso de relação de ajuda (RA) decorrido em contexto de acompanhamento a famílias beneficiárias da prestação do Rendimento Social de Inserção (RSI), pretende refletir sobre as potencialidades e os constrangimentos existentes nesta relação, espelhando o papel de cada interveniente. O caso analisado foi acompanhado no âmbito da prática profissional de uma das autoras deste artigo, sendo a informação apresentada pela mesma e analisada conjuntamente. Das principais reflexões despoletadas, considera-se que, apesar de existirem constrangimentos associados, numa abordagem colaborativa e holística, a intervenção beneficiou com o desenvolvimento de uma relação de ajuda, próxima e personalizada, recíproca e dialética. Assim, num ambiente contendor, de afetividade e de confiança, as pessoas foram coadjuvadas a reestabelecerem o seu equilíbrio e a progredir em prol de um maior empoderamento, autonomia e realização pessoal.

Palavras-chave: Rendimento Social de Inserção; Intervenção social; Relação de ajuda.

ABSTRACT

This article, starting from a case of a relationship of help that took place in the context of accompaniment to families benefiting from the Social Insertion Income, intends to reflect on the potentialities and constraints that can be observed in this reality, reflecting the role of each intervener. The analysed case was followed up in the scope of the professional practice of one of the authors of this article. The information was presented by her and both authors analysed it. Of the main reflections triggered, it is considered that, although there are associated constraints, in a collaborative and holistic approach, IHR intervention is considered to benefit from the development of close, personalized, reciprocal and dialectical help relationships. Thus, in a contented, affectionate and trusting environment, people were assisted in re-establishing their balance and progressing towards greater empowerment, autonomy and personal fulfilment.

Keywords: Social Insertion Income; Social Intervention; Helping relationship.

1. Introdução

O RSI é uma prestação social destinada a famílias em situação de risco e vulnerabilidade pessoal e social, e, não raras vezes, de pobreza extrema. Por vivenciarem múltiplos e persistentes desafios, de complexidade e de gravidade consideráveis, necessitam frequentemente de uma ajuda profissional que as coadjuve na superação dos mesmos, tendo em conta os seus recursos e potencialidades. O contexto de RSI, perspetivado para responder de forma integral e integrada às necessidades destas famílias, surge, amiúde, assente em lógicas institucionais estandardizadas e burocratizadas, que podem obstaculizar uma intervenção mais consentânea com a realidade de cada família em particular.

Considera-se então fundamental adequar a intervenção neste contexto, centrando a mesma nas pessoas, nas suas singularidades, necessidades e competências (Sousa, 2005), potenciando processos de resiliência e de

¹ Endereço de contacto: sofiaveiga@ese.ipp.pt

desenvolvimento para que trajetórias de risco sejam efetivamente e definitivamente interrompidas. É neste enquadramento que se evidencia a pertinência de se desenvolverem relações de ajuda profissionais, que enfatizem o valor positivo das pessoas e o seu papel ativo enquanto protagonistas da sua própria mudança. Através da relação, é potenciado “(...) o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, o melhor funcionamento e uma maior capacidade de enfrentar a vida (...) uma maior apreciação, uma maior expressão e uma utilização mais funcional dos recursos internos latentes” (Rogers, 1985, p. 43).

De seguida, apresentar-se-á um caso acompanhado ao longo de três anos, por uma Assistente Social (AS), coautora deste artigo e membro de uma equipa local de acompanhamento a famílias beneficiárias do RSI. Com o intuito de proteger a identidade dos intervenientes, os nomes dos mesmos serão alterados, bem como aspetos da sua história de vida.

A RA desenvolvida com uma Família... no âmbito do RSI

A família Silva procurou AS por se encontrar sem rendimentos e desejar requerer a prestação de RSI. Tratava-se de uma família nuclear com um filho menor. Ambos os progenitores eram desempregados de longa duração, já tendo excedidos os períodos de subsídio de desemprego e social de desemprego. Afirmavam ter dificuldade na reintegração profissional, devido ao baixo nível de escolaridade e a problemas de saúde. A D. Fátima (56 anos) sofria de depressão e dizia sentir-se esgotada. O Sr. Alfredo (56 anos) tinha desenvolvido uma psicose, fruto de consumos vários. Na altura do primeiro atendimento, ainda consumia haxixe e álcool em excesso. Para agravar a sua situação, resistia ao acompanhamento médico, faltando a consultas e não cumprindo a terapêutica medicamentosa. A sua instabilidade afetiva e comportamental dava azo a frequentes conflitos interpessoais, assim como a prejuízos em espaços públicos, o que provocava grande desgaste nas relações familiares.

Com este enquadramento, a AS optou por intervir de forma mais próxima junto deste senhor, sem perder, todavia, o contacto com a família e outras entidades. Este acompanhamento mais individualizado tinha como objetivo a edificação de uma relação de ajuda, com vista à melhoria do seu estado de saúde e, conseqüentemente, da situação sociofamiliar.

