



Instituto Superior
de Ciências Sociais e Políticas
UNIVERSIDADE DE LISBOA

U LISBOA

UNIVERSIDADE
DE LISBOA

Risco em Saúde e Políticas Sociais:

A Intervenção do Serviço Social Local na promoção do Acesso à Saúde.

Nome do Autor: Rita Bento Freitas

Nome do Orientador: Professora Carla Pinto

2015

Tese de Mestrado em Sociedade, Risco e Saúde

Agradecimentos

À minha família, que me formou enquanto Pessoa. Obrigada pelo estímulo para resolução de questões da minha vida particular, académica e laboral. À minha irmã, mãe, pai, avó e avô. Ao avô e à avó, que não estando fisicamente presentes, estão sempre comigo.

Aos meus Amigos... Joana, Melo, Ouro, Sílvia, Tiago, Renata, Teresa, Mafalda, Raquel e Rita.

Aos colegas da Junta de Freguesia, em especial ao Tino, Ana, Fernanda, Mónica e Diogo.

Aos Professores que me acompanharam, em especial à minha orientadora, Carla Pinto.

Índice

Agradecimentos.....	ii
Introdução	1
1. O desenho da Pesquisa: Mapa Conceptual	2
1.1 Objetivo Geral e Objetivos específicos	3
1.2 Métodos e Técnicas de Recolha de Informação	3
1.3 Limites e Potencialidades do estudo: Os dois papéis e Questão Ética.....	4
2. Uma Sociedade de transitoriedade	5
2.1 Sociedade e Saúde	5
2.2 A Saúde e os Contributos da Sociologia da Saúde.....	7
3. A População Portuguesa e o contexto Internacional: alguns impactos.....	12
3.2 Saúde e Política Social.....	14
4. Os Determinantes Sociais da Saúde	18
5. O Contributo do Plano Nacional de Saúde	19
6. Serviço Social e a Intervenção na Pobreza e Exclusão	21
6.1 A Intervenção Psicossocial: relacionamento, acompanhamento e encaminhamento ..	22
6.2 Intervenção Psicossocial e Família.....	23
6.3 Pobreza e Exclusão – Importância e impactos	25
6.4 Política de Segurança Social e de Saúde	28
6.4.1 As Prestações Sociais.....	29
6.4.2 A dependência e as Políticas Sociais	29
7. Contexto de Intervenção Social numa Autarquia local	30
7.1 A Rede Institucional de Acompanhamento na Freguesia.....	35
8. Caracterização da População acompanhada.....	36
8.1 Género, Estado civil e Comunidades Migrantes	40
8.2 Contexto Económico da população acompanhada	42

8.3 Necessidades Identificadas nos Atendimentos	43
8.3.1 Articulação com respostas e apoios existentes	45
8.3.2 Intervenção em Emprego.....	48
8.3.3 A Dependência	51
8.3.4 Intervenção na área da Habitação e seus impactos	55
8.3.5 Saúde em cooperação com os outros Eixos de Intervenção	58
8.3.6 Respostas existentes e novos Projetos	59
9. Avaliação da Intervenção	63
Conclusão.....	64
Fontes Bibliográficas:.....	65

Índice de Figuras

Figura I – Figura I – Proposta de Mapa Conceptual	2
Figura II – Gráfico de Jenkins aplicado ao estudo	4
Figura III - Divisão Territorial de Lisboa,....	32
Figura IV - Pirâmide Etária da população residente em Lisboa	32
Figura V - Distribuição da população da freguesia por idades	33
Figura VI – Zonas de Intervenção da SCML	36
Figura VII – Genograma e Eco-mapa – (Exemplo A)	38
Figura VIII – Genograma e Eco-mapa – (Exemplo B)	39
Figura IX – Genograma e Eco-mapa – (Exemplo C)	40

Índice de Gráficos

Gráfico I – Áreas de Intervenção das Instituições da Comissão Social de Freguesia	34
Gráfico II – Evolução do número de Agregados Acompanhados	37
Gráfico III – População acompanhada por Idades	37
Gráfico IV – Origem de pedido de apoio social por género	40
Gráfico V – Estado Civil do chefe do Agregado Familiar	41
Gráfico VI – Proveniência do rendimento Familiar	42
Gráfico VII – Evolução dos pedidos de teleassistência	52
Gráfico VIII – Pedidos de Teleassistência – Estado Civil	52
Gráfico IX - Pedidos de Teleassistência – Motivos	53
Gráfico X – Pedidos de Teleassistência – Doenças identificadas	53
Gráfico XI – Apoios no âmbito do FES (2014 a 2015)	54
Gráfico XII – Ano de construção de habitações na Freguesia (censos 2001)	57

Índice de Tabelas

Tabela I - Tabela Comparativa entre população Portuguesa e Lisboaeta	33
Tabela II – População acompanhada por Idades	37
Tabela III – Resumo de pedidos de Apoio à Segurança Social	45
Tabela IV – Total de Beneficiários da Segurança Social	47
Tabela V – Apoios a Formandos (IEFP)	50
Tabela VI – Despesa habitacional por grupos da população acompanhada	57
Tabela VII – Resumo de respostas por Área de Intervenção (na Freguesia)	60

Índice de Anexos

Anexo 1 – Ficha de Triagem e Acompanhamento Social

Anexo 2 – Tabelas síntese (construídas) de apoios alimentares e apoios diretos

Anexo 3 – Exemplo de relatório social de encaminhamento

Anexo 4 - Cronograma do estudo

Anexo 5 – Regulamento do Fundo de Emergência Social

Introdução

Segundo a Organização Mundial de Saúde (1948), Saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social, não apenas ausência de doença física ou mental. A Carta de Ottawa (1986: 1), defendeu a necessidade de capacitar comunidades para uma atuação concertada de “melhoria da sua qualidade de vida e saúde” e controle da incerteza.

A Saúde está correlacionada com recursos sociais, pessoais e físicos, sendo a sua promoção responsabilidade individual, resultado de estilos de vida, e comunitária, por derivar de contextos e do desempenho do Sistema de Saúde na prevenção e resolução da doença. O desenvolvimento em Saúde implica perceber quais as aspirações a nível da mesma, de modo a satisfazer necessidades, modificando aspetos ambientais quando necessário, no sentido de tornar possível a sua concretização. A Saúde, “recurso para a vida”, resulta de “recursos sociais e pessoais” e das “capacidades físicas” (Ottawa, 1986: 1) devendo ser promovida a aproximação das condições de Saúde nos vários países, assegurando a Paz, Habitação segura, Educação, Alimentação, rendimento, sustentabilidade do ecossistema, Justiça Social e Equidade.

Neste sentido, pode considerar-se que o inaccessório condiciona o desenvolvimento pessoal, social e económico. A equidade assume especial relevância, na promoção da saúde para o todo, universalizando recursos, se reduzem diferenças no estado de saúde da população geral (Carta de Ottawa, 1986: 2). Neste sentido, torna-se fundamental perceber-se qual o trabalho realizado a nível local, de âmbito também social, com impacto na Saúde da Comunidade. Para tal, será analisada a intervenção social local de uma Junta de Freguesia em específico, avaliando-se a ação da mesma, procurando-se respostas novas, resumindo as existentes, com impacto na Saúde das pessoas socialmente acompanhadas, focando sempre questões de acesso.

1. O desenho da Pesquisa: Mapa Conceptual

O facto de ser licenciada em Serviço Social, exercendo atividade numa Junta de Freguesia contribuiu para aumentar o interesse pelo tema, conjugando-o com questões ao nível de Saúde individual e Pública. Para tal, optou-se pelo seguinte desenho de pesquisa e definição dos objetivos.

Questão Chave: Qual o papel e as estratégias de intervenção dos Assistentes Sociais na Ação Social local na promoção do acesso à Saúde em beneficiários de apoio social?

O tema tem como objeto o trabalho social na promoção da Saúde da população, com base na atuação do Serviço de Ação Social de uma Junta de Freguesia, que responde a diferentes necessidades identificadas, face à etapa de vida, desempenho de redes formais e informais de apoio, rendimento disponível, entre outros indicadores. Em contexto de crise socioeconómica e austeridade, parecem recair nas Instituições locais responsabilidades de intervenção social tendo em conta a proximidade identitária e geográfica. É fundamental focar questões de Saúde (Determinantes Sociais e sua interligação), Risco e vulnerabilidade, regulação e Política Social. Para a análise opta-se por construir o mapa conceptual que se segue:

