

Breve reflexão sobre o envelhecimento, políticas públicas e a intervenção pelo serviço social

Brief reflection on ageing, public policies, and social work intervention

Helena M. Carvalho¹

Resumo

Com o surgimento do Estado-Providência em Portugal, ainda que tardio comparativamente aos restantes países da União Europeia, foi possível concertar uma série de medidas que providenciaram um envelhecimento com a dignidade que outrora seria impensável. Contudo, essas medidas não podem ser estanques, sendo possível verificar a evolução das políticas sociais ao longo dos anos por forma a permitir a adaptação aos tempos e necessidades que surgem. A par dessa evolução e dessas alterações, temos vindo a assistir à adaptação por parte do serviço social para uma nova realidade, munindo-se de ferramentas que acompanham essa evolução e que são essenciais para a área do envelhecimento. Desafiando as próprias políticas e medidas, o serviço social destaca-se pela sua capacidade diagnóstica, permitindo uma intervenção adequada, procurando as respostas mais apropriadas, respeitando a pessoa idosa, a família e a comunidade em si.

Palavras-chave: Envelhecimento; Políticas sociais; Serviço social; Mediação.

Abstract

With the conception of the Welfare State in Portugal, although late compared to the other countries of the European Union, it was possible to agree to a series of measures that provided an aging process with the dignity that was once unthinkable. However, these measures cannot be watertight, and it is possible to verify the evolution of social policies over the years to allow for adaptation to the times and needs that arise. Alongside this evolution and these changes, we have been witnessing the adaptation by the Social Service to a new reality, arming itself with tools that accompany this evolution, and which are essential for the area of aging. Defying its own policies and measures, the social service stands out for its diagnostic capacity, allowing for an adequate intervention, seeking the most appropriate answers, respecting the elderly, the family, and the community itself.

Keywords: Aging; Social policies; Social work; Mediation.

Introdução

Ao longo dos anos as políticas sociais em torno do envelhecimento têm vindo a aumentar e a diferenciar-se, no entanto, continuam a verificar-se como insuficientes e/ou desajustadas face às necessidades. A velhice é muitas vezes encarada como um problema ao invés de ser encarada com a devida naturalidade, surgindo a necessidade premente de que se reflita sobre este tema. Há a necessidade de refletir acerca das políticas públicas

¹ Professora Convidada no Instituto de Ciências Educativas do Douro, Doutorada em Sociologia, Assistente Social e Educadora Social.

existentes para o envelhecimento, a sua evolução e a importância da intervenção por parte dos profissionais qualificados, nomeadamente os assistentes sociais.

As políticas para o envelhecimento ativo e saudável têm sido uma aposta por parte dos sucessivos governos. Contudo, importa perceber até que ponto tem sido possível a sua aplicabilidade com o intuito de melhorar o bem-estar da pessoa idosa. No mesmo sentido, ao longo dos anos tem-se verificado a necessidade de intervenção diferenciada, que responda às reais necessidades populacionais. Daí que a reflexão a partir do serviço social seja pertinente, uma vez que tem vindo a especializar-se na área em concreto, evitando, dessa forma, uma intervenção estanque e desproporcionada à problemática e ao público-alvo.

I. Trajetória das políticas públicas para o envelhecimento em Portugal

As políticas públicas para o envelhecimento surgem com o Estado-Providência, que se estrutura como estabilizador político-social e garante dos direitos sociais das pessoas idosas. A sua formatação e negociação têm sido feitas entre as associações patronais, sindicatos e Estado como principais interventores, tendo como objetivo definir as relações entre velhice e sociedade que melhor se adequem aos imperativos do sistema produtivo de cada conjuntura (Silva, 2006).

A velhice, como problema social, tornou-se visível na classe operária devido à extensão rápida, sobretudo a partir de meados do século XIX, assumindo principal necessidade de intervenção e aplicação de medidas com vista a responder às necessidades da sociedade moderna face a cada período. Para alguns autores o Estado-Providência em Portugal começou com o Estado Novo, seja pela Reforma da Previdência Social de 1962, seja pelo “discurso” do Estado Social, e pelas respetivas reformas, com Marcello Caetano (Martins, 1991). Para outros, porém, o Estado-Providência surge juntamente com a transição democrática que se deu com a Revolução de 25 de Abril de 1974 e as subsequentes reformas sociais (Mozzicafreddo, 1992), desvalorizando as medidas aplicadas até esta data. De acordo com Mozzicafreddo (1992), as políticas sociais foram um fator fulcral de integração social, assim como a resolução equilibrada do processo revolucionário se deveu, em parte, à configuração do Estado de direito enquanto Estado-Providência.

Apesar de em 1971 ter ocorrido uma evolução significativa no que se refere às políticas de proteção social, foi a partir de 1974 que se verificou a institucionalização das políticas que propiciaram o alargamento da proteção social a toda a população. Foi

alargada a proteção a não-trabalhadores, com o financiamento do Estado, e melhorado o apoio em termos de prestações sociais, sendo atribuído em dezembro um mês suplementar (o 13º mês) a todos os beneficiários e, através da criação do regime não-contributivo, contemplada a atribuição de pensões sociais a quem não auferia rendimentos nem tinha carreira contributiva. E foi com estas medidas que houve a tendência para a institucionalização de políticas sociais e para o modelo de Estado-Providência, ressalve-se, ainda com lacunas (Rodrigues, 2010). A Segurança Social é, efetivamente, uma conquista do 25 de Abril de 1974 e um direito fundamental para todos os cidadãos quer estejam ou não no ativo, sendo esta uma das mais importantes funções do Estado.

Quando se fala da construção do sistema de segurança social podem-se identificar quatro períodos: o primeiro de 1974 a 1985 de emergência do sistema de segurança social; o segundo de 1986 a 1995 de construção do sistema de segurança social; o terceiro de 1996 a 2006 de desenvolvimento do sistema por último de 2007 à atualidade, o período de crise do sistema que tem exigido alterações profundas, sobretudo no que se refere ao modelo mais universalista que lhe estava subjacente (Carvalho & Almeida, s.d.).