Assim, agendaram-se atendimentos quinzenais, permitindo, no entanto, que o Sr. Alfredo comparecesse no serviço sempre que sentisse necessidade. Nestes atendimentos, a AS procurava mostrar-se disponível e afável, o que lhe permitiu conquistar aos poucos a confiança do senhor. Sentindo-se acolhido, este passou a dirigir-se regularmente ao serviço, sem qualquer marcação. Por vezes, passava só para cumprimentar, outras vezes para conversar. Era-lhe dada liberdade para abordar os assuntos que mais lhe interessavam ou preocupavam.

Os encontros repetiam-se e a proximidade permitiu partilhas mais íntimas. Porque se sentia aceite e compreendido, falava espontaneamente sobre as situações que vivenciava no momento, o amor que sentia pela esposa e filhos, mas também sobre as dificuldades que viviam. Porque a confiança se havia instalado, gradualmente foi trazendo a sua história de vida. Lembrava, com tristeza, as vivências com a sua família de origem. De “menino” passou a “ovelha negra”, por ter desistido da escola precocemente e ter iniciado uma vida de consumos. Os roubos e agressões recorrentes levaram à rutura familiar. Sem o seu apoio, sentiu-se perdido. Naquela altura, em vindas ao norte do país, conheceu a esposa. Casou por amor, tendo decidido viver nesta região para se afastar da sua realidade habitual. Conseguiu deixar os consumos e contava com a retaguarda dos sogros. Foi empregado de mesa, tendo dessa atividade boas recordações. Teve dois filhos e a sua vida decorria com normalidade. Com as irmãs não tinha uma relação próxima, mas registava algumas visitas e contactos telefónicos.

Com o desemprego, o casal foi confrontado com múltiplas situações stressantes. O Sr. Alfredo começou a ter dificuldades em lidar com os outros e com os problemas, sendo evidente a sua parca resistência à frustração. Gradualmente foram emergindo sintomas que não compreendia (irritação, desespero, impaciência, confusões, alucinações, desajustes da realidade), tendo-lhe sido diagnosticada uma psicose e prescrita medicação. A desmotivação e inibição que sentia conduziram-no de novo aos consumos e ao agravamento progressivo da sua situação pessoal e familiar.

Pese embora os encontros regulares entre a AS e o Sr. Alfredo tivessem permitido a criação de uma relação próxima, essencial a uma partilha mais íntima e genuína, estes nem sempre foram fáceis. Quando consumia e se apresentava descompensado, maltratava tudo e todos. Nestes momentos, a equipa, que conhecia o caso,

procurava contê-lo. Quando se encontrava mais calmo, a AS procurava, sem julgamento, perceber o que lhe tinha acontecido. Mais tarde, devolveu-lhe com honestidade o impacto do seu comportamento nela. Quando o Sr. Alfredo se mostrava arrependido e até envergonhado, a AS aproveitava para o sensibilizar para a necessidade de efetuar um tratamento a fim de melhorar a sua vida e o seu relacionamento familiar. Acabou por aceder a realizar uma intervenção em ambulatório. Não obstante, as faltas às consultas eram constantes, por medo de ser internado e afastado da sua realidade familiar, à semelhança do que acontecera com a sua família de origem. Compreendendo o seu medo, a AS reasssegurou-o que não o abandonaria e disponibilizou-se para o acompanhar. Sentindo-se protegido, o Sr. Alfredo passou a comparecer às marcações. A medicação prescrita era inicialmente cumprida, mas rapidamente deixava de o ser. Os consumos de álcool e haxixe reiniciavam, voltando a descompensar. Em situações mais graves era internado, mas, quando tinha alta, a situação repetia-se.

Os encontros no serviço e no domicílio eram, nesta altura, frequentes. O Sr. Alfredo preferia no serviço, onde tinha mais privacidade. No entanto, os momentos com a família, sobretudo no domicílio, mostravam-se ricos, já que espelhavam as dinâmicas e as interações familiares, e era dada voz aos outros elementos da família. A esposa evidenciava não estar a suportar a situação, ponderando a separação, embora não o quisesse fazer. Face à gravidade da situação, o caso foi sinalizado ao Ministério Público, com vista a um internamento compulsivo. Todavia, a equipa de saúde dizia nada poder fazer, referindo “Tem que se aceitar a sua vontade”. Recusando esta sentença, a AS começou a sensibilizar o Sr. Alfredo para a necessidade de integrar uma comunidade terapêutica (CT), esclarecendo-o sobre o seu funcionamento e vantagens. Nesta fase, havia já uma relação de cumplicidade partilhada, pelo que a profissional sentiu que o deveria confrontar com o afastamento e a perda iminente da família, caso continuasse a recusar o internamento.

Com o passar dos dias, agravavam-se as discussões, conflitos e agressões. Por se sentir esgotada e pelo facto de os problemas escolares do filho mais novo se terem agravado, a D. Fátima decidiu que iria expulsar o marido de casa. A AS contactou então as irmãs, assim como o filho mais velho, mas nenhum manifestou interesse em apoiar ou acolher o familiar. Contactou, ainda, a médica de família, a psiquiatra e a AS do Agrupamento de Centros de Saúde da sua localidade. Mas, mais uma vez, o discurso era de que nada poderia ser feito.