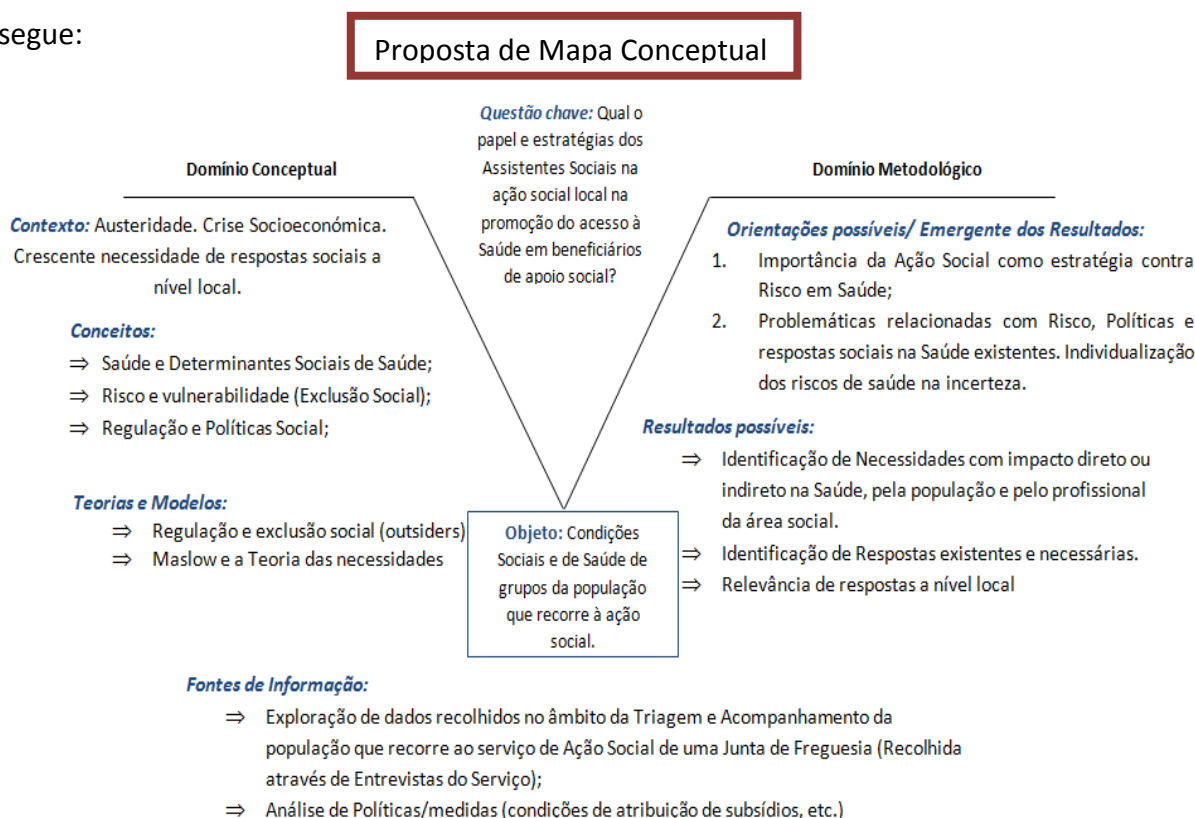


Figura I – Proposta de Mapa Conceptual

1.1 Objetivo Geral e Objetivos específicos

Objetivo Geral: Compreender relação entre Risco em Saúde e condições sociais de vida, analisando processos, estratégias, e papéis dos Assistentes Sociais de intervenção local, compreendendo o modo como o Apoio Social responde a necessidades de acesso à Saúde de grupos considerados vulneráveis.

Objetivos específicos:

- Caracterizar a situação socioeconómica e de Saúde da população alvo
- Identificar necessidades Sociais em Saúde (e sua interceção);
- Identificar aspetos relacionados com a Pobreza e Exclusão Social da população alvo, relacionando-os com os determinantes sociais de Saúde;
- Identificar entraves sociais à concretização de necessidades de Saúde;
- Descrever aspetos da intervenção social com esta população (redes e resposta de apoio);
- Analisar necessidades e respostas existentes à luz das Políticas de Saúde e Sociais.

1.2 Métodos e Técnicas de Recolha de Informação

Para tal, recolheu-se informação documental, *pesquisa bibliográfica e documental* de literatura relacionada com Saúde, intervenção social, *legislação* e análise de fichas de processos sociais; recolhendo-se também informação não Documental (exploração de documentos recolhidos em entrevistas semi-directivas e semi-estruturadas à população acompanhada no Atendimento Social da Junta de Freguesia).

Serão recolhidos dados nos atendimentos sociais da Junta de Freguesia (recenseados e residentes). As *Entrevistas em Profundidade* terão em conta *Critérios de Risco e idade e, na análise dos Processos Sociais, ter-se-á em conta dois processos: a Triagem, tendencialmente mais informal e aberta, permitindo recolha de dados pessoais, documentos, contactos, composição de agregado, necessidades identificadas e estabelecimento de um Plano de intervenção (que irá sendo alterado); e o Acompanhamento Psicossocial, mais diretivo e formal, com aprofundado conhecimento da situação, direcionando para resolução de problemáticas específicas.*

Estes dados permitiram retirar conclusões ao nível das problemáticas presentes e das necessidades identificadas, com impacto ao nível da Saúde e da qualidade de vida, permitiram também caracterizar a população que recorre ao acompanhamento social.

1.3 Limites e Potencialidades do estudo: Os dois papéis e Questão Ética

A conciliação dos papéis de investigadora e Assistente Social da Junta de Freguesia em estudo poderá levantar questões de ética, suscitando questões ao nível da objetividade. No sentido de não condicionar resultados, a análise dos dados será efetivada sem os nomes, sendo impossível identificar famílias específicas, permitindo algum afastamento face à amostra.

A amostra conta com 774 agregados, dados recolhidos entre Junho de 2013 e Dezembro de 2014, compreendendo um ano de intervenção do executivo. O Estudo tem um carácter tendencialmente exploratório e descritivo, tendo sido autorizado pelo Presidente de Junta. Tratando-se de uma Junta, está sujeita a questões políticas, optando-se por deixar um breve resumo do funcionamento político, beneficiando do contributo gráfico de Jenkins (Jenkins, 1978 In Pereirinha, 2008), tendo em conta contextos, inputs, outputs, entre outras forças presentes.



Figura II – Gráfico de Jenkins aplicado ao estudo

2. Uma Sociedade de transitoriedade

Segundo Carmo (2008: 31), vivemos numa Sociedade marcada por uma “mudança acelerada”, diferente das gerações anteriores e, simultaneamente, de “manutenção”, podendo estar na origem de “agravamento de assimetrias sociais”. Vivemos numa sociedade marcada por grande transitoriedade consequente da efemeridade defendida por Toffler (1970), tendo em conta a facilidade com que descartamos o material e o imaterial, e consequente perda de valor. O desenvolvimento de meios e vias de transporte e a crescente urbanização influenciaram as relações sociais. Os meios relacionais são hoje predominantemente urbanos e não rurais, compostos por mais pessoas, com menos e mais fracas relações, tratando-se, por vezes, de uma “mera interação entre papéis sociais”. (Carmo, 2008: 32-33) Tal facto influencia claramente as relações entre pessoas, podendo estar na origem também da necessidade crescente de resposta formais, da sociedade e estatais, que intervenham na incerteza em Saúde, salvaguardando do perigo e da incerteza, conceitos que serão focados no trabalho.

2.1 Sociedade e Saúde

A saúde, e a manutenção da mesma, surge relacionada com conceitos de segurança/conservação, positivamente conotados. Ao risco, a “possibilidade de um evento danoso que uma outra decisão poderia ter evitado”, é atribuída conotação negativa, tendendo a ser evitado/minimizado, associado muitas vezes a transgressão. Risco é a possibilidade de ameaça futura, e ausência de garantias face ao imprevisto, implicando escolha, sendo que, por vezes, para se evitar um risco pode incorrer-se noutra. O conceito de perigo, por sua vez, diz respeito a possibilidade de dano futuro. São assim, essenciais questões de regulação na incerteza, tendo em conta conceitos de segurança e estabilidade que variam de acordo com a moral vigente. (Giorgi, 2008: 39-42)

Segundo Rangel (2007: 1376-1377), risco é um modo de avaliar a possibilidade de acontecer algo negativo, repercutindo-se na morbidade ou mortalidade; sendo que a incerteza inerente ao risco leva ao aumento de respostas sociais e à “reorganização” do poder.

A comunicação social, influenciada por interesses políticos, guia opiniões, dando maior visibilidade a alguns motores de risco. (Giorgi, 2008: 44) Segundo o autor, o aumento da

informação não diminuiu o risco mas provocou o aumento do receio face à incerteza e o perigo, sendo impossível evitar alguns danos resultantes de decisões. A interpretação social do risco é modo de “racionalizar o medo”, para evitar outros riscos. Contudo, enquanto a sociedade tenta evitar um risco, tende expor-se a outros. (Giorgi, 2008: 45). Neste sentido surgem políticas de prevenção que abrangem pessoas que poderiam vir ou não a ser afetadas, aumentando o sentimento de segurança. Bom exemplo disso, é o aumento da contratualização de seguros privados, protegendo com dano palpável, sendo contratualizado face a possíveis perigos.

As Políticas Públicas visam a distribuição de risco, bem como a redistribuição e criação de respostas e recursos face ao mesmo. O Sistema Nacional de Saúde é “especializado no tratamento das doenças”, contudo os sistemas de saúde não têm apenas a missão responder na doença mas de reduzir perigos da mesma, transferindo a responsabilidade relativa aos riscos da doença para o sistema político, o direito e a economia. (Giorgi, 2008: 48)

O desenvolvimento da medicina e do conseqüente conhecimento de doenças tem permitido avaliar probabilidade de adoecer, dando maior visibilidade aos sistemas de saúde, sabendo-se que determinadas decisões políticas podem evitar alguns resultados negativos. Segundo Fernandes (2008: 24), Saúde Pública é "a ciência e a arte de prevenir a doença, prolongando a vida e promovendo a saúde física (...) através de esforços comunitários", intervindo-se no saneamento e qualidade do ambiente, controle de infeções, promoção da higiene pessoal, organização de respostas médicas e enfermagem, e da existência de um conjunto de mecanismos e respostas sociais que asseguram padrões de vida promotores de Saúde.

As ações das políticas públicas são conjuntos de práticas e normas integradas na sociedade, elaboradas com objetivos específicos, entre eles a diminuição de desigualdades, combatendo condicionantes de ordem biológica, social de âmbito individual e de grupo.

Vivemos, segundo Giddens (2000), uma modernidade marcada por fenómenos decorrentes da globalização, segundo Beck (2001) é fundamental para que se perceba que o fenómeno implica novos riscos sociais e civilizacional que poderão ser potenciadores de ameaças ambientais, alimentares e de saúde. Se por um lado o desenvolvimento industrial permitiu

aumentar a produção e o número de bens de consumo disponíveis, por outro aumentou também, por exemplo, níveis de poluição que colocam em risco a qualidade do ar.