Com a Constituição de 1976 houve o alargamento dos direitos culturais, políticos, civis e sociais em que se baseiam o Estado-Providência e uma sociedade democrática, como sejam o direito ao trabalho, ao pleno emprego, à assistência material em caso de desemprego, ao salário mínimo, à segurança social, à saúde, à habitação, à educação e à cultura. Ao estabelecer a universalização destes direitos a todos os cidadãos, revolucionou-se a forma de encarar a questão dos direitos dos indivíduos (Idem).

É com a Constituição de 1976 que se afirma o princípio de que a segurança social constitui uma área de intervenção estatal, na qual deverão prevalecer os princípios da unificação, descentralização e participação. Ao Estado cabia a função de organizar, coordenar e subsidiar o sistema de segurança social, ao mesmo tempo que passou a reconhecer o direito de participação das associações sindicais na definição de uma política de ação social. Tendo por base os princípios da universalidade, da igualdade, da solidariedade, da equidade social, da diferenciação positiva, da subsidiariedade, da inserção social, da coesão intergeracional, do primado da responsabilidade pública, da complementaridade, da unidade, da descentralização, da participação, da eficácia, da tutela dos direitos adquiridos e dos direitos em formação, da garantia judiciária e da informação (Lei n.º 83-A/2013 de 30 de dezembro, Capítulo I, art.º 5º), a segurança social é um sistema social que tem como objetivo primordial assegurar os direitos básicos dos cidadãos e a igualdade de oportunidades, assim como promover o bem-estar e a coesão social para

todos os cidadãos portugueses ou estrangeiros que exerçam atividade profissional ou residam em território português.

É, também, nesta fase que é reconhecida a importância das Instituições Particulares de Solidariedade Social, ficando estas sujeitas a uma regulamentação legal, à realização de protocolos de participação financeira e à fiscalização do Estado, conforme ainda acontece hoje. Ocorrendo a alteração do modelo anterior, de asilo, sem preparação e atenção às especificidades da população idosa, pois, albergavam todo o tipo de pessoas necessitadas, como indigentes, idosos, pessoas com doenças do foro psiquiátrico ou outros, para uma estrutura mais especializada, os então denominados lar para idosos. É criado o Instituto de Gestão Financeira da Segurança Social e promovido um serviço de saúde universal, livre e nacional. Foram, igualmente, previstas medidas de apoio e proteção social às situações de desemprego, de doença e de vulnerabilidade, à maternidade, à velhice, à invalidez, à viuvez e à orfandade, assim como o apoio aos desalojados das ex-colónias (Rodrigues, 2010). É neste seguimento que se tem vindo assistir à criação de respostas sociais que, de acordo com o Regime Jurídico de Instalação, Funcionamento e Fiscalização dos Estabelecimentos de Apoio Social (aprovado pelo Decreto-Lei n.º 64/2007, de 14 de Março e republicado pelo Decreto-Lei n.º 33/2014, de 4 de Março), são as atividades e serviços do âmbito da segurança social relativos a crianças, jovens, pessoas idosas ou pessoas com deficiência, bem como os destinados à prevenção e reparação das situações de carência, disfunção e marginalização social. Estas respostas desenvolvem-se em torno das áreas temáticas referidas e dizem respeito à infância e juventude, à deficiência, aos idosos, à família e comunidade, à doença do foro mental/psiquiátrico e, ainda, a outros grupos.

Rodrigues (2010) descreve este modelo de apoio possuindo uma insuficiente cobertura dos serviços de apoio à família e à comunidade, que durante anos terá sido compensada por algumas formas de “sociedade-providência” e pela intervenção do papel da família. De acordo com Santos (1991), apesar de o Estado-providência ser débil, Portugal conheceria uma sociedade-providência forte, correspondente e expressa nas “redes de relações de interconhecimento, de reconhecimento mútuo e de ajuda baseadas em laços de parentesco e de vizinhança, através das quais pequenos grupos sociais trocam bens e serviços numa base não mercantil e com uma lógica de reciprocidade” (p.37).

Esta tese não é partilhada, todavia por outros autores que sustentam não haver sociedade-providência forte, havendo quando muito família-providência e, em particular, mulher-providência no seio da família (Silva, 2001; Wall 2005). As conclusões destes

estudos evidenciam a insuficiência e a debilidade não só do estado-providência como da dita sociedade-providência para fazer face aos riscos existentes.

Apesar dos avanços referidos nomeadamente no pós 25 de Abril de 1974, o Estado-providência em Portugal é implementado com um atraso significativo comparativamente à grande parte de outros países europeus, que o haviam feito no pós-II Guerra Mundial. O modelo português de proteção social evoluiu, mas de forma “muito lacunar e enfrentando meios sociais extensa e intensamente vulneráveis ao fenómeno da pobreza” (Pinto, 2016, p. 97).

Em 1980, Portugal integra Programas Europeus de Luta contra a Pobreza, que favoreceram práticas inovadoras nomeadamente de âmbito local. E entre esse ano e 1982 surge o sistema de verificação de incapacidades, que definia o grau de invalidez e determinava o acesso à pensão de invalidez. Nesta sequência foi aprovada primeira lei de bases da segurança social (Lei nº 28 de 14 de agosto de 1984), que definia dois tipos de regime: o contributivo e o não contributivo, incluindo ainda a ação social.

A 1986, dá-se a entrada de Portugal na União Europeia, que marcou o desenvolvimento da proteção na velhice, alargando-se para riscos específicos como por exemplo a situação de dependência, surgindo a 1989 o subsídio de assistência à terceira pessoa. Contudo, em meados dos anos 1990, com o crescimento das despesas sociais e os progressos na luta contra a pobreza e com o avanço verificado no sistema de segurança social, como a eliminação de algumas lacunas de proteção social de grupos fora da força de trabalho, “a europeização do Estado Social traduziu-se num cenário hesitante quanto à instituição de direitos e políticas sociais” (Pinto, 2016, p. 98). A partir de 1990 a reestruturação do Estado social em Portugal complexifica-se. Ganha novos contornos com a implementação de políticas sociais ditas ativas, ainda que caracterizadas por um tradicional atraso, à semelhança de outros países europeus (idem).