Nesta fase, o Sr. Alfredo comparecia frequentemente exaltado no serviço de RSI. Acalmava com a presença da AS, que se mostrava disponível para o escutar e com ele conversar. Num destes dias, chegou ainda mais perturbado, contando que tinha agredido o filho mais novo e este lhe tinha devolvido a agressão. Revoltado, atirou coisas pela janela, causando estragos nesta, em quem passava e nos carros estacionados. Estes comportamentos, assim como a evidência de pensamentos persecutórios, levaram a profissional a contactar novamente a delegação de saúde, sendo que a mesma já tinha conhecimento da situação e agilizado, em conjunto com a unidade local de psiquiatria, uma visita domiciliária. Por terem encontrado o sujeito muito alterado, foi decretado, por fim, o seu internamento compulsivo e, pela primeira vez, foi realizado um trabalho articulado entre os profissionais envolvidos.

A AS mantinha, entretanto, contacto com a família - nuclear e alargada - que, nesta fase, rejeitava o acolhimento do Sr. Alfredo, mesmo que este tivesse alta. Por se encontrar sem retaguarda familiar, sem casa e a necessitar de cuidados médicos, a profissional alertou-o para a necessidade de ingressar numa CT. No hospital expuseram-lhe as alternativas. Por confiar na AS, nada decidiu sem com ela conversar. No encontro que tiveram, Sr. Alfredo agradeceu a sua dedicação e apoio, pediu-lhe desculpa por todos os incidentes em que estava fora de si, pois não a queria magoar nem ofender, e, por fim, questionou-a sobre a eventual integração numa CT. Ao invés de lhe dar a resposta, pois ele sabia-a, a AS esclareceu-o sobre as opções que tinha para que pudesse tomar uma decisão informada. Dando-lhe poder e a valorizando-o enquanto sujeito capaz de fazer as escolhas que considera melhores para a sua vida, a AS procurava corresponsabilizá-lo pelo seu processo de mudança. Pese embora respeitasse a sua decisão, não deixou de o alertar para a necessidade de obter tratamento médico para melhorar a sua saúde e, no fundo, a sua vida. Mostrando-se triste, o Sr. Alfredo assumiu, por fim, que sozinho não conseguia mudar a sua situação atual, essencial para ter a sua realidade familiar de volta. Questionou a AS se esta poderia voltar ao hospital, com a sua esposa. No encontro tido, o Sr. Alfredo partilhou a decisão tomada, a sua integração na CT, procurando reasssegurar-se de que não seria abandonado. A esposa comprometeu-se a apoiá-lo e a AS a visitá-lo, pois, com a alteração da sua situação, o seu processo de RSI cessaria, e, conseqüentemente, o seu acompanhamento. Neste ambiente de

verdade, a esposa disse que a manutenção do casamento dependeria do seu comprometimento com o tratamento. O Sr. Alfredo anuiu e, dias depois de ter alta, tendo já feito a desintoxicação, foi diretamente para uma CT. Como prometido, a AS foi visitá-lo, tendo esses momentos servido para o Sr. Alfredo partilhar as suas vivências e planos de tratamento. Mostrava-se colaborante e satisfeito com a evolução do tratamento.

Tendo feito novo requerimento, a D. Fátima era agora a titular do RSI. Neste novo acompanhamento, o papel da AS foi sobretudo de mediação. Na última visita realizada pela AS, o senhor referiu sentir-se melhor e admitiu que o seu tratamento estava a permitir aproximar-se da sua família. Já não tinha medo de a perder e sabia que voltaria para casa quando estivesse recuperado. Um ano depois, os contactos com a AS haviam sido gradualmente espaçados. Contudo, o acompanhamento à família continuava. Soube, assim, que os filhos tinham voltado a reaproximar-se do pai, assim como uma irmã sua. A D. Fátima, por sua vez, estava a ser acompanhada psiquiatricamente e o filho mais novo havia concluído a escolaridade obrigatória. O Sr. Alfredo começou, entretanto, a passar os fins-de-semana e as festas com a família.

O término do acompanhamento aconteceu naturalmente com a melhoria da situação deste agregado familiar e com a alteração da situação de precaridade económica.

Opções metodológicas

O estudo de caso apresentado decorreu na prática profissional de uma técnica de acompanhamento a famílias beneficiárias do RSI, coautora deste artigo.

Na intervenção realizada, foram privilegiadas metodologias qualitativas, que acarretaram a presença e interação da família e da profissional, bem como a capacitação e o empoderamento das pessoas, no sentido da produção de conhecimento e da promoção da mudança (Carvalho & Baptista, 2004; Lima, 2003). Através da observação participante decorrente dos encontros regulares no contexto profissional e na realidade familiar, por um período significativo, acedeu-se a um conjunto de informações significativas (Coutinho, 2013).