Torna-se possível correlacionar perfis de risco ao nível da Saúde individual, coletiva e desenvolvimento demográfico, níveis de natalidade e mortalidade face a padrões de vida e acesso a recursos, sendo que Estilos de vida são influenciados pelos conhecimentos médicos vigentes, sua difusão e interpretação social, variando o acesso à informação. (Fernandes, 2008: 27) A Saúde Pública começou por ter uma missão sanitária e higienista, dando resposta a necessidades de prevenção médica da doença, afirmando-se como parceira da Sociologia, Epidemiologia, Engenharia do ambiente e Demografia, de modo a aplicar conhecimentos das ciências naturais e sociais ao desenvolvimento sustentável e saudável da população. (Fernandes, 2008: 26-28) A saúde pública poderá guiar atuações governativas e as próprias entidades locais, através de identificação de focos de doença e inaccessos na origem da mesma.

2.2 A Saúde e os Contributos da Sociologia da Saúde

Questões de Saúde e doença estão direta ou indiretamente relacionados com conceitos da Sociologia e da Sociologia da Saúde, focando-se o Desvio, e a sua ligação com questões de exclusão social, motor de vulnerabilidades sociais. Oposto à norma, implica rotulagem, estigmatização e, por vezes, interiorização de considerações sociais, resultando em falhas de integração. (Becker, 1991: 186-187) A doença poderá ser considerada desvio quando associada à falta de desempenho de papéis sociais, familiares e profissionais, entendendo-se que indivíduos deverão ser responsáveis pela proteção do estado da sua saúde. (Silva, 2008: 12) A ação desviante resulta do contacto com outros, do ajustamento comportamental, grupal ou individual, resultante da aprendizagem do que é ou não socialmente aceite.

Alguns estudos defendem que indivíduos de classes mais baixas tendem a ficar mais tempo hospitalizados e a recair mais vezes, face à vulnerabilidade social. (Silva et al, 2013: 24-25) Corelacionar e Interpretar a doença enquanto forma de Desvio implica vê-la como motivo de “falha” no desempenho de funções (perda de capacidade produtiva temporária ou permanente), sendo a norma trabalhar até 66 anos, cabendo à medicina avaliar incapacidade, sem multidisciplinariedade na avaliação. (Silva et al, 2013)

O senso comum, sentido dado a problemáticas e fenómenos sociais, desprovido de cientificidade, influenciado por aspetos individuais e culturais. A cultura é também influenciada por situações sociais e de pertença de carácter individual, influenciando juízos. (Becker, 1991: 233-234) O enorme conhecimento da medicina e biomedicina, influência respostas em saúde sem ter, por vezes, em conta perspetivas sociais.

Segundo Silva (2008: 12), as doenças crónicas com as quais se vive com alguma qualidade, ainda que não sejam “curáveis”, são as mais frequentes.

Se, por um lado, no século XIX, o médico tinha papel exclusivo na resolução da doença (exclusivamente física), atualmente, devido à crescente necessidade de aproximar os serviços à comunidade, a medicina parece ter perdido parte da “exclusividade”, ganhando visibilidade a Psicologia (visão psicossomática) e as equipas multidisciplinares, centradas na pessoa-paciente e não nas “disfunções físicas”, promotoras de cirurgias ou fármacos. (Silva, 2008: 13)

Assim, a pessoa doente passa a ter um estatuto social decorrente da doença, deixando assim de ser visto como estado puramente biológico, desviante da norma. A assunção de doença enquanto desvio decorre da mensagem, tendencialmente médica, de algo corrigível através da medicina. (Parsons, 1955 cit in Silva, 2008: 14). No final do século XX a doença deixou de ser vista como desvio, assumindo o doente um papel específico, podendo recorrer a medicina alternativa e práticas centradas na pessoa. (Saks, 1998 cit in Silva: 2008: 14)

Santos (2005: 123) foca o conceito de *construção social* enquanto “construção de perfis identitários”, sendo um “processo social” que origina formas de pensamento crítico face à identidade de cada um, podendo assim influenciar a avaliação que faz de si próprio, bem como a categorização dos outros que nos rodeiam. Influencia, portanto, a construção de estereótipos e representações sociais. Não deve ser esquecido que a forma como algo é socialmente interpretado varia de acordo com valores e normas dominantes e influencia comportamentos em sociedade. A questão do desvio demonstra assim o quanto a autodisciplina é socialmente valorizada, sobretudo em questões de Saúde, nas quais o “normal” é ser-se saudável, assumindo-se que cada um deve adotar estilos de vida promotores de bem-estar e saúde, devendo evitar comportamentos potencialmente prejudiciais à mesma. (Silva: 2008: 14)

As condições específicas de contexto podem tornar-se promotor ou não de saúde, o estudo de determinantes sociais da saúde torna-se assim essencial (Calnan, 1987 cit in Silva, 2008: 16). Maslow, através da pirâmide que construiu, defendeu uma hierarquia entre as necessidades de qualquer pessoa, sendo as necessidades físicas base para a concretização de todas as outras, inclusivamente sociais, as últimas da pirâmide a serem atingidas. Surgem como base as necessidades fisiológicas, como por exemplo a alimentação, sem as quais não é assegurada sobrevivência.

Após asseguradas estas necessidades mais básicas, segue-se a necessidade de segurança, em oposição ao risco, como garantia de estabilidade e manutenção, seja física, financeira ou outras. Posteriormente, há também necessidade de associação, sobretudo relacionada com questões de pertença, à qual se segue também a necessidade de estima, a necessidade que temos de nos sentir apreciados e de nos sentirmos confiantes em nós próprios. De todas as necessidades identificadas pelo autor, está no topo da pirâmide, a necessidade de autorrealização, por se prender sobretudo com o desejo de concretização. (Robbins, 2002 cit in Ferreira, 2010: 4)

Segundo Silva (2008: 15), pessoas socialmente acompanhadas vivem normalmente situações de desvantagem, pertencendo a grupos específicos da estrutura e hierarquia social, sendo que esta pertença condiciona estilos de vida e acessos específicos, podendo tornar-se propulsor de risco. Cabe ao Serviço Social minimizar desigualdades, inclusivamente na saúde, propiciando conhecimento de respostas de prevenção e tratamento, tornando os indivíduos responsáveis por escolhas e modos de vida. Segundo Silva (2008: 15) pode resultar em alguma “culpabilidade” para o indivíduo se não seguir indicações da “autoridade médica” e do assistente social; pode também dotar a pessoa da perceção de que poderá haver possibilidades de escolha. Foucault (1976 cit in Silva, 2008: 16) estudou relações de bio poder médico, a politização do risco e a regulação social do corpo, defendendo que são esquecidas condições de contexto que impossibilitam a escolha à pessoa. (Silva, 2008: 17)

O Serviço Social pode, por vezes, assumir funções paramédicas, se apoiar a disseminação de procedimentos médicos, ajudando a atribuir-lhe uma dimensão de obrigatoriedade. Exemplo disso é a campanha de vacinação das crianças, assumindo-se que todos somos potenciais doentes. É no entanto essencial evitar diagnósticos tardios, e nesse sentido o

Serviço Social pode também difundir informação acerca de saúde e estilos de vida, tendo em conta estatutos socioprofissionais e responsabilidade diversas dentro da sociedade. (Silva et al, 2013: 1),

Sociedades hierarquizadas originam desigualdades socioprofissionais, habitacionais, de género, idade ou etnia. A Saúde, medida pela mortalidade e morbidade, é influenciada por contextos, quanto pior situação socioeconómica, maior probabilidade de morrer. (Silva et al, 2013: 3)

O modo como se interpretou a Saúde e a doença foi-se moldando ao desenvolvimento social e moral, se anteriormente o poder político se detinha em questões de higiene e saneamento, a partir do século XVIII, a questão da desigualdade assumiu vertente moral, em que “maus costumes de vida” dos mais pobres originavam doença. No século seguinte, demonstrou-se relevância do meio e implicações nocivas de alguns contextos e o século XX foi já marcado por avanços médicos cirúrgicos e preventivos. Apesar da diminuição da mortalidade, permaneceram diferenças de âmbito social, grupos com níveis mais altos de morbidade e mortalidade. (Silva et al, 2013: 2) No geral, pessoas com menor instrução e rendimento demonstram também ter pior perceção da sua saúde, ainda que procurem também por norma, os serviços de saúde tardiamente. Demonstram também participar num menor número de atividades de lazer, realizar uma alimentação menos equilibrada e manter alguns comportamentos com influência negativa na qualidade de vida. (Silva et al, 2013: 4)

Os Estilos de vida são frequentemente partilhados pelos elementos de determinado grupo social, influenciando expectativas, conhecimentos, perceção do corpo e identificação de sinais de prevenção de quem o compõe. A intervenção social comunitária pode, por isso, promover a Saúde pelo conhecimento do corpo e de consequências dos comportamentos (Silva et al, 2013: 4), empoderando a pessoa, alertando para possibilidade de doença e de negociar com o médico cuidados e tratamentos, promovendo diagnósticos tão precoces quanto possível.

Questões de género parecem influenciar a morbidade e mortalidade, tendendo os homens a viver menos; apesar das mulheres terem maiores taxas de morbidade e de tenderem a recorrer mais frequentemente a serviços de saúde e à prescrição de medicação, com uma avaliação menos positiva da saúde. (Silva et al, 2013: 5-10). Estudos demonstram que as

mulheres vivem mais devido a estilos de vida tendencialmente mais saudáveis e à maior atenção a sinais (melhor prevenção) e menor número de comportamentos de risco, mais associados à figura masculina (consumo de álcool etc). (Silva et al, 2013: 5-10).

Em 2008, a Comissão para as determinantes sociais em Saúde concluiu que desigualdades de género têm consequências negativas sobretudo no feminino por questões sociais e não tanto biológicas. Em 2010 focou a importância dos contextos políticos, sociais e económicos, da situação individual, possibilitando ou não escolhas, condicionando estilos de vida.