Normalmente quando se fala do envelhecimento da população, quase sempre se associa este fenómeno diretamente ao agravamento das despesas sociais, nomeadamente da proteção social, remetendo-nos para o sistema da segurança social e a sua sustentabilidade (Rosa, 2012). Conforme consta da Lei n.º 83-A/2013 de 30 de dezembro, capítulo I, art.º 2º, todos têm direito à segurança social, sendo esse direito efetivado pelo sistema e exercido nos termos estabelecidos na Constituição, nos instrumentos internacionais aplicáveis e na presente lei. Nesse sentido, são atribuídos valores pecuniários de acordo com cada caso à população idosa, como a pensão por velhice, pensão social por velhice,

complemento solidário para idosos, complemento por dependência ou medidas complementares de apoio através da ação social.

Na década noventa, assiste-se à regulamentação do acolhimento familiar para pessoas idosas, que era uma forma de proteção social muito presente na sociedade portuguesa marcada por fortes laços de solidariedade e que passou a figurar como uma resposta social. Em 1994 surge uma visão diversificada e integrada na prestação de cuidados, denominadas de cuidados integrados – de saúde e apoio social. Algumas dessas medidas implicaram a qualificação e ampliação do tradicional serviço de apoio domiciliário, passando-se a perspetivar o alargamento dos horários aos fins de semana e dos serviços, a implementação de centro de recursos e de reabilitação, com equipas multidisciplinares e bancos de ajudas técnicas, entre outros serviços. Esta panóplia de medidas foi possível pela implementação de um Programa denominado de PAII – programa de apoio integrado a idosos (Carvalho & Almeida, s.d).

No que se refere às medidas políticas sociais da velhice, no contexto atual podem-se operacionalizar sob a forma de prestações financeiras, sob a forma de pensões, complementos e subsídios; respostas sociais; programas e medidas e outros produtos e serviços (Carvalho & Almeida, s.d.). No que se refere às transferências pecuniárias, de referir que existem sistemas públicos de proteção, mas também privados e seguros e que em várias situações, mesmo após estas transferências sociais, continua-se a verificar situações de pobreza e vulnerabilidade deste grupo populacional.

Em concreto no que se refere às respostas sociais, não só triplicaram, como, pela sua distribuição por todo o território português e junto das comunidades em que estão inseridas, passaram a assumir grande importância social e económica, tendo vindo apontar vias de futuro sem inversão. As respostas sociais podem ser desenvolvidas por IPSS ou por outros organismos com ou sem utilidade pública, podendo estar ou não abrangidos por acordos de cooperação celebrados com o Instituto da Segurança Social, I.P. A principal faceta de importância económica e social das IPSS é providenciarem bens e serviços de apoio social a pessoas que deles necessitam e que não podem pagar por eles um preço que cubra o respetivo custo (Mendes, 2017). Conforme demonstrado no estudo “Importância económica e social das IPSS em Portugal” (Mendes, 2017), cada euro que uma IPSS capta para o seu concelho e, portanto, para um determinado território, é multiplicado por 4,218 na economia desse mesmo território. São as instituições que maioritariamente têm equipamentos para crianças e idosos, cobrindo 70,76% do número total de freguesias do continente; sendo em 27,16% do número total de freguesias do

continente, as IPSS as únicas entidades que possuem equipamentos para crianças e idosos. Portanto, a dinâmica a nível territorial é marcante e de grande importância.

Estas situações verificam-se devido às transformações ocorridas na sociedade, especialmente de índole demográfica e familiar. O progressivo envelhecimento da população, a diversidade interna desse envelhecimento e o aumento da esperança média de vida, os indicadores referentes à exclusão social, as mudanças na estrutura e nos modelos de família e a extensão crescente dos direitos de cidadania tornaram imperativa a conceção de novas formas de intervenção e o ajustamento das respostas sociais já existentes, de modo a que privilegiem a flexibilidade necessária para atender à mutação constante e à crescente complexidade da realidade social.

As políticas sociais de velhice surgem, neste seguimento, como a estruturação, explícita ou implícita, das relações entre a velhice e a sociedade através das intervenções públicas. Dirigem-se à população que não produz, encarada como grupo homogéneo que vive num período de vida que se apresenta com necessidades e problemas sociais comuns. Contudo, os problemas e as necessidades muitas vezes não são comuns, não se cingem à necessidade de um apoio ao nível da proteção social, uma vez que as pessoas têm percursos de vida diferenciados e é em função das condições específicas de existência, da posição que cada uma ocupa na estrutura das relações sociais e do seu estatuto social, que se pode perceber a variedade de práticas sociais desenvolvidas, ou que deviam ser desenvolvidas, pelas pessoas mais velhas (Silva, 2006).

O incentivo à expansão e qualificação da rede de serviços e equipamentos sociais, dirigidos aos diversos grupos de população, é uma das vertentes onde a ação social tem tido maior intervenção. Tem-se apostado na diversidade, com a ênfase a ser colocada no reforço do papel das famílias, na conciliação do trabalho familiar com a vida profissional, no desenvolvimento do apoio domiciliário, na dinamização de estruturas de convívio e de combate ao isolamento e insegurança e numa maior e melhor prevenção e cobertura das situações de dependência. Outra das dimensões essenciais relaciona-se com a multiplicidade de atores que intervêm no apoio prestado aos indivíduos e famílias. Nesta perspetiva tem confluído a ação de vários organismos públicos, privados e da sociedade civil, contribuindo para a concertação da ação social, numa lógica de parceria, complementaridade e participação, contribuindo para a inclusão social dos mais diversos grupos (Instituto da Segurança Social, 2013).