Os conteúdos da relação foram discutidos e analisados conjuntamente pelas autoras, gerando-se reflexões acerca das potencialidades e constrangimentos existentes.

Contexto de intervenção

Com o intuito de se compreender a realidade em que foi desenvolvida a RA, far-se-á, inicialmente, um breve enquadramento da medida de RSI, das famílias que a procuram e do contexto de intervenção.

O RSI é um "(...) apoio destinado a proteger as pessoas que se encontrem em situação de pobreza extrema (...)", que incluiu uma prestação em dinheiro e um contrato de inserção (ISS, I. P., 2017, p. 4). O contrato de inserção (CI), "visando uma progressiva inserção social, laboral e comunitária dos seus membros" (ISS, I. P., 2017, p. 4), refere-se a um "(...) conjunto articulado e coerente de ações, estabelecido de acordo com as características e condições do agregado familiar (...)", "[c]onfere um conjunto de deveres e de direitos (...)" (Artigo 3.º do Decreto-Lei nº 133/2012, p. 3273) e constitui-se numa condição necessária de acesso à medida (ISS, I. P., 2017, p. 5).

A medida do RSI, além de procurar assegurar as necessidades essenciais, propõe-se à inserção socioprofissional. Todavia, verifica-se que os valores atribuídos, apesar de permitirem assegurar a subsistência básica das famílias, mantêm-nas em situações de risco e vulnerabilidade pessoal e social, no limite da sobrevivência. No fundo, "[p]ermite apenas evitar a mais extrema miséria" (Paugam, 2003, p. 18). Além do exposto, as ideias preconcebidas acerca das pessoas que recebem o RSI, associadas a uma forte estigmatização, podem colocar em risco a sua integração social, originando sentimentos de vergonha, inferioridade e revolta (Rodrigues, 2006).

Para muitas famílias, o RSI vai persistindo, perdendo o carácter transitório, dada a dificuldade na reintegração profissional. A continuidade da situação de desemprego impele as famílias à dependência desta medida e a um ciclo de problemas e desafios (Capucha, 2005; Clavel, 2004, Rodrigues, 2006). Com efeito, as famílias vivenciam múltiplos e persistentes desafios, necessitando muitas vezes de uma ajuda profissional que as coadjuve na superação dos mesmos.

A maioria das famílias é acompanhada por equipas de protocolo de RSI.

A família Silva requereu a prestação de RSI, por se encontrar sem rendimentos, fruto da situação de desemprego de longa duração dos elementos do casal e de um aglomerado de problemas e desafios que, consequentemente, daí advieram. A profissional que acompanhou esta família fazia parte de uma equipa pluridisciplinar (uma AS, uma Educadora Social, uma Psicóloga e duas Ajudantes de Ação Direta.). Esta pluridisciplinaridade revelou-se uma mais-valia no caso acompanhado. Por ser uma família multidesafiada, também multidesafiava a profissional e a equipa que a acompanhava, o que obrigava ao desenvolvimento de uma intervenção assente numa lógica de cooperação e de partilha, apoiada na superação de obstáculos, assumindo características do modelo de funcionamento interdisciplinar (Franco, 2007).

A intervenção aconteceu no Serviço de RSI e no domicílio familiar, num contexto de proximidade e personalizado. O facto de se conhecer a realidade e o território onde a família se movia permitiu, não raras vezes, que se equacionassem e mobilizassem respostas presentes no seu território, agilizando o processo de intervenção. No Serviço de RSI, pese embora a disponibilidade das/os profissionais, foram sentidos alguns constrangimentos, dos quais se destacam: a insuficiência de recursos humanos e de verbas; a burocratização dos processos sociais, assentes em lógicas institucionais estandardizadas, rígidas; e processos de avaliação maioritariamente quantitativos. Com efeito, estes constrangimentos, associados ao elevado número de famílias acompanhadas (pelo menos 180, nesta equipa), dificultam um acompanhamento ajustado a cada família - que respeite o seu ritmo, as suas singularidades e reais necessidades -, acarretando o risco de intervenções mais assistencialistas, substitutivas e/ou pontuais.

Discussão

A partir da análise do caso apresentado, refletir-se-á sobre a pertinência do desenvolvimento da RA apresentada, procurando espelhar o papel de cada interveniente na relação. Posteriormente, serão abordados as potencialidades e os constrangimentos associados ao desenvolvimento desta RA.

O desenvolvimento de relações de ajuda... em contexto de RSI: o papel do profissional e da pessoa/família ajudada

Segundo Rogers (1985, p. 43), as relações de ajuda acontecem quando "(...) pelo menos uma das partes procura promover na outra o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, o melhor funcionamento e uma maior capacidade de enfrentar a vida. (...)".