Intenções do Leigo, pessoa não profissional médica, e do doente, enquanto pessoa que quer sobretudo sentir-se melhor, chocam por vezes com a opinião dos profissionais médicos, podendo entrar em confronto o que o doente espera e o médico vê, sendo as do último tendencialmente dominantes. (Bury, 1997: 4-7) O doente que procura apoio social na resposta à doença, pode sentir este confronto, procurando auxílio sobretudo ao nível da informação acerca de direitos, recursos e respostas existentes. O interacionismo de Bury (1997: 7) enfatiza a necessidade de negociação, prevendo-se a definição da doença/problemática definida em conjunto, evitando que a pessoa acompanhada dificulte a intervenção, transformando sintomas ou manipulando se não lhe for dada possibilidade de escolha, por exemplo, de timings de intervenção.

Segundo Goffman, nas instituições totalitárias (Lares, hospitais, entre outros) os indivíduos têm de comportar-se como o definido, originando o que chama de desumanização de quem é comportalmente monitorizado, adaptando-se de acordo com o que esperam (representação). O hospital produz a maneira de ser médico, enfermeiro e doente. Também a sociedade se demonstra totalitária por vezes, pessoas sabem que esperam que trabalhe e produza. Para tal, protege do risco “incapacitante”, fazendo assumir comportamentos “socialmente expectáveis”. Parece existir uma trajetória de assistido, com papéis e estatutos específicos que se vão alterando desde os “primeiros sintomas” até o assumir do “desvio”.

O padrão de doença dominante alterou-se, de doenças tendencialmente agudas para crónicas, sendo essencial a prevenção, reduzindo custos humanos e materiais.

3. A População Portuguesa e o contexto Internacional: alguns impactos

O Jornal Público de 29 de Outubro de 2013, noticiava diminuição da população portuguesa, resultado da diminuição de nascimentos. Dados do INE demonstram que, em 2012 nasceram menos de 90.000 crianças (índice de fecundidade de 1,28), menos 12000 que em 2007. O decréscimo da natalidade em Portugal, resulta do recuo dos níveis de fecundidade, do adiamento da maternidade face à integração no mercado laboral e utilização dos métodos de controlo da natalidade, que lhes permite seguir timings profissionais e pessoais. Segundo dados do INE, em 2011, a média de idade do nascimento do primeiro filho era de 29,2 anos. De acordo com a notícia, a população portuguesa decresceu de 10.542.398, em 2011, para 10.487.289, em 2012 (crescimento populacional negativo), tendência de diminuição da população jovem e crescente índice de envelhecimento. Em 2011, por cada 100 jovens, havia 128 idosos, um índice de envelhecimento de 1,28. Em 2012, por cada 100 jovens, havia 131 idosos, um índice de envelhecimento de 1,31. A nível da esperança de vida à nascença ultrapassa a média europeia. Em 2009, os meninos que nasciam podiam esperar viver 76,5 anos e as meninas 82,6 anos; mais 5 anos do que no período entre 1993 e 2009. (União Europeia, 2011: 45-48)

Segundo o relatório Population Reference (2011), Portugal é um dos países mundialmente “mais envelhecidos”, com 17,9% da população com mais de 65 anos. A Europa apresenta crescimento nulo (16% da população com 65 e mais anos e 16% de população até quinze anos), prevendo-se nos próximos anos um crescimento populacional negativo. A Europa, demonstra a tendência de decréscimo de nascimentos. Segundo o relatório demográfico da União Europeia (2011: 40-43), as mulheres europeias tendem a deixar a maternidade para mais tarde e, se nos anos 60 nasciam aproximadamente 7,5 milhões de crianças, atualmente na Europa a 27 nascem cerca de 5,4 milhões de crianças. Se olharmos para o período compreendido entre 1980 e 2009, iremos encontrar oscilações na taxa de fertilidade que poderão variar de acordo com o país.

O saldo natural europeu (diferença entre o número de nascimentos e o número de mortes) foi positivo em 2011. Portugal obteve um crescimento negativo (-6), tendo o total da população portuguesa diminuído. (European Commission, 2013: 5-6), tendo também

contribuindo o saldo migratório. Portugal e Grécia são os países europeus que menos atraíram população migrante, tendo aumentado a emigração, face à situação económica de ambos os países. (European Commission, 2013: 6) Portugal, em 2008, era já o sexto país da Europa a 27 que menos recebia imigrantes. (União Europeia, 2011: 57-58)

A nível mundial, países menos desenvolvidos apresentam maiores níveis de natalidade e menores de longevidade, em oposição aos países mais desenvolvidos. Ambos resultados levam a crescimento demográfico, traduzindo as pirâmides populacionais situações opostas, sendo esperado que até 2050, a população mundial continue a aumentar. A Demografia, ciência que estuda o desenvolvimento populacional, pode ser relevante para que a implementação das medidas vá de encontro com necessidades reais.

O Envelhecimento demográfico resulta de “alterações da estrutura etária da sociedade” e no aumento do número de pessoas com 65 e mais anos no total da população (António, 2011: 5), não podendo “deixar de ter reflexos na estrutura familiar” e “nas relações entre gerações” (Amaro, 2006: 141).

Segundo Sousa (2009: 52), o envelhecimento e aumento de situações da dependência física, financeira e de algumas doenças crónicas são um desafio para as políticas, sendo necessária a reforma dos sistemas de pensões e maior eficácia de sistemas de saúde e cuidados prolongados. (Comissão das Comunidades Europeias, 2009: 12) Um século depois, espera viver-se mais 20 anos (Lopes e Bottino, 2002 cit in Moura et al, 2012: 155) contrariando sinais da passagem do tempo, o processo de senescência, o declínio orgânico e a maior probabilidade de doenças cardiovasculares, osteoarticulares e neurodegenerativas, diabetes, doenças crónicas e probabilidade de morte (Azeredo, 2011 cit in Moura, 2012: 155), estando dois processos presentes: a Senescência, decorrente do avançar da idade, e lesões patológicas reversíveis.

O envelhecimento resulta em alterações psicológicas” (António, 2011: 5) verificando-se a prevalência de alguns casos de **síndromes depressivas** expostos a isolamento, face a **perda de estatuto socioprofissional e recursos financeiros**, sendo os processos influenciados por capacidades menéscas e intelectuais e pela motivação. (Resende, 2011: 33-35)

Outra das problemáticas associadas ao envelhecimento relaciona-se com o preconceito face à idade, **idadismo**, que leva “(...) *gerações mais novas vejam as pessoas idosas como diferentes (...) deixem de se identificar com elas*” (Butler, 1975). Segundo o European Social Survey (2009 cit in Marques, 2011: 19), discriminação face à idade é a mais sentida (17%).

Segundo Mauritti (2004), existem padrões de vida resultantes de recursos e consumos que caracterizam a forma como se vive a velhice: 1. velhice na pobreza (consumos inexistentes, níveis de instrução e rendimentos baixos); 2. velhice precária (fraca instrução e consumo de bens de sobrevivência); 3. velhice remediada (consumos “médios”, instrução básica); 4. Velhice com consumo médio-alto (conforto e acessos diversos) e 5. velhice distintiva (altos níveis de instrução e consumo de vestuário, tecnologia, alimentação etc). Parte da população idosa parece viver em condições de vulnerabilidade económica, havendo uma espécie de dependência estrutural, resultante de reforma baixas.

3.2 Saúde e Política Social

O avanço médico prolongou a vida mas não garantiu autonomia, não prevendo situações de dependência e as respostas necessárias, sem acautelar condições necessárias em termos de estrutura social e de fundos do Sistema de Segurança Social (aumento do custo com pensões, de velhice, invalidez ou sobrevivência), nem respostas do Sistema Nacional de Saúde na prevenção e doença, não contanto com o aumento da despesa com pensões, decorrente do aumento da longevidade. Esta evolução não foi acompanhada pelo aumento da receita de contribuições da população ativa. Apesar das reduções pecuniárias, congelamento de reformas antecipadas, e aumento da idade de reforma verifica-se uma tendência deficitária ao nível do Sistema de Segurança Social.

O Mercado e a produtividade económica são influenciados pelo envelhecimento demográfico e diminuição da população ativa produtiva, levando à estagnação económica e à diminuição de receita de impostos, resultando também em tentativas de diminuição de custos e racionalização de respostas sociais e de saúde. (Sousa, 2009: 52-53)

No século XIX, as questões sanitárias moviam forças políticas, atualmente desigualdades de oportunidades de saúde são a grande preocupação (acesso a cuidados e serviços de saúde, a educação para a saúde e a informação relativa à mesma) (Munthe, 2008: 40); bem como as

desiguais oportunidades e recursos. A Saúde tem impacto em questões de autonomia individual tendendo para responsabilização individual, sendo socialmente bem vista a adoção de estilos de vida “saudáveis”, contudo, a escolha de produtos associados a uma alimentação saudável ou a frequência de ginásio implica custos acrescidos que nem todos podem suportar. Também ao nível da circulação da informação se verificam algumas desigualdades, sendo mais acessível para pessoas com maior nível de instrução, integradas em redes mais coesas e com mais recursos materiais.

Determinantes sociais de Saúde, enquanto “condições de vida”, e não apenas a qualidade e o acesso a tratamentos médicos e escolhas individuais, são o conjunto de condições socioeconómicas, culturais e ambientais que se refletem, na prática, na vida pessoal e laboral. O ambiente laboral, a educação, o acesso a bens alimentares e de consumo, o emprego/desemprego, as condições sanitárias e das águas, os serviços de saúde e as condições habitacionais são vetores importantes na análise da qualidade de vida da comunidade mas também os estilos de vida particulares, sendo a idade, o género e os papéis sociais desempenhados/estatutos fundamentais. (Mikkonen & Raphael, 2010)

Segundo Munthe (2008: 42), são geralmente os mais pobres que têm piores situações de saúde, influenciados pelo estatuto socioeconómico. Assim, “promover oportunidades é o mesmo que promover autonomia”. Em termos sociais julga-se possível a responsabilização individual do risco. Contudo, se por um lado o sistema nacional de saúde visa a proteção da Saúde de todos, independentemente de estatutos individuais, com a crise económica deixou de ser tendencialmente gratuito, sendo pagas taxas moderadoras por parte de algumas pessoas, sendo as condições de isenção cada vez mais restritas, abrangendo menos pessoas.