Contudo, esta realidade necessita de medidas de intervenção e apoio que não se cinjam apenas à segurança social. E é nesse seguimento que tem havido outras medidas

que visam o bem-estar do idoso, como a criação da figura do Provedor do Idoso em alguns municípios, enquanto pessoa idónea e com especial sensibilidade para as questões do envelhecimento, com o objetivo de servir de ligação entre a população sénior e as diversas instituições que atuam nesta área. Esta figura é normalmente, uma pessoa devidamente integrada na comunidade, que possa servir de apoio a pessoas de mais idade, assim como representá-las em situações que assim o exijam, nomeadamente junto da autarquia onde pertença, na definição das políticas para o envelhecimento adequadas.

Uma medida que foi recentemente aprovada e que poderá significar um avanço para os cuidados a prestar e para permitir que a pessoa idosa e/ou em situação de dependência se possa manter no seu meio natural de vida, foi o estatuto do cuidador informal, pela Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro. Em 2019, estimava-se que em Portugal existiam entre 230 mil a 240 mil pessoas cuidadas em situação de dependência. Assim, é considerado cuidador informal conforme a alínea 2, do art.º 2,

o cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, que acompanha e cuida desta de forma permanente, que com ela vive em comunhão de habitação e que não auferir qualquer remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada.

No distrito de Braga há desde 2020 dois concelhos que foram assinalados para concelhos pilotos no âmbito do cuidador informal, sendo os concelhos Cabeceiras de Basto e Vieira do Minho. Entretanto, espera-se que o mais rapidamente possível todas as pessoas que necessitem e cumpram critérios, possam usufruir desta medida de apoio social a nível nacional.

2. Políticas para o envelhecimento ativo e saudável

A par das políticas e medidas sociais que visam o bem-estar e a inclusão das pessoas idosas, caminham as políticas de saúde para as pessoas idosas. Obviamente que todas as medidas apresentadas devem ser adaptadas a cada caso concreto, devendo ser analisada cada situação, mediante cada necessidade. Contudo, estas medidas têm sido fundamentais para que se trabalhe em prol da dignidade do ser humano (art.º 1, da CDFUE), permitindo que as pessoas idosas tenham uma existência condigna e independente, garantindo e/ou lutando para que tenham direito à vida social e cultura (art.º 25, da CDFUE). As “pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e

evitem e superem o isolamento ou a marginalização social”, como o direito à realização pessoal e a uma participação ativa na vida da comunidade (art.º. 72.º da CRP).

Até há bem pouco tempo as políticas sociais existentes visavam, conforme referido, responder ao modo de desenvolvimento da sociedade industrial e aos problemas dela decorrente. As políticas sociais respondiam a problemas relacionados com a disfunção do sistema de produção, pretendendo responder nomeadamente às pessoas e grupos que ficavam fora do sistema produtivo, como os doentes, os inválidos, as crianças e as pessoas mais velhas que por motivos de idade já não eram consideradas aptas para trabalhar.

A aposta em políticas de saúde promotoras do envelhecimento saudável tem sido fundamental, uma vez que, conforme referido ao longo de todo este documento, o bem-estar da pessoa está muito relacionado com questões de saúde e a forma como as condições de saúde influenciam o quotidiano da pessoa idosa, nomeadamente a capacidade, a autonomia, a dependência, entre outros exemplos. Ou seja, a promoção de um envelhecimento ativo e positivo diz respeito a múltiplos setores, que envolvem não só a saúde, como a educação, a segurança social e o trabalho, os aspetos económicos, a justiça, o planeamento e desenvolvimento rural e urbano, a habitação, os transportes, o turismo, as novas tecnologias, a cultura e os valores que cada sociedade defende e que cada cidadão tem como seus. Claro que para estes objetivos serem alcançados é fundamental a alteração de comportamentos e atitudes da população em geral e dos diversos profissionais das diferentes áreas que lidam com este grupo populacional, nomeadamente os profissionais de saúde. O envelhecimento e a longevidade constituem uma grande conquista para a evolução humana e deve ser visto como um processo natural de vida e não encarado como um problema.

Em 2006 assiste-se à criação da primeira rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI) desenvolvida em articulação com o ministério da saúde e da segurança social. Esta lei proporciona o desenvolvimento de um sistema de proteção assente em cuidados de reabilitação de curta, de média e de longa duração, assim como cuidados domiciliários e cuidados paliativos. É uma medida que apoia a pessoa que necessita e a própria família, permitindo que após a recuperação a pessoa usufrua de qualidade de vida por um período de vida mais longo.

A par do anteriormente descrito, a saúde cria como prioridade o envelhecimento ativo e saudável, considerando que pode ser visto como um potenciador da economia através da dinamização do empreendedorismo e da possibilidade de gerar valor

acrescentado através do impacto positivo na qualidade de vida das pessoas idosas, da maior satisfação dos profissionais de saúde e prestadores de cuidados, da melhor qualidade de vida e segurança financeira dos familiares e outros cuidadores informais, bem como da maior eficiência e aumento da produtividade dos sistemas de saúde e de segurança social (Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025, 2017). Conforme estudos sobre a longevidade indicam, a prevenção de doenças, a manutenção das funções físicas e cognitivas e a frequente participação da pessoa idosa em atividades sociais e produtivas, são fatores fundamentais do envelhecimento ativo e para o seu bem-estar.

Conforme consta do documento da Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025, muito ainda pode ser feito para melhorar a qualidade de vida relativamente aos anos de vida que se têm vindo a ganhar. Assim, surge como metas de saúde constantes do Plano Nacional de Saúde algumas mudanças significativas relativas ao processo de envelhecimento até 2025, das quais se destacam:

Reduzir a mortalidade prematura (<70 anos) para um valor inferior a 20%; Aumentar a esperança de vida saudável aos 65 anos de idade em 30%; Reduzir a prevalência do consumo de tabaco na população com 15 ou mais anos e eliminar a exposição ao fumo ambiental; Controlar a incidência e a prevalência de excesso de peso e obesidade na população infantil e escolar” (Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025, 2017: 13).