Refere-se a uma relação co-construída, em que se verifica o envolvimento mútuo e ativo de ambas as partes, no sentido em que

(...) ambos os intervenientes desempenham papéis igualmente fulcrais: um, o que ajuda, pela função facilitadora e potenciadora de desenvolvimento que assume, o outro, o que é ajudado, por ser portador do que é absolutamente essencial para o sucesso da relação de ajuda, da "terapia" – força interior (Simões et al., 2006, p. 47).

De acordo com Rogers (1985), o objetivo último é o desenvolvimento das capacidades das pessoas, para que, autonomamente, consigam superar as suas adversidades e desenvolver o seu potencial. Deste modo, pode considerar-se um meio para apoiar as pessoas no seu processo de mudança, envolvendo-as ativamente, responsabilizando-as e empoderando-as.

No caso apresentado houve efetivamente um envolvimento, desde o início, de ambas as partes. Sendo colaborativa e não diretiva, a qualidade da relação de ajuda é condicionada por quem procura ajuda e pelo profissional (Rogers, 1985). A relação co-construída, de forma gradual e contínua, assentou, como referem Simões e colaboradores (2006) e Veiga e Ferreira (2017), na presença, na reciprocidade, no cuidado e no laço emocional. A crença na mudança e a aceitação incondicional do Sr. Alfredo e da sua família potenciaram o envolvimento ativo destes e a acreditar nas suas capacidades e recursos, a fim de superarem as adversidades que vivenciavam.

O profissional

Sendo “uma relação centrada na pessoa, cabe ao profissional criar as condições para que o sujeito, sendo o protagonista do seu próprio processo de mudança, aceda a uma série de recursos que lhe permitam ultrapassar as suas limitações e dificuldades, e alcançar a sua autonomia” (Veiga & Ferreira, 2017, p. 45).

De acordo com Santos (2004, p. 23), são as atitudes do profissional “que constituem o verdadeiro factor impulsionador da mudança”. No caso apresentado, considera-se que as características, atitudes e comportamentos da profissional impulsionaram a relação, já que esta se mostrou disponível, se implicou e envolveu ativamente as pessoas, intervindo numa perspetiva holística e sistémica.

Segundo Simões e colaboradores (2006, p. 46), a relação de ajuda não pode ser concebida “sem a componente do saber escutar a voz do outro, saber observar o outro nas suas imensas facetas, e saber reflectir para poder, de forma sustentada, ajudar o outro na sua caminhada para a autonomia”. De facto, no caso em apreço, o interesse, a atenção e a escuta ativa evidenciadas pela profissional permitiram que o Sr. Alfredo se sentisse acolhido, atendido e compreendido.

A regularidade dos encontros foi essencial para que a relação se fosse construindo e a confiança alicerçando. A profissional demonstrou desde o início a sua intenção de apoiar o Sr. Alfredo e a sua família, mostrando respeito por eles e pelos problemas que apresentavam, e aceitando-os com as dificuldades que os caracterizavam. Acreditando no seu potencial de mudança, desafiou-os a (re)pensar a sua situação pessoal e familiar, respeitando ritmos e defesas, mas sobretudo iluminando capacidades, recursos e potencialidades, tantas vezes desconsiderados ou não reconhecidos. Ao longo do caso apresentado, foi efetivamente crucial o respeito pelo ritmo, pelos tempos e decisões do Sr. Alfredo. Pese embora a urgência do tratamento, pelas consequências que se adivinhavam, a profissional não o pressionou nesse sentido, embora o sensibilizasse para a necessidade do mesmo, a fim de melhorar o seu estado de saúde e a sua situação familiar. Este foi um processo que exigiu, da parte da AS, grande paciência, persistência, tolerância à frustração e crença no sujeito. Não desistindo dele, e mostrando-se um apoio afetivo e efetivo confiável, o Sr. Alfredo pôde, enfim, reconhecer os seus problemas e iniciar o seu processo de tratamento. A sua mudança pessoal foi acontecendo, então, paulatinamente, mas de forma consistente.

Ciente do impacto das características, dos problemas e dos recursos de uns em todos os outros elementos e no todo familiar (Sousa, 2005), a profissional perspetivou a intervenção o mais sistémica possível, tendo em conta a singularidade daquele sistema particular, o que a levou a procurar, em conjunto com o mesmo, respostas novas e específicas, em detrimento das habitualmente padronizadas. Foram perspetivados encontros mais regulares no serviço, mesmo sem marcação prévia, intervenções no domicílio com todo o agregado e acompanhamentos a consultas. Estabeleceram-se contactos com a família alargada e articulou-se regularmente com diferentes serviços de saúde, contando com o apoio indispensável de uma equipa multidisciplinar.

Além das características e atitudes relacionais já referidas, a profissional evidenciou, ao longo da intervenção, congruência, consideração positiva incondicional e compreensão empática. Estas, como refere Rogers (1985), são condições indispensáveis à edificação e ao desenvolvimento de uma relação de ajuda.