Foi para o decisor político um modo de obrigar a população a racionalizar a utilização, responsabilizando-o e condicionando-o, regulando o acesso e a afetação de serviços e recursos públicos. Cada vez mais indivíduos identificam a necessidade de seguro de saúde privado e algumas empresas contratualizam estes serviços, refletindo a interpretação do risco, insegurança sentida individualmente e o “interesse público” em que a pessoa possa trabalhar independentemente. (Munthe, 2008: 45). As políticas de saúde e de segurança social são, de certo modo, complementares, refletindo necessidades sociais identificadas, originando respostas sociais e de saúde por parte dos decisores políticos.

Segundo Beck, em certa medida, uma sociedade de risco é uma sociedade de conhecimento em que problemas do dia-a-dia tendem a ser transformados em políticas tendo em conta interesses como a atividade económica, em que, por exemplo, uma pessoa doente não trabalha, logo não produz riqueza. As pandemias, por exemplo, tiveram de ser controladas através de políticas públicas, influenciadas pelo conhecimento médico, apesar de não afetarem todas as classes sociais do mesmo modo. O grupo de pertença tem um claro papel no estado de saúde, influenciando valores, expectativas e acesso. (Munthe, 2008: 49)

Kickbush defendeu que o debate acerca de saúde compreende três forças essenciais: o Estado, a Sociedade e as Políticas. Segundo Foucault (1994 cit in Kickbush, 2006: 146), a sociedade e a sua visão da saúde torna o corpo produto das políticas através da medicalização e do controlo, entendendo-se a doença como evitável pelo controlo médico. O autor defende também que individualizar a responsabilidade na saúde implica esquecer fatores de desigualdade ou determinantes sociais da Saúde, sejam eles biológicos, decorrentes do ambiente físico ou social, de estilo de vida e tipo de acessos a serviços ou cuidados de saúde. (Kickbush, 2006: 155) É necessário, assim, olhar para a pobreza enquanto possível potenciadora de doença e para a doença enquanto possível potenciadora de pobreza, sobretudo quando resulta em incapacidade e dependência.

As políticas são criadas para o geral da população, visando a promoção e igualdade no acesso, independentemente de determinantes de contexto, não conseguindo eliminar fatores de exclusão. A informação pode contrariar a mesma, através da sua propagação influencia hábitos e conhecimentos, sendo fundamental que os meios de comunicação traduzam linguagem acessível independentemente da instrução ou estatuto socioeconómico.

A Segurança Social, enquanto entidade estatal que visa colmatar falhas do mercado, das famílias e comunidades na proteção contra riscos, tem a função de facilitar o acesso a “serviços assistenciais e de cuidados de saúde” através de “instituições particulares convencionadas” ou do Sistema Nacional de Saúde. (Mendes, 2011: 14) As pensões de velhice, sobrevivência e invalidez, bem como os cuidados de saúde são assim um foco de preocupação, investindo o Estado considerável fatia do PIB nacional na amenização destas situações.

Segundo Mendes (2011: 45-46), a Segurança Social rege-se, deste modo, por princípios de *Substituição de rendimentos*, em situação de incapacidade para atividade económica, através de “prévia comparticipação financeira (...) na proporção das prestações a receber (...)”; e de *Substituição de rendimento* de quem, não tendo contribuído o tempo necessário, é alvo de discriminação positiva. O autor refere também que, com o avanço da idade, parece haver maior propensão para a dependência e insuficiente rendimento resultante de falhas de proteção pública ou da “imprevidência” da população durante a idade ativa, estando previsto na Constituição (Artigo 63º) o apoio “*na doença, velhice, invalidez, viuvez (...) situações de falta ou diminuição de meios de subsistência ou de capacidade para o trabalho*”. (Mendes, 2011: 95-96),

A dependência pode resultar de perdas físicas, psíquicas ou intelectuais, resultando em última instância na necessidade de apoio ao nível da realização de atividades básicas da vida diária, como a própria realização da higiene. Idosos “*tendem a ter problemas de saúde mais complexos (...) múltiplas doenças (...) maiores riscos de efeitos secundários adversos (...) o simples facto de serem “mais velhos” leva, por vezes, os profissionais de saúde a atribuir certos sintomas à idade quando deveriam ser (...) passíveis de tratamento*” (Marques, 2011: 82), demonstrando os profissionais de saúde, segundo o autor, alguma passividade e dificuldade de comunicação com doentes mais velhos, resultante num tardio diagnóstico de doenças como síndromes depressivo ou demenciais. (Marques, 2011: 82-83)

Na situação de dependência, a “*resposta familiar tem prevalecido*” e a institucionalização é “*último recurso*” (Mendes, 2011: 127), implicando suporte das redes formais e informais, sendo que nas primeiras é contratualizado um serviço (contrapartida pecuniária), a título particular ou comparticipado (IPSS). O apoio informal é prestado por solidariedade, sem recompensa material. Nem todos os idosos dependentes têm apoio informal, tendo a sociedade de assegurar respostas formais na reabilitação (Rede Nacional de Cuidados Continuados), visando a autonomia e adaptação na dependência ou (re)inserção. Segundo o inquérito Nacional de Saúde de 2005, 12,45% da população encontra-se em situação de “incapacidade absoluta” e 18,05% “sem autonomia para as atividades da vida quotidiana” (Mendes, 2011: 127)

A implementação de políticas, pode realizar-se da base para o topo (*bottom-up*) ou de topo para a base (*top-down*), sendo essencial a avaliação, comparando fins desejados e meios mobilizados face a objetivos. A avaliação pode ser *ex ante* (anterior), *in itinere* (durante) e *ex post* (depois), medindo eficácia e equidade. As *políticas podem ser distributivas*, não tendo em conta recursos limitados mas impactos individuais, em grupos e regiões; *regulatórias*, envolvidas burocracias e grupos de interesse; *políticas constitutivas*, procedimentais; e *redistributivas*, afetando todos em benefício de alguns (sistema tributário).

4. Os Determinantes Sociais da Saúde

De acordo com Buss & Filho (2007: 77-78) são o resultado da “evolução histórica dos diversos paradigmas explicativos do processo saúde/doença no âmbito das sociedades, desde meados do século XIX”. O seu estudo permite pensar intervenções para melhoria da qualidade de vida e de Saúde, minimizando iniquidades de acesso e resposta na mesma. Fatores económicos, sociais, psicológicos ou comportamentais ou culturais são “características sociais dentro das quais a vida transcorre” influenciando “práticas de Saúde”. (Buss&Filho, 2007: 78) Processos históricos como a urbanização e industrialização, são exemplo de alterações que levaram a mudanças na alimentação e acesso e qualidade da água, implicando aumento ou diminuição de riscos, dificultando ou facilitando a intervenção das Políticas de Saúde Pública. (Sasser, 1998 cit in Buss & Filho, 2007: 78)

No século XIX aumentou o conhecimento de bacteriologia, originando nova visão da Saúde e da Doença através da primeira escola de Saúde Pública, com objetivo de estudar consequências de fatores de ordem económica, social e ambiental e seu impacto na saúde individual ou o estudo de âmbito mais laboratorial, com base em funcionamentos infecciosos em locais específicos, estudando pessoas que adoeciam e seus estilos de vida, percebendo o que estaria na base do processo de adoecer. (Buss & Filho, 2007: 79)

Determinantes Sociais são assim ao nível da Economia e Emprego, Segurança e Justiça (**qualidade dos sistemas de Segurança Social**), **Educação e infância** (bem como as condições em que as crianças nascem), a agricultura e a alimentação (que condiciona a dieta), Infraestruturas e transporte (que garante transporte de bens e serviços e possibilidade de mobilidade), ambiente e sustentabilidade (qualidade do ar etc), habitação e serviços

comunitários (desenvolvimento urbano e as suas consequências), direito à cultura e participação política. A qualidade dos sistemas de saúde (gestão e profissionais de saúde) e a desigual distribuição de recursos (Pobreza), dinheiro e poder condicionam acesso a recursos de saúde. (OMS, 2011: 12)

5. O Contributo do Plano Nacional de Saúde

A Saúde e o Serviço Social surgem associados em várias áreas da vida, seguindo tendências macro e nacionais, partindo da análise do Plano Nacional de Saúde de 2012 a 2016, no qual o conceito de Saúde se impõe como “estado dinâmico de bem-estar caracterizado pelo potencial físico, mental e social que satisfaz as necessidades vitais de acordo com a idade, cultura e responsabilidade pessoal” (*Bircher, 2005 in PNS, 2013: 27*)

O Plano, “instrumento e recurso de Planeamento em Saúde enquadrador dos objetivos, planos e estratégias” tem como função “manter, melhorar ou recuperar a saúde de indivíduos e populações em Portugal” (PNS, 2013: 18), respondendo a desafios de origem demográfica, tendo por base o contrato social, perseguindo “ganhos em saúde.”. (PNS, 2013: 18) Recomenda capacitação individual para a Saúde, e prevê a responsabilidade do cidadão, famílias, comunidades, organizações da sociedade civil e sector privado e social, deixando recomendações acerca da Missão Social, comum com SNS. (PNS, 2013: 23) Para 2012-2016 foram estabelecidos valores comuns ao Serviço Social: Universalidade e Acesso a cuidados de qualidade; Equidade, Solidariedade, Respeito e Justiça Social; Capacitação e prestação de cuidados centrados na Pessoa. (PNS, 2013: 26)