Com estas espera-se responder à necessidade premente da criação de iniciativas integradas numa abordagem transversal e intersectorial, que tenha como premissa a adequação da saúde em todas as políticas públicas, como é o caso do envelhecimento da população e o crescimento das doenças de longa duração (Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025, 2017).

3. Contributos do serviço social para a intervenção com pessoas idosas

A assistência social é um direito da pessoa e um dever do Estado para com todos os cidadãos (Yasbek, 1995), pelo que o envelhecimento se tornou objeto de um processo de intervenção. Ou seja, o reconhecimento público da existência deste grupo populacional enquanto grupo potencialmente vulnerável, levou a que a política pública para as pessoas idosas se tenha assumido como um mecanismo estruturador das suas garantias sociais que permite a continuidade do socialmente “inscrito” (Mouro, 2013). Isto porquê?

Porque estamos perante uma sociedade de risco (Beck, 1992), numa sociedade em que parte da identidade de qualquer sujeito é construída a partir da sua relação laboral e quando esta se altera ou termina, a pessoa incorre no risco de ficar vulnerável, seja por motivos económicos, sociais, familiares ou outros.

Nesse sentido, a intervenção do assistente social, que é continuamente confrontado com as necessidades e com os interesses dos indivíduos que se encontram excluídos, torna-se premente. Por um lado, “os assistentes sociais desenvolvem o seu papel no âmbito da implementação de programas que têm um carácter compensatório das desigualdades sociais” (Nunes & Hoven, 2003, p. 51). Por outro lado, não são meros executores das políticas lançadas pelo Estado, mas constituem-se numa prática de regulação, que se pode orientar por estratégias que têm em vista a normalização, adaptação, emancipação e autonomia desses indivíduos. Ou seja, deve-se entender a prática do serviço social num duplo carácter de emancipação e de subordinação, no que respeita à sua actuação (Nunes & Hoven, 2003). Além disso, são vistos como profissionais capazes de se adaptarem e diversas realidades e com capacidade de desenvolverem a aprendizagem entre pares (Mouro, 2013).

Por sua vez, Faleiros (2004), apresenta-nos o campo de atuação do assistente social, como sendo aquele em que as conjunturas das políticas sociais se separam e ainda, onde se formam grandes interesses diante de questões concretas. Hoven (2003), diz-nos que a identidade do serviço social, deve ser entendida no contexto em que se desenvolve, no seu contexto social. Contudo, a atuação do assistente social, torna-se muitas vezes condicionada devido a fatores exteriores à sua ação. Concretamente no que se refere ao envelhecimento, o assistente social enquanto profissional do campo da gerontologia social deve ter conhecimentos biopsicossociais da velhice e do envelhecimento. Tanto para compreender, como para aplicar esses conhecimentos em prol das pessoas com que trabalha, sendo necessário também considerar outros âmbitos, como a política, a planificação social, a arquitectura, a legislação, entre outros exemplos. A intervenção social gerontológica, como qualquer intervenção, deve ser sempre precedida de uma avaliação diagnóstica abrangente, da situação da pessoa idosa. O sucesso da intervenção dependerá em grande medida dessa fase (Ribeirinho, 2005).

Deve ser realizada uma avaliação funcional da pessoa idosa, que deve contemplar os fatores intervenientes na determinação do estado funcional. Nomeadamente, o envelhecimento dos vários órgãos ou sistemas, alterações do estilo de vida e as condicionantes sócio-económicas. Esta avaliação deve ser multidimensional, do qual deverá resultar

um plano de intervenção que possa impedir a deterioração das capacidades ou promover o seu restabelecimento. Isto é, a intervenção deve situar-se num paradigma preventivo e não apenas curativo, com o objetivo de promover a melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa. É importante potenciar a participação ativa da própria pessoa idosa e da sua família e/ou responsáveis legais, no sentido de reforçar e atingir os objetivos estipulados com todas as partes envolvidas na relação (Ribeirinho, 2005).

Em todo o processo de intervenção, a pessoa idosa deve ser vista como a principal interessada e interveniente, o que também será determinante no sucesso dessa mesma intervenção. Se se utilizar planos estandardizados, o mais certo é que não se consiga o melhor para aquela pessoa, uma vez que cada pessoa idosa possui uma história e um percurso de vida, problemas e angústias próprias, condições de saúde ímpares, relacionais familiares e afetivas diferentes entre todos. Não é por ser idoso que se deixa de ter sonhos, vontade própria e opinião própria, que deve ser respeitada e escutada atentamente. Quando, por exemplo, no âmbito dos serviços de apoio domiciliário, não for possível executar determinada ação exatamente conforme a pessoa idosa solicita, deve-se ter o cuidado de explicar os motivos e procurar encontrar alternativas que satisfaçam o desejo ou o pedido. Este trabalho, não depende apenas do interventor social, neste caso, do assistente social, mas de toda a equipa técnica que deve estar atenta e comunicar aquilo que verifica no domicílio.

O serviço social, como instrumento de regulação social, é caracterizado por uma lógica de intervenção social que inclui em si:

- i) uma lógica em que a responsabilidade em primeiro lugar é da própria pessoa, a seguir da família e da comunidade e só em última instância é do Estado; ii) a redução das dimensões sociais e coletivas a características e circunstâncias pessoais e individuais; iii) uma ideologia de integração e harmonia social; iv) um discurso de autonomia e melhoria individual, em vez de uma abordagem de questões sociais relacionadas com as relações e desigualdades sociais; e v) uma conceção moralista de trabalho (Rodrigues, et al, 1996, p. 155).