Se o profissional se aceitar como é, consciente dos seus sentimentos, pensamentos e reações, e for congruente, genuíno e autêntico, estará mais preparado para ouvir o outro, compreendê-lo e aceitá-lo incondicionalmente (Rogers, 1985; Santos, 2004). Na relação com o Sr. Alfredo, a profissional foi genuína e honesta. Esta honestidade foi essencial para que o Sr. Alfredo reconhecesse o impacto dos seus comportamentos nos outros, designadamente quando se mostrava agressivo em momentos de maior descompensação, e percebesse a necessidade de alterar o seu comportamento e a situação em que se encontrava, a fim de manter ou recuperar as relações afetivas que lhe eram significativas.

A aceitação positiva incondicional implica que o profissional aceite cada aspeto da experiência do outro, sem colocar condições ou emitir julgamentos. Quanto mais a pessoa se sentir aceita, mais segurança sentirá e maior será a sua propensão para se aceitar a si próprio e ao(s) outro(s) (Rogers, 1985). No caso narrado, a profissional mostrava aceitação e consideração pelo Sr. Alfredo quando este partilhava momentos e sentimentos positivos (relativos ao trabalho ou à família nuclear, por exemplo), mas também quando evidenciava dimensões de si menos positivas, nomeadamente quando se apresentava no serviço exaltado. Procurando conter a sua dor, mostrava-lhe que dele não iria desistir e que nele acreditava. Aos poucos, o Sr.

Alfredo foi se sentindo aceite e começou a aceitar-se a si próprio e ao seu problema, confiando no profissional para o acompanhar no seu processo de mudança.

Por fim, a profissional procurou apreender empaticamente a situação vivenciada pelo Sr. Alfredo – como por exemplo, o seu receio em ser internado -, devolvendo-lhe, muitas vezes pela primeira vez, sentimentos e pensamentos ainda não consciencializados. Na situação referida, AS intuiu que o sujeito temia que o internamento o afastasse da sua família nuclear e que os sentimentos de dor vivenciados anteriormente aquando da separação da sua família de origem fossem, nesta nova separação, reatualizados. Esta leitura foi-lhe devolvida e foram perspetivados novos entendimentos, nomeadamente a possibilidade de o afastamento ser motivado pela recusa de tratamento e seus consequentes problemas, e não o contrário.

Mais do que o profissional apresentar as atitudes e condições básicas para uma relação de ajuda, deve ter a capacidade de as transmitir às pessoas, para que estas as sintam verdadeiramente (Rogers, 1985). De facto, na relação em apreço, foi crucial a profissional apresentar estas atitudes, mas sobretudo o Sr. Alfredo apreendê-las. A atitude de confiança e aceitação permitiu que a pessoa tivesse confiança e coragem para ser autêntica e pudesse experimentar a mudança.

A pessoa/família

Simões e colaboradores (2006) evidenciam o papel que a pessoa/família ajudada tem na dinâmica relacional e na mudança almejada. Porque são os principais agentes da sua vida, é “natural e legítimo que intervenham e optimizem o seu próprio desenvolvimento”, sendo tanto mais eficazes quanto mais “forem capazes de conhecer e compreender a sua própria história e as dimensões que no presente configuram” a sua realidade (Gimeno, 2001, p. 287), a fim de (re)encontrarem o seu próprio caminho (Rogers, 1985). Pese embora o profissional assuma uma função potenciadora e facilitadora do desenvolvimento da pessoa/família, são estes os detentores da força interior e dos recursos necessários à mudança. Assim, estes devem ter voz, assumindo-se como protagonistas do seu processo de mudança.

No caso apresentado, foi essencial aproximação gradual do Sr. Alfredo ao serviço, bem como o envolvimento e colaboração da família nuclear. Foi fundamental terem reconhecido os seus problemas, definindo de imediato objetivos para a mudança, como a melhoria do estado de saúde e resolução de conflitos familiares. Terem a capacidade de se exporem e potenciarem os seus próprios recursos internos contribuiu igualmente para a mudança.

RA em contexto de RSI: potencialidades e constrangimentos

Reconhecem-se várias potencialidades no desenvolvimento de relações de ajuda no âmbito da intervenção social em contexto de RSI, as quais são transversais a outros casos acompanhados.

Como o caso apresentado evidencia, através da RA é possível valorizar o potencial dos indivíduos e das famílias e, acreditando neles, estimular e reforçar as suas competências, capacidades e potencialidades. Neste sentido, é possível promover uma maior capacidade e/ou novas formas de adaptação e superação das adversidades, bem como envolver ativamente as pessoas no seu processo de transformação e desenvolvimento, com vista à sua autonomia.

A crença e o investimento na família e em cada um dos seus membros, tal como a aproximação gradual à sua realidade, em contextos variados, torna-se essencial para uma real e ajustada compreensão da sua situação, e, conseqüentemente, para a adequação da intervenção às verdadeiras necessidades e ritmos das pessoas. Por outro lado, a maior proximidade, confiança, afetividade e cumplicidade, permitidas pela relação co-construída entre os profissionais e as famílias, confere um maior compromisso e uma menor formalidade no acompanhamento psicossocial, o que tende a influenciar positivamente o processo de inserção e as mudanças almejadas. Com efeito, as ligações criadas, numa relação afetivamente investida, impulsionam a vontade de superar barreiras, e caminhar no sentido de uma melhor qualidade de vida e pleno desenvolvimento.