Segundo o quarto Inquérito Nacional de Saúde de Fevereiro de 2005 a Fevereiro de 2006, 20,8% da população era fumadora, 40,5% tomou pelo menos uma bebida alcoólica na semana anterior; e 15,2% da população com 18 e mais anos era obesa. Diminuiu, contudo, o número de internamentos e mortes como consequência do consumo de álcool, aumentou a adesão ao programa nacional de vacinação, aumentou o número de camas disponíveis em resposta de Cuidados Continuados, decresceram as doenças infecciosas, diminuiu o número de dias de absentismo laboral devido a doença, e o número de pensionistas por invalidez. O consumo de medicamentos per capita aumentou de 288 euros, em 2002, para 327 euros,

em 2009. (4º Inquérito Nacional de Saúde de Fevereiro de 2005 a Fevereiro de 2006 cit in PNS, 2013: 30-34)

Em Portugal, as resposta em Saúde centram-se sobretudo no Sistema Nacional de Saúde e alguns subsistemas, públicos ou contratualizados, associados a algumas categorias profissionais. (PNS, 2013: 34-35) O sistema público continua, contudo, a ser a principal estrutura de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação a nível médico e social, financiado em 90% pela tributação e em 10% por fundos privados (taxas moderadoras) e participações de seguros privados. Os gastos com medicação representam 21,8% dos custos totais em Saúde. (PNS, 2013: 34-36)

O cidadão, "decisor, gestor, avaliador e financiador, influencia o decisor político" (Coulter, 2002 in PNS, 2013: 37-38) É considerado essencial o acesso a cuidados quando e onde é necessário, sendo fundamental trabalhar questões de determinantes sociais de contexto "evitáveis". (PNS, 2013: 43) Assume-se, deste modo, uma dupla perspetiva: as Políticas de Saúde Pública e a Saúde em todas as Políticas.

A nível social local é possível perseguir, diretamente e indiretamente, ganhos em Saúde definidos no Plano Nacional, através da intervenção direta na redução de desigualdades, promovendo uma "adequação" às necessidades verificadas e a utilização de recursos ("desempenho"), definindo responsabilidades e objetivos de cada agente (PNS, 2013: 58-64), sejam autarquias, Instituições das Comissões Sociais de Freguesia, Hospitais de referência, Centros de Saúde, Segurança Social, entre outros.

Um plano tem em conta contextos históricos, aproveitando conhecimentos passados, traçando percursos individuais, tendo em conta períodos Críticos e janelas de oportunidade na intervenção, evitando perdas progressivas de Saúde. (PNS, 2013: 58-64)

O Plano Nacional de Saúde identifica alguns dos períodos normais no ciclo de vida: (1) Nascer com Saúde; (2) Crescer com Segurança (até 9 anos); Juventude à procura de um Futuro Saudável (10 aos 24 anos); Vida Adulta Produtiva (até 66 anos); Envelhecimento Ativo (+ de 65 anos); e Morte com Dignidade. (PNS, 2013: 65)

Em suma, crises propiciam mudança, podendo ou não aumentar a vulnerabilidade social e económica. É fundamental às Políticas Sociais Nacionais e Locais, identificar em grupos

vulneráveis e mecanismos que permitam minorar determinantes sociais (desigualdade). (PNS, 2013: 70- 71)

6. Serviço Social e a Intervenção na Pobreza e Exclusão

Segundo Pereirinha (2008: 21), Política Social é “forma de atuação das políticas públicas com a finalidade de promover e garantir o bem-estar Social, através da consagração de direitos sociais e das condições necessárias à sua realização (...)”, sendo base da Intervenção do Serviço Social, promovendo a autonomia. (International Federation of Social Workers, 2000)

As Políticas sociais, e a intervenção que delas decorre são influenciadas por normas, valores e organização sociais, tendo impacto em vários sectores da sociedade, entre eles a Saúde, a Educação, a Habitação, o Emprego e o Lazer. A responsabilidade coletiva que é assumida em modelos de *Welfare State*, contudo, varia de acordo com “constrangimentos” existentes (Ferreira, 2014: 52), entre os quais a falta de recursos materiais ou monetários.

O desempenho das políticas sociais deriva diretamente dos “sistemas de negociação” entre as mesmas e o decisor político, assumindo-se como prioridades a “segurança económica, saúde e serviços de bem-estar”, através da redistribuição equitativa de recursos com benefício dos mais pobres. Também a “institucionalização de direitos civis” de cidadania, promoção de igualdade, e a responsabilização coletiva pelo bem-estar de todos os membros da sociedade é eixo de intervenção social, assumindo-se estas áreas como prioridade das políticas sociais, com impactos a nível do mercado laboral, por exemplo. (Ferreira, 2014: 53-63) Um investimento na Educação e formação através de programas sociais tem impacto na diminuição de situações de dependência, sobretudo económica, dando origem a maiores níveis de emprego e crescimento económico, por exemplo.

Segundo a autora, “Na Europa do Sul, o acesso ao subsídio de desemprego constitui-se também como diferenciação entre insiders e outsiders”, sendo que “(...) entre os modelos conservador e social democrata, situam-se os modelos liberal e latino (...)”, que se caracterizam por baixa proteção social, delegando maior responsabilidade ao terceiro sector e na família, verificando-se normalmente altas taxas de desemprego e precariedade laboral,

bem como uma parte considerável da força de trabalho inserida em contextos de economia informal. (Ferreira, 2014: 61-62)

Uma intervenção baseada em Serviço Social de casos (social casework), materializa-se sobretudo num apoio de âmbito individual e familiar. Segundo Luísa Ferreira da Silva, presta “apoio e orientação às pessoas com problemas no seu funcionamento social” incidindo em aspetos psicológicos e individuais, problemas e necessidades que o meio perpétua através de ações de imediato, visando a solução de problemas, e mediato, através do desenvolvimento do potencial; sendo esta uma metodologia tradicional do Serviço Social permitindo identificar necessidades e recursos existentes. Segundo Hamilton (1958: 38 cit in Andrade 2008: 280-281), o Serviço Social de Casos pretende equipar a pessoa de um conjunto de conselhos práticos para o desenvolvimento de capacidades psicológicas no ultrapassar de obstáculos identificados, trabalhando a personalidade, o meio familiar e a estrutura social e económica.

6.1 A Intervenção Psicossocial: relacionamento, acompanhamento e encaminhamento

Segundo Richmond (1915: 44 cit in Andrade, 2008: 280), a pessoa socialmente acompanhada é principal ator no processo de acompanhamento. A intervenção social depende da relação de ajuda por determinado período de tempo, sendo que o acompanhado, segundo Biesteck (cit in Pinto: 2011), tem a necessidade de se sentir único e compreendido, podendo exprimir sentimentos, reconhecido na dignidade, sem ser alvo de julgamento e com possibilidade de escolha, confiando que a relação se pauta por confidencialidade. Estão, assim, presentes os seguintes princípios: individualização, expressão de sentimentos, envolvimento emocional controlado, aceitação, não julgamento, autodeterminação e confidencialidade. Pode também perceber-se a existência de três fases no relacionamento: o pedido da pessoa-cliente, resposta do profissional, e reconhecimento do trabalho.

Na intervenção psicossocial existem fases de atuação: (1) Clarificação (objetivação, recorrendo a exemplos); (2) Interpretação resultante de dados partilhados entre pessoa-utente e profissional, devendo o segundo confirmar constantemente se está a compreender o que é comunicado; (3) Confrontação identificando como problema comportamentos e não a pessoa; (4) Auto revelação sem exposição desnecessária do técnico, fortalecendo a

confiança; (5) Partilha de informação de modo claro; (6) Suporte e reafirmação tendo em conta limitações; (7) Sugestões e aconselhamento se utente pedir; e (8) Modificação do meio de acordo com necessidades.

Segundo Jonhson e Yanca (2001), cultura e comunidade de pertença influenciam construções e execuções de planos de ação, ainda que a intervenção tenda a visar a autonomização e desenvolvimento de competências para resolução de problemas. É fundamental a interação com pessoas chave, família, amigos, vizinhos, profissionais de outras instituições, fornecendo informações úteis, como estruturas de resposta na comunidade, apoiando reivindicação de direitos (advocacy).

Também os encaminhamentos fazem parte da intervenção, reconhecendo-se impossibilidade de resposta às necessidades apresentadas, procurando recursos da comunidade. Realizar atendimento implica que o profissional conheça recursos existentes, tenha uma rede de contactos e que discuta com a pessoa acompanhada este mesmo processo, apoiando primeiros contactos para a resposta pretendida. (Pinto, 2012)

6.2 Intervenção Psicossocial e Família

A Família é socialmente encarada como base de segurança das pessoas que dela fazem parte, assumindo-se que, protegendo os seus de ameaças externas, lhes satisfaça necessidades. Enquanto grupo de pertença, integra membros na sociedade através da imposição de regras a crianças, por exemplo. (Silva e Ferreira; 2009: 105-106) Segundo Minuchin (1979) podem ser encontrados subsistemas: individual (cada componente da família), parental (pais), conjugal (entre casal) e fraternal (irmãos), sendo que cada elemento tem funções específicas dentro da hierarquia familiar. (Costa, SD: 77).