Segundo Hoven (2003), com a crise do Estado-Providência, há o risco de uma despolitização e instrumentalização da profissão de serviço social, o que poderá, também, resultar em uma função mais normalizadora e moralizadora. Esta profissão, segundo o autor, é normativa e ainda que apresentando interpretações e direções diferenciadas, tem um projecto ético-político. Sendo que de acordo com as práticas profissionais que o autor

analisou, o objetivo de trabalho dos assistentes sociais é a luta contra a pobreza e a exclusão social.

4. Modelos e práticas de intervenção: do apoio psicossocial à mediação

No que se refere à intervenção com pessoas idosas, identificamos 4 modelos que passamos a apresentar: o modelo psicossocial, o modelo centrado na resolução de problemas, o modelo de intervenção em crise e o modelo de ação social/política, um dos modelos de organização comunitária J. Rithman. O primeiro, destina-se a cidadãos que manifestem um problema interno, como ao nível de relações familiares, devido a dificuldades no seu funcionamento psíquico e na relação dos sistemas; o segundo modelo, destina-se à intervenção com cidadãos que reconheçam e identifiquem os problemas; o terceiro modelo, de intervenção em crise, destina-se à intervenção com pessoas, famílias ou grupos que se confrontam com um problema e se sentem incapazes de o resolver sem apoio de um terceiro elemento, nomeadamente uma situação de crise pandémica como a que fomos confrontados durante o último ano. Por fim, o quarto modelo, destina-se a grupos excluídos em situações de injustiça e desigualdade social, o que acontece, infelizmente, com algumas pessoas idosas e/ou utentes de diversos apoios de cariz social.

Todos os modelos referidos, têm como objeto principal de intervenção, o indivíduo enquanto cidadão ativo e principal interessado em melhorar a sua condição de vida ou, pelo menos, em fazer face a determinado problema ou situação de vulnerabilidade, como o combate ao isolamento, a solidão, a pobreza, as desigualdades e a exclusão social. O indivíduo é muitas vezes sujeito a uma vulnerabilidade social constante, vulnerabilidade esta, que se apresenta como uma zona intermédia, carateristicamente instável, que conjuga a precariedade do trabalho e a fragilidade dos suportes de proximidade. Desta forma, “a pobreza surge como o resultado final de um conjunto de ruturas em cadeia de perdas e de vazios sociais” (Marques, 2009, p. 31) devido à falta de interação social, às dificuldades encontradas e à falta recorrente de oportunidades.

Vejam, não é apenas por estar desempregado que se conhece a dura realidade das desigualdades e da exclusão social. Como referido por Giddens (1996), “vivemos hoje num mundo assustador e perigoso” (p.7), num mundo em que muitos cidadãos/ãs não têm satisfeitas as necessidades básicas e, simultaneamente, num mundo em que se criaram necessidades que compelem a um ciclo imparável de produção e consumo, sendo que o objetivo do sistema económico capitalista é o de conseguir um lucro contínuo do investimento (Marx, 1979). Situação que não se consegue com a população idosa, uma

vez que se encontra reformada, normalmente, sem produzir e afastada de rede de relações que até outrora possuíam, podendo encontrar-se, ainda que contra sua vontade, em situação de vulnerabilidade, pobreza e exclusão social.

A velhice está relacionada como o momento a partir do qual um cidadão se reforma, normalmente aos 65 anos. É considerada resultado da civilização, um produto cultural e está relacionada com a perda de rendimentos e identidade e, também, com o isolamento, a solidão, a exclusão social e com a perda de estatuto social (António, 2013).

O aumento das pessoas muito idosas ganha cada vez maior relevância na e para a intervenção do serviço social, uma vez que este público-alvo está mais vulnerável a problemas sociais e de saúde associados ao risco de pobreza, desigualdades sociais, solidão, isolamento, necessidade de cuidados diversificados, questões de discriminação pela idade, violência e pressão sobre os recursos.

A intervenção através do modelo psicossocial é de extrema importância para toda a intervenção, não sendo o envelhecimento exceção. A pessoa idosa apresenta características próprias, com um percurso de vida que merece ser reconhecido e deve, sobretudo, ser tido em atenção. Uma relação de confiança e de empatia permitirá ajudar o cidadão a ajudar-se a si mesmo, reconhecendo os problemas, as limitações e participando no processo de decisão e de toda a intervenção. Após o reconhecimento dos problemas por parte da pessoa idosa, é possível intervir na resolução dos mesmos. É fundamental que o cidadão possua a capacidade de fazer face ao tipo de problema diagnosticado e queira participar na solução, não descurando do tipo de relação com o assistente social. Se a relação for positiva e consistente, permitirá que a pessoa confie no diagnóstico para que assim, juntos, possam definir os objetivos de intervenção.

No que se refere ao modelo de intervenção em crise, é um modelo de terapia breve, que prevê a resolução a um problema diagnosticado em determinada fase. Isso acontece por diversas vezes ao longo do acompanhamento à população. Concretamente na fase pandémica que vivemos, pode dar-se como exemplo a dificuldade que houve por parte de algumas pessoas no pedido e aquisição de medicação e/ou outros bens. Não esqueçamos que parte das pessoas que utilizam estes serviços se encontram em situação de vulnerabilidade social e de saúde, que em momentos de crise, como da pandemia, possuem mais dificuldades em fazer face às suas necessidades. Neste processo, considera-se fundamental a escuta ativa por parte do assistente social, por forma a diagnosticar e a perceber as reais necessidades da pessoa, apoiando-a sem criar falsas expectativas.