No entanto, tal como no caso apresentado, a existência destas relações nem sempre é facilitada, dadas as exigências presentes neste contexto profissional e as dificuldades sentidas pelos profissionais.

A disponibilidade dos profissionais para desenvolverem relações de ajuda é limitada, dado o número de casos que têm de acompanhar, como referimos anteriormente. Tende-se a seguir os procedimentos

estandardizados, na forma e na periodicidade em que ocorrem, não se adequando estes, muitas vezes, à real situação das famílias/pessoas em presença. Respeitar o ritmo, as necessidades e as dificuldades das pessoas, envolvê-las e comprometê-las com o seu processo de mudança, exige um investimento que não se coaduna com o cumprimento das exigências de um serviço desta índole, tal como ele tem sido estruturado. Designadamente, a duração da medida nem sempre se harmoniza com o tempo que os sujeitos necessitam para compreender a sua situação, iniciar e efetivar as mudanças que necessitam. Também, por razões várias, as reais necessidades e motivos que subjazem às mesmas nem sempre são (verdadeiramente) assumidos pela família, e compreendidos por esta e/ou pelo profissional. Muitas vezes, mais do que um verdadeiro entendimento da situação vivida pelas pessoas e a criação de condições reais de mudança, impõem-se condições, muitas delas não entendidas e assumidas verdadeiramente pelas mesmas, as quais estão associadas a sanções, quando incumpridas. Ora, não havendo espaço e tempo para que a família reconheça as suas dificuldades, resistências, desafios, recursos e potencialidade, a mudança é muitas vezes pontual e circunstancial, o que leva à perpetuação da sua situação e do ciclo de vulnerabilidade em que se encontra. Além disso, as pessoas quando pedem ajuda nem sempre apresentam os seus reais problemas ou todos os que vivenciam (Pinheiro, 2007), seja por vergonha ou por falta de reconhecimento dos mesmos, ou da sua gravidade ou possibilidade de mudança. Soriano (2005) afirma que quando se inicia uma relação de ajuda, o sujeito apresenta-se com dois problemas: um problema relacional e um problema objetivado. O autor supracitado define o primeiro como sendo a dificuldade do sujeito, no início da relação, e por não conhecer o seu interlocutor, em revelar a sua realidade e intimidade, seja por vergonha, medo de ser julgado, desmoralização e/ou sentimentos de incapacidade. Já o segundo refere-se às situações que precisam de ser resolvidas e que a pessoa sente que estão além do seu controlo. Algumas pessoas podem evitar pedir ajuda para resolver o problema objetivado, já que o reconhecimento do problema relacional é mais doloroso (Soriano, 2005), sendo que só é possível fazê-lo em relação. Muitas vezes, só quando a pessoa confia no profissional, se pode desnudar e mostrar verdadeiramente, perante si e perante o outro, a sua real situação. E este é um processo que exige, como no caso narrado, tempo, confiança, cumplicidade, não julgamento, aceitação.

Uma vez que as pessoas/famílias beneficiárias da medida de RSI são, em geral, multidesafiadas, o seu envolvimento e comprometimento no processo de mudança não é fácil e a sua evolução não é linear. É um percurso feito de avanços e recuos – nas crenças, atitudes e comportamentos – que configuram as possibilidades de alteração efetiva da sua situação e realidade, como no caso apresentado. Muitas vezes à descrença e ao cansaço das pessoas/famílias junta-se a descrença e o cansaço dos profissionais, formando um sistema que se retroalimenta.

Um outro desafio, segundo Pinheiro (2007), refere-se ao facto de a atitude de maior proximidade, assumida pelos profissionais para a criação da relação de ajuda, poder ser encarada pelas pessoas/famílias como invasiva. As visitas domiciliárias, por exemplo, embora possam ser consideradas um meio privilegiado para se conhecer mais íntima e genuinamente a realidade das famílias, e neste contexto se criarem condições para partilhas mais íntimas e privadas, são sentidas, não raras vezes, como momentos de controlo, desvirtuando o que deveria ser o real propósito das mesmas.

Reflexões finais

A intervenção apresentada evidencia a necessidade e a possibilidade de se repensarem as respostas profissionais de forma a se responder de forma integral e integrada às necessidades de cada família. Romper com processos assistencialistas e intervenções tradicionais, exige mudança nas práticas profissionais, mas também nas políticas sociais e institucionais que valorizam sobretudo o número de intervenções realizadas em detrimento da qualidade e do significado da intervenção para as pessoas.