Segundo Andolfi, o sistema familiar caracteriza-se por ser um sistema ativo que se vai transformando de acordo com necessidades e se autorregula em dinâmica com o exterior (vizinhança, escola, emprego,...). A **abordagem sistémica** foca sobretudo a possibilidade de encontrar competências intrínsecas nas famílias e sistemas de que a pessoa faz parte, tendo em conta contextos e interações com os mesmos. Os sistemas são compostos por elementos que interagem cumprindo funções essenciais ao desempenho do todo, sendo que em sistemas fechados não existem trocas com ambiente, e em sistemas abertos a interação

pode permitir passar *outputs* para o exterior e aceitar alguns *inputs* do mesmo. (Pinto, 2012) Os sistemas, estáveis e dinâmicos, demonstram tendência para homeostasia, ou seja, para o equilíbrio e manutenção de características identitárias, mantendo reciprocidade entre elementos, complexificação dos sistemas e diferença entre o todo e soma das partes.

Outra das abordagens inserida na intervenção social é a **centrada na tarefa**, que foca a resolução de problemas sociais através da superação de obstáculos e mobilização de recursos. É fundamental para quem desconhece procedimentos, por ser uma intervenção tendencialmente curta, em que problema e contexto são explorados, e é formulado um plano de ação por tarefas com timings a cumprir, avaliação e encerramento do processo. A pessoa apoiada, ao resolver pequenos problemas, ganha experiência na execução de tarefas simples, e ganha autoconfiança.

O **Empowerment** é também essencial à intervenção, promovendo a consciencialização da pessoa, família ou Comunidade, descobrindo os seus próprios meios e recursos. O “*Empoderamento*” implica compreensão de diferentes poderes na sociedade e da possibilidade de minorar desequilíbrios existentes, implica que a pessoa cliente perceba que pode influenciar o modo como é visto e como outros se comportam perante si. Envolve a capacidade de influenciar decisões de outros, consciência crítica e participação, de modo a alcançar resultados. **Advocacy** visa a representação da população acompanhada também por parte do técnico, com o objetivo de defender os seus direitos sociais.

A **intervenção em crise** é fundamental no início da intervenção, visto que normalmente a pessoa ainda não está desperta para possibilidades da resolução, assumindo-se que situações de crise resultam sobretudo de fases transitórias ou imprevistos. Este tipo de intervenção é tendencialmente mais diretiva e de curta duração.

Para que a intervenção social, seja ela de que tipo for, se possa traduzir em apoio e aumento da autonomia, existem três diferentes dimensões na intervenção: a *assistencial*, na qual se fornece mínimos de subsistência com reduzidas contrapartidas; a *socioeducativa*, que pretende que a pessoa apoiada aprenda a identificar e usar a instrumentos próprios e do meio; e *sociopolítica* que o faça consciencializar-se dos seus direitos tornando-o capaz de lutar por eles e participar ativamente. (Hermano Carmo 2008: 59-65).

Segundo Sousa (2005: 13), 6% das famílias que procuram o apoio social, são **famílias multiproblemáticas** e cerca de 50% do tempo dos profissionais é investido na resolução das problemáticas destas famílias, com problemáticas graves e duradouras, que se acumulam. É usual verificar-se uma estrutura familiar pouco definida em termos de regras e funções dentro da estrutura familiar, incapacitando os seus elementos para a resolução autónoma das problemáticas. A usual dificuldade de gestão de emoções resulta também numa comunicação e interação pouco organizada, o que resulta na extinção de ritos familiares e numa maior desorganização interna com impactos externos. É comum, nestas famílias, verificar-se situações de baixos rendimentos. É importante identificar competências intrínsecas e recursos externos, parcerias entre instituições especializadas que permitam uma *multiassistência* a famílias que, por norma, têm fraco apoio informal, estando mais dependentes de respostas institucionais. (Sousa, 2005: 13)

6.3 Pobreza e Exclusão – Importância e impactos

O Estado Providência deveria ser motor de segurança económica e saúde para todos, redistribuindo recursos, defendendo direitos institucionalizados, assumindo parte da responsabilidade coletiva perante os cidadãos. (Niemela & Hamalainen: 2001: 6 cit in Ferreira, 2014: 53) Num verdadeiro *Welfare State* é estabelecido um contrato entre cidadãos e Estado, assente em valores de igualdade, liberdade e solidariedade, promovendo a justiça, harmonia e eficiência social, influenciando o mercado laboral e estruturas sociais. (Ferreira, 2014: 54-55) O estatuto socioeconómico condiciona acessos a serviços de saúde, o tipo de alimentação (desequilibrado versus equilibrado e promotor de Saúde), condições habitacionais, e acesso a ajudas técnicas na dependência. A *Pobreza e a Exclusão* são conceitos relacionados com justiça social, existindo desigualdade em toda estrutura social, resultado da desigual distribuição de recursos materiais e sociais.

Termos como “pobre” e “excluído”, segundo vários autores, tendem a colocar a tónica do problema nos indivíduos, sem assumir enquanto problema social originado pelo funcionamento social. (Ferreira, 2014: 72) Segundo Townsend (1979: 31 cit in Ferreira, 2010: 34), a pobreza pode ser definida enquanto “*privação relativa*” afetando acesso a dieta, condicionando “*(...) condições de vida e conforto(...)*”. Em situações denominadas de pobreza absoluta não há rendimento que satisfaça necessidades básicas e, na pobreza

relativa, há uma insatisfação face a padrões sociais. A pobreza objetiva resulta de padrões referência (limiar de pobreza) e a pobreza subjetiva de representações subjetivas do grupo de pertença. Rowntree (1901) identificou três fases na vida familiar, sendo a primeira a pobreza em famílias com crianças, a segunda decorrente da entrada dos filhos no mercado de trabalho (podendo resultar na perda de contribuição destes para o rendimento familiar/abandono do lar) e, por último, a pobreza na velhice (Amaro, 2006: 49-50), apesar da ação da segurança social diminuir a “importância dos filhos como forma de segurança na velhice” (Amaro, 2006: 80). Introduce-se também conceitos de “pobreza primária”, situações em que se verifique a existência de recursos insuficientes à manutenção física saudável, e “pobreza secundária”, resultante sobretudo de má gestão do orçamento familiar.

É também interessante focar o conceito de mínimo de subsistência, medida de garantia de que as famílias conseguem aceder a bens essenciais. A distribuição de rendimento é fundamental, pelo que Lorenz, através da curva que traçou deixou também algumas pistas, se uma linha de ângulo de 45º graus é utópica por implicar um rendimento igual para todos, quanto mais se afasta a curva de Lorenz desta linha, maior é o nível de desigualdade.

O meio em que se reside meio tem um papel preponderante. A pobreza rural difere da urbana, tendendo a primeira a derivar da baixa produtividade, predomínio de população idosa com baixas pensões, e a segunda da baixa qualificação, baixo rendimento, desemprego, dependência, e segregação espacial resultante do processo de urbanização. (Rodrigues et al, 1999: 66-68)

Pobreza e Exclusão não são sinónimos, a primeira refere-se à escassez de recursos para satisfação de necessidades, a exclusão relaciona-se com fraca integração social; verificando-se por vezes, que a segunda resulta da primeira. (Pereirinha 1992: 170 cit in Rodrigues, 1999: 66). A Exclusão resulta *de uma “falha de tecido social”* (Rosavallon 1995: 204 cit in Rodrigues, 1999: 66), não compartilhando valores e representações sociais “*dominantes*”, resultando em autoexclusão como defesa. (Rodrigues, 1999: 64-65) Os excluídos são sobretudo pessoas com baixos rendimentos, fracas redes familiares, por vezes residentes em meios rurais envelhecidos e dependentes de atividades agrícolas pouco rentáveis, a população desempregada, as famílias monoparentais, pessoas com registo criminal ou de

consumos, sem-abrigo, trabalhadores precários e informais, jovens em busca de primeiro emprego, doentes e beneficiários de apoios sociais. (Rodrigues, 1999: 73)

Desde a década de 80 que exclusão é interpretada como “desvantagem social”, para Castel (1995: 442), os excluídos eram os mais vulneráveis, vítimas de discriminação. A integração resulta de participação no sistema político, jurídico, económico e territorial, e sistema familiar, comunitário e simbólico. (Rodrigues, 1999: 80-84) Outro caso evidente de “desvantagem”, na origem de situações de pobreza prende-se com questões de género. Uma notícia publicada no jornal expresso de 18 de Setembro de 2011, informava que salários auferidos por mulheres eram ainda, em média, mais baixos que os dos homens; uma diferença que rondava os 181€. Ainda que as mulheres tendam a ser cada vez mais qualificadas que os homens, a taxa de atividade feminina (56%) era ainda inferior à masculina (67,9%). Tal facto ganha maior relevância para o Serviço Social nos agregados monoparentais chefiados no feminino.

A “nova pobreza”, fenómeno que afeta mão-de-obra qualificada, face à inovação industrial e tecnológica que, desempregada, perdeu rendimento. O conceito foi contestado por se entender que diferia de um tipo de pobreza mais de âmbito “estrutural e permanente”, tendo aos poucos desaparecido. (Ferreira, 2014: 76-77) Precariedade, por sua vez, remete-nos para algo que não se limita a consequências de fenómenos de desemprego, abrangendo vários problemas socioeconómicos, um nível de vida imprevisível e limitações de âmbito habitacional, alimentar consequentes de comuns degradações de níveis de vida, estando na origem daquilo a que a autora denomina de “degradação social” (Ferreira, 2014: 78-80)

Rowntree (1901) identificou três estágios da vida familiar a nível económico: pobreza em famílias com menores, altura da entrada dos filhos no mercado laboral (com ou sem contribuição para rendimento familiar ou abandono do lar), e pobreza do casal na velhice (Amaro, 2006: 49-50), ainda que segurança social tenha diminuída a “importância dos filhos como forma de segurança na velhice” (Amaro, 2006: 80).