Por último, considerou-se pertinente a reflexão sobre o modelo de ação social/política, um dos modelos de organização comunitária J. Rithman. Conforme vários estudos têm vindo a demonstrar, parte da população idosa tende a perder o controlo sobre a própria vida, sobre as decisões daquilo que será o mais indicado para si, sendo sujeita, muitas vezes, a decisões que não vão de encontro com aquilo que desejam e podem colocar em causa o seu bem-estar. Assim, a pessoa idosa acaba por ser vítima, necessitando do apoio de terceiros para deixar de se encontrar nessa situação. Vejamos, a título de exemplo, o referido na investigação: “Desigualdades Sociais e Grupos Sociais Vulneráveis. Sociedade, Políticas e Estratégias de sobrevivência em Cabeceiras de Basto e Celorico de Basto” (Carvalho, 2019), na qual houve testemunhos em que os filhos ou outros familiares providenciaram a sua institucionalização em ERPI sem os consultar (à pessoa idosa entrevistada), tendo vindo acontecer, em alguns casos, contra a sua vontade. Aqui, coloca-se a questão de saber até que ponto é respeitada a vontade da pessoa idosa ou com incapacidade por parte das famílias e, também, das instituições que as acolhem. Mais uma vez, é fundamental o papel do assistente social como ativista para apoiar na procura de soluções.

As práticas do serviço social devem ser ajustadas à realidade e ao público-alvo com que se trabalha em determinado momento. A mediação é uma prática de resolução de conflitos, acontece num espaço de relação em que ocorrem conciliações, negociações, gestão de conflitos e arbitragens, essenciais ao sucesso de qualquer intervenção. Um processo estruturado que trabalha em torno da procura de soluções e alternativas sociais que, tantas vezes, são solicitadas aos técnicos que lidam com problemas de cariz social (Almeida, 2012). Ainda que esteja impedido de apresentar soluções, o assistente social deve estar atento, escutar e criar situações de encontro e proximidade favoráveis à emergência de respostas pessoais por parte dos educandos, promovendo sempre, uma distância ótima. Isto é, uma distância que permita a conjugação entre racionalidade, sensibilidade e serenidade (Carvalho & Baptista, 2004).

A mediação pensada como uma forma de intervenção social, pressupõe que haja um conflito, ou seja, uma situação conflitual. Esta noção de mediação pressupõe sempre que haja manifestação explícita de participação de ambas as partes que serão alvo da intervenção (Neves, 2010). A mediação social caracteriza-se por ser um processo de adesão voluntária que apresenta, essencialmente, como características e vantagens o facto de reconhecer a importância da participação dos sujeitos na construção de alternativas para os problemas e conflitos, sendo eles instalados ou emergentes; proporcionar a

construção ou o restabelecimento de laços sociais em que a ruptura seja evidente ou simbólica; promover o reconhecimento das competências e direitos dos cidadãos e; desenvolver de forma criativa e dinâmica um processo de interação permanente com o meio e com diversos agentes sociais (Almeida, 2012).

O mediador surge como um aproximador de pessoas e grupos, como um transformador que tem como objetivo promover o exercício de cidadania e contribuir para o reforço da justiça social. Não obstante, é importante distinguir entre a mediação e as técnicas de mediação. Isto porque em muitos casos, o assistente social utiliza técnicas de mediação e não promove a mediação como acontece, por exemplo, na resolução de litígios (Neves, 2010).

A mediação social acontece em situações concretas que evidenciam deficiências ou falhas de valorização dos sujeitos: trabalha-se com pessoas que apresentam dificuldades de afirmação de si mesmos, da relação que estabelecem ou não, com os outros. Em particular no envelhecimento, a mediação social surge como uma forma de equacionar os problemas, muitas vezes transformados em conflitos, os serviços e os processos de intervenção junto desta população. Procurando um modo de agir refletido que consolide, por um lado, a dimensão objetiva da qualidade de vida da pessoa idosa e, por outro lado, que conquiste e afirme a dimensão subjetiva como o relacionamento familiar com a família, com pessoas amigas e a vida associativa e participativa na comunidade (Almeida, 2012).

Os modelos de intervenção apoiados no diálogo reflexivo da realidade, permitem a construção de esquemas de ação. Estes, funcionam como quadros de análise estruturantes das redes de significados que emergem das interações humanas desenvolvidas numa determinada conjuntura situacional. Ou seja, não devem ser assinalados modelos de intervenção estáticos. Antes, contribuir para a sua construção, onde posteriormente serão consolidados, numa reflexão contínua com pensamento crítico. Estes modelos têm subjacentes uma determinada conceção de educação e de desenvolvimento humano. A partir desses aspetos, sobretudo a partir da partilha de saberes, experiências e ideias, consolida-se uma cultura profissional e intelectualmente exigente. Assim, os profissionais que intervêm no âmbito de uma pedagogia social, não poderão desistir de tomar uma posição em relação à pluralidade de opções de trabalho. É importante ter em consideração que não é possível que haja um modelo único de intervenção social, pois cada técnico terá de se adaptar a cada situação, meio e cultura em que encontra (Carvalho & Baptista, 2004).

Conclusão

Ao longo dos anos a sociedade e as necessidades têm vindo a alterar-se, existindo a necessidade de uma lógica de intervenção social adequada, multidimensional, que responda ao contexto atual. A par do surgimento do Estado-Providência há o cuidado de criação de medidas para salvaguardar o bem-estar da pessoa idosa, que ao longo dos anos foram sofrendo alterações. Nesse sentido, consideramos importante a reflexão sobre as políticas públicas apresentadas, uma vez que respostas que promovam o envelhecimento saudável e ativo proporcionam o bem-estar não só da pessoa idosa como da família e da comunidade. Mas não basta que sejam criadas políticas, ainda que adequadas, é necessário que estas sejam colocadas em prática por profissionais especializados, com a sensibilidade e competência necessárias para intervir com esta população.

O serviço social é uma área profissional que se tem vindo a especializar ao longo dos anos no campo da gerontologia social, nomeadamente ao nível de conhecimentos biopsicossociais da velhice e do envelhecimento, considerando essencial a realização de um diagnóstico multidimensional acerca da pessoa com quem se irá intervir. E é com este paradigma, que se pretende uma intervenção mais preventiva do que remediativa, onde o papel do assistente social ganha cada vez maior relevância, ao apostar numa intervenção que tenha em vista a qualidade de vida da pessoa idosa relativamente aos anos de vida que se têm vindo a ganhar. Com uma intervenção orientada, cuidada, respeitando modelos mais indicados para cada caso, possibilitando o acompanhamento e o encaminhamento mais adequado.