Nas intervenções realizadas, cabe ao profissional a maior responsabilidade pelo processo desenvolvido, porque tem o “knowhow” e supostamente as competências pessoais e profissionais necessárias a um exercício profissional exigente. Porque acompanha famílias multidesafiadas, que o desafiam igualmente a si, é importante integrar equipas multidisciplinares nas quais possa (com)partilhar e discutir dificuldades e inquietações pessoais e de processo. Se possível, deveria existir de forma continuada uma prática supervisionada, teoricamente sustentada. Sobretudo, na intervenção com famílias, o profissional deve ser desafiado a “permitir-lhes compreender em vez de lhes transmitirmos a nossa compreensão; deixar-lhes a

responsabilidade da mudança em vez de sermos o seu agente; abrimo-nos à imprevisibilidade em vez de querer controlar tudo” (Caillé & Rey, 2003, p. 35). Só assim, as famílias terão o seu tempo para “encontrar as suas auto-soluções em vez de seguir os nossos conselhos; poder experimentar antes de decidir; empenharem-se no futuro em vez de se debruçarem sobre o passado” (p. 35).

Com efeito, a intervenção deve centrar-se nas pessoas, nas suas singularidades, necessidades, potencialidades e competências (Sousa, 2005), procurando estimular processos de resiliência e de desenvolvimento. Para tal, considera-se crucial a edificação de RA que enfatizem não só o valor positivo das pessoas/famílias, bem como o seu papel ativo enquanto protagonistas da sua própria mudança, mas que criem condições para que a mudança efetivamente possa acontecer, autonomizando-as e empoderando-as. Em contexto de RSI, numa intervenção de proximidade e personalizada, cooperativa, sistémica e holística, a RA proporciona um ambiente contendor, de segurança, de confiança e de respeito, em que as pessoas podem (re)conhecer e assumir os seus problemas e necessidades, assim como os seus recursos e potencialidades, e, coadjuvadas pelo profissional – que nelas acredita e investe - podem reestabelecer o seu equilíbrio e trilhar o caminho da mudança (Rogers, 1985; Simões et al., 2006). Este é um processo que exige, de ambas as partes, aceitação, crença na perfeitabilidade, tolerância à frustração, persistência, comprometimento e investimento.

Referências

- Caillé, P., & Rey, Y. (2003). *Os objectos flutuantes – A redescoberta da relação de ajuda*. Lisboa: Climepsi.
- Capucha, L. (2005). *Desafios da pobreza*. Oeiras: Celta Editora.
- Carvalho, A., & Baptista, I. (2004). *Educação social: Fundamentos e estratégias*. Porto: Porto Editora.
- Clavel, G. (2004). *A sociedade da exclusão: Compreendê-la para dela sair*. Porto: Porto Editora.
- Coutinho, C. (2013). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: Teoria e prática*. Coimbra: Almedina.
- Decreto-Lei nº 133/2012. Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. Diário da República - 1ª Série - N.º 123 de 27 de junho de 2012, 3270-3304.
- Franco, V. (2007). Dimensões transdisciplinares do trabalho em equipe em intervenção precoce. *Interação em Psicologia*, 11(1), 113-121.
- Gimeno, A. (2001). *A família – o desafio da diversidade*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Instituto da Segurança Social, I. P. (2017). *Guia prático: Rendimento social de inserção*. Disponível em http://www.seg-social.pt/documents/10152/24709/8001_rendimento_social_insercao/75f2f024-aeac-42dc-81ad-503ab0e9c441.
- Lei n.º 13/2003. Revoga o rendimento mínimo garantido previsto na Lei n.º 19-A/96, de 29 de junho, e cria o rendimento social de inserção. Diário da República - I Série-A - N.º 117 de 21 de maio de 2003, 3147-3152.
- Lima, R. (2003). *Desenvolvimento levantado do chão... com os pés assentes na terra: Desenvolvimento local e investigação participativa - Animação Comunitária* (Tese de Doutoramento não publicada). Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Payne, M. (2002). *Teoria do trabalho social moderno*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Paugam, S. (2003). *A desqualificação social. Ensaio sobre a nova pobreza*. Porto: Porto Editora.
- Pinheiro, M. (2007). A primeira entrevista em psicoterapia. *Revista IGT na Rede*, 4(7), 136-157.
- Rodrigues, E. (2006). *Escassos caminhos: Os processos de imobilização social dos beneficiários do rendimento social de inserção* (Tese de Doutoramento não publicada). Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Rogers, C. (1985). *Tornar-se pessoa* (7.ª ed.). Lisboa: Moraes Editores.
- Santos, C. (2004). Abordagem centrada na pessoa - relação terapêutica e processo de mudança. *Psicólogos*, 1(2), 18-23.
- Simões, J., Fonseca, M., & Belo, A. (2006). Relação de ajuda: Horizontes de existência. *Revista Referência*, 2(3), 45-54.
- Soriano, J. (2005). *Los procesos de la relación de ayuda*. Paris: Editorial Desclée de Brouwer.
- Sousa, L. (2005). *Famílias multiproblemáticas*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Veiga, S., & Ferreira, J. (2007). A pessoa do profissional de relação de ajuda... em contextos de saúde mental. *Sensos-e*, IV (2), 36-50.