Mauritti (2004), identificou perfis de pessoas face a padrões de vida, recursos económicos e educacionais e práticas de consumo. Na **velhice na pobreza** o consumo é inexistente, baixa instrução, baixo rendimento e baixa densidade de rede familiar (frequente em contexto rural). A **velhice precária**, resultante de fraca instrução e de consumo de bens de

sobrevivência. A **velhice remediada**, com consumos “médios”, instrução básica e inseridas em meio familiar. Perfis de **consumo médio-alto**, menos frequentes, encontram-se sobretudo em contexto urbano, mais associado a conforto e acessibilidade a hospitais e comércio. Na **velhice distintiva**, menos comum, há alto consumo (vestuário, tecnologia, alimentação etc), e maior escolaridade. Segundo Peter Townsend (1981) existe uma economia política da velhice que leva a “dependência estrutural” resultante de baixas reformas e institucionalização.

6.4 Política de Segurança Social e de Saúde

A *Sociedade Providencia*, conjunto de práticas e arranjos sociais não estatais de resposta a necessidades, baseando-se na entreatjada, difere de *Estado-Providência*, materializado na Segurança Social, face a direitos, deveres e redistribuição de rendimento. A **Providência Societal**, aglomerando os dois conceitos, assenta na ação da família, mercado, Organizações não-governamentais, e do Estado; resposta a **necessidades sentidas** e **necessidades definidas** por outros e por comparação. São *necessidades sociais* as que afetem grupos com condições de vida partilhadas.

Segundo Tude (SD: 20-21) há quatro tipos **de políticas públicas: distributivas** (decisões governativas que não refletem limitação de recursos mas mais-valias para grupos específicos); **regulatórias** (mais visíveis por envolverem burocracia, políticos e grupos de interesse); **redistributivas** (para todos, com base no sistema contributivo, na base das transferências sociais); e **constitutivas** (sobretudo procedimentais). A Saúde está, assim, integrada nas Políticas Sociais, garantindo em última instância a prevenção de incapacidade ou morte.

Através do Sistema Nacional de Saúde, “Todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover”, um serviço “tendencialmente gratuito” (Artigo 64º da Constituição Portuguesa). A promoção da qualidade de vida, neste sentido, ser entendida como rentabilização de recursos de saúde e integração plena de bem-estar, ainda que esteja relacionado com determinantes sociais.

6.4.1 As Prestações Sociais

O Exercício das políticas sociais redistributivas, materializada na ação da Segurança Social visa "colmatar as falhas dos mercados, das famílias e das comunidades na proteção contra os riscos sociais" facultando o acesso a "serviços assistenciais e de cuidados de saúde", com "instituições particulares convencionadas" e o Sistema Nacional de Saúde. (Mendes, 2011: 14) Segundo o Eurostat (2009), *The Social Situation in the European Union*, em 2007, Portugal investia 24,8% do PIB em prestações sociais, 11,7% do PIB em Pensões de velhice ou sobrevivência, 6,6% em cuidados de Saúde e 2,3% em Pensões por invalidez. Segundo Mendes (2011: 45-47), esta substituição de rendimentos é resposta ao "risco social incapacitante para a atividade económica, situações em que seja realizada a prévia comparticipação financeira (...) na proporção das prestações a receber (...)" e dos que, apesar de não contribuído o tempo necessário para a sustentabilidade do sistema, são positivamente discriminados. Segundo o autor (2011: 95-96), existem algumas questões associadas ao aumento da longevidade: o maior risco de doença ou dependência crónicas, alguns tipos de exclusão (como infoexclusão e isolamento), e insuficiente rendimento resultante de falhas a nível da proteção social ou de "imprevidência" na fase ativa.

Segundo o Instituto de Gestão Financeira da Segurança Social, em 2010, 66% das transferências para famílias destinavam-se a pensões no geral, 49,82% de velhice, 9,55% de sobrevivência e 6,63% de invalidez, garantindo proteção social "(...) na doença, velhice, invalidez, viuvez e orfandade, (...) desemprego e em todas as outras situações de falta ou diminuição de meios de subsistência ou de capacidade para o trabalho", estipulado no 63º da Constituição, defendendo pessoas que se encontrem em situações de défice económico.

6.4.2 A dependência e as Políticas Sociais

É sobretudo em situações de dependência que se tornam necessárias respostas públicas, sendo primeiro essencial definir o conceito enquanto condição oposta à condição de autonomia, resultante de perdas sucessivas a nível físico, psíquico e intelectual, criando a necessidade de apoio, particular ou institucional, para a realização de atividades básicas como a higiene ou a alimentação. Segundo Marques (2011: 82), os idosos são mais afetados por esta condicionante, tendendo a ter "problemas de saúde mais complexos", "múltiplas doenças" e "riscos de efeitos secundários adversos", sendo que a idade resulta na atribuição

de alguns sintomas à mesma quando poderiam ser ainda alvo de tratamento. Segundo o autor, alguns profissionais de saúde têm maior passividade e dificuldade de comunicação com esta população, resultando em diagnósticos tardios e maior dependência. (Marques, 2011: 82-83).

Segundo Pinto (2012) é necessário identificar o problema, proceder ao seu agendamento, formular alternativas, implementação e avaliação, sendo a última o processo que permite ajustar a atuação, comparando fins desejados, meios mobilizados e objetivos.

Segundo Portugal (2011), o “Estado Providência” em Portugal surgiu tardiamente por razões históricas, repartindo até hoje responsabilidades com famílias, terceiro setor e mercado. Segundo Veloso (2008), até a 1976, a velhice era considerada problema privado, após algumas alterações, asilos tornaram-se Lares e é introduzido um regime não contributivo, atribuindo-se reforma aos que não haviam descontado ou que o tinham feito para “casas do povo”.

Em suma, a intervenção social local “territorializada” com “coordenadas meso e macro” e conhecimento das comunidades geograficamente definidas, combate desigualdades espaciais de redistribuição de recursos públicos, promovendo o “desenvolvimento local” através da “mobilização dos recursos pelos eleitos locais” (Ferreira, 2014: 82-83), tendo em conta que, apesar das diferenças entre elementos da comunidade local, o território é “denominador comum”, uma “unidade espacial”, vendo mais-valia numa “intervenção coletiva”, ainda que existam conflitos ao nível do tecido social local.

7. Contexto de Intervenção Social numa Autarquia local

O “Estado é unitário”, apesar do “regime autonómico insular e os princípios da subsidiariedade, da autonomia das autarquias locais e da descentralização democrática da administração pública” (nº 1 do 6º Artigo da Constituição da República Portuguesa), sendo delegadas funções do Estado central nas autarquias locais. Entre as responsabilidades delegadas, estão as responsabilidades ao nível da promoção do bem-estar e da Saúde, sendo essencial perceber qual a relevância da intervenção social local. Assume, assim, relevância a

compreensão de mecanismos e impacto do trabalho social local, tendo por base o trabalho realizado numa Freguesia de Lisboa.

Ao delegar responsabilidades nos municípios, na estrutura autárquica, delega recursos. Para além do orçamento atribuído às Freguesias de Lisboa, existe o Fundo de Emergência Social (FES), transferido pelo município, para “apoio de natureza excecional e temporário” a “agregados familiares carenciados em situação de emergência habitacional grave, que residam no concelho de Lisboa”.

Permite, desde que justificado legalmente (através de faturas), o pagamento de “renda de casa em habitação privada”, prestações de “aquisição de habitação” e despesas como “água, da eletricidade ou do gás”, ou de “telecomunicações” (excluídas despesas de internet, televisão por cabo). Está também prevista a “aquisição de medicamentos, meios complementares de diagnóstico ou outras despesas de saúde, prescritos através de receita médica ou acompanhados de declaração médica”.

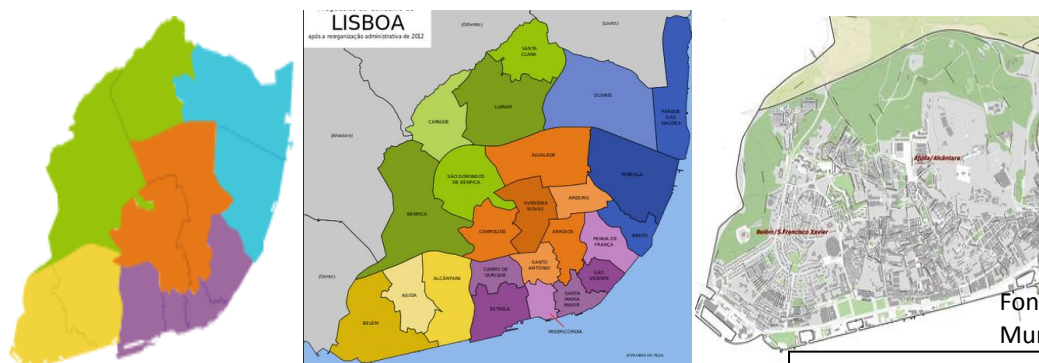
Cabe aos eleitos locais o previsto na Lei nº 29/87 (4º Artigo - Estatutos dos Eleitos Locais/Deveres): “cumprir e fazer cumprir as normas constitucionais e legais relativas à defesa dos interesses e direitos dos cidadãos no âmbito das suas competências”, sem favorecer interesses próprios ou de terceiros. As Juntas de Freguesia são assim compostas por executivos, divididos por Pelouros¹, condicionados pelos trabalhos da Assembleia de Freguesia, e pela situação económica nacional.

Ao nível da tomada de decisão em termos de intervenção social local, é fundamental referir os trabalhos da **Comissão Social de freguesia**, grupo de parceiros relevantes no território, enquanto órgão consultivo e executório face às necessidades, de acordo com o contacto das instituições que dela fazem parte com a população em causa.

O estudo contempla uma Freguesia do Concelho e Distrito de Lisboa (zona Ocidental), que não foi afetada pela reorganização administrativa de 2012. A cidade está dividida em cinco

¹ Distribuição de Pelouros na Junta de Freguesia em estudo:
Recursos Humanos, Cultura, Coletividades e Equipamentos
Tesouraria
Espaço Público
Ação Social, Equipamentos Sociais e Educação
Habitação e Comércio