Referências Bibliográficas

Almeida, H. N. (2012). Envelhecimento, Qualidade de Vida e Mediação Social Profissional na Saúde. In M.I. Carvalho (coord.). *Serviço Social na Saúde*. pp. 139-181. Pactor.

António, S. (2013). Das Políticas Sociais da Velhice à Política Social de Envelhecimento. In M.I. Carvalho (coord.) *Serviço Social no Envelhecimento*. Pactor.

Beck, U. (1992). *Risk Society: Towards a New Modernity*. Sage.

Carvalho, D. A. & Baptista, I. (2004). *Educação Social – Fundamentos e Estratégias*. Porto Editora.

Carvalho, H. M. S. (2019). *Desigualdades Sociais e Grupos Sociais Vulneráveis. Sociedade, Políticas e Estratégias de sobrevivência em Cabeceiras de Basto e Celorico de Basto*. [Tese de Doutoramento]. Instituto de Ciências Sociais, Universidade do Minho. <https://hdl.handle.net/1822/65061>

Carvalho, M. I. & Almeida, M. J. (s.d). *Contributo para o desenvolvimento de um*

modelo de proteção social na velhice em Portugal. http://www.app.com.pt/wp-content/uploads/2014/07/Artigo_Contributo-para-o-desenvolvimento-de-um-modelo-de-proteção-social-na-velhice-em-Portugal_MªIC-e-MJA.pdf

Direção Geral da Saúde (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025*. Direção Geral da Saúde. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>

Faleiros, V. P. (2004). Uma relação contraditória e possível entre o “seu” e o “eu”? In M. A. Nogueira (coord.). *Um Estado para a Sociedade Civil – Temas Éticos e Políticos da Gestão Democrática*. Edições Cortez.

Giddens, A. (1996). *As Consequências da Modernidade*. Celta Editora.

Hoven, R. (2003). O Trabalho Social Comunitário. In A. Henriquez et al. (org.) *Serviço Social: Unidade na Diversidade Encontro com a Identidade Profissional*. I Congresso Nacional de Serviço Social, Aveiro 2002.

Hoven, R. e Nunes, M. H. (org.) (1996). *Desenvolvimento e Acção Local*. Fim do Século.

Instituto da Segurança Social, ISS (2013). Decreto-Lei n.º 13/2013 de 25 de janeiro. http://www.seg-social.pt/documents/10152/1226101/Decreto-Lei_13_2013_25_janeiro/de5d2ca2-1141-49fe-9cd9-c72b9bb9aa3e

Marques, A. P. (2009). *Trajatórias Quebradas. A vivência do desemprego de longa duração*. Edições Afrontamento, Lda.

Martins, G. d’Oliveira (1991). *Portugal Instituições e Factos*. Colecção Sínteses a Cultura Portuguesa, Comissariado para a Europália 91. Imprensa Nacional – Casa da Moeda.

Marx, K. (1979). *O Capital*. Edições 70.

Mendes, A. M. S. C. (2017). *Importância Económica e Social das IPSS em Portugal*. CNIS - Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade https://www.researchgate.net/publication/331134938_Importancia_Economica_e_Social_das_IPSS_em_Portugal

Mouro, H. (2013). Envelhecimento, Políticas de Intervenção e Serviço Social. In M.I. Carvalho (coord.). *Serviço Social no Envelhecimento*. pp.17-34. Pactor.

Mozzicafredo, J. (1992). O estado-providência em Portugal: estratégias contraditórias. *Sociologia - problemas e práticas*, 12, 57-89. <http://hdl.handle.net/10071/1078>

Nenes, T. (2010). Modelos de mediação social. In J. A. Correia & A.M. Silva (coords.). *Mediação: (d)os contextos e (d)os actores*. Edições Afrontamento.

Pinto, R. P. (2016). *Estado, Pobreza e Punição, Sobre o modelo analítico de LoicWacquant e seu contributo para a compreensão da ação institucional no caso português*. Edições Afrontamento.

Ribeirinho, C. (2005). *Concepções e Práticas de Intervenção Social em Cuidados Sociais no Domicílio*. [Dissertação de Mestrado] Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa.

Rodrigues, E. V. (2010). O Estado e as Políticas Sociais em Portugal *Sociologia. Revista do Departamento de Sociologia da FLUP, Vol. XX*, pp. 191-230.

<file:///C:/Users/Furriel/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/IE/4PKYFSB5/8794.pdf>

Rodrigues, F. (1996). Pobreza e Exclusão Social: Configurações e Perspectivas, a Intervenção e Formação dos Profissionais Sociais. In R. Hoven & M.H. Nunes (orgs.) *Desenvolvimento e Acção Local*. Fim do Século.

Rosa, M. J. V. (2012). *O Envelhecimento da sociedade portuguesa*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Santos, B. de Sousa (1991). Subjectividade, Cidadania e Emancipação. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 32.

Silva, M. C. (2001). A Sociedade e o Estado perante as desigualdades sociais: o caso português. In B.S. Santos, A. Cohn e A. Camargo (orgs.). *Brasil – Portugal entre o passado e o futuro. O diálogo dos 500 anos*, pp. 541-597. EMC Edições.

Silva, M. E. V. (2006). *Se fosse tudo bem, a velhice era boa de enfrentar! Racionalidades leigas sobre envelhecimento e velhice - um estudo no Norte de Portugal*. [Tese de doutoramento] Universidade Aberta. <http://hdl.handle.net/10400.2/788>

Wall, K. (2005). Modos de guarda das crianças. In K. Wall (org.). *Famílias em Portugal. Percursos, Interações, Redes Sociais*. Imprensa de Ciências Sociais.

Yasbek, C. (1995). Assistência Social: Direito do Cidadão, Dever do Estado, Conferência Magna. In M.H. Nunes (coord.). *Agência do Assistente Social, regulação e rendimento mínimo garantido*. Estratégias Criativas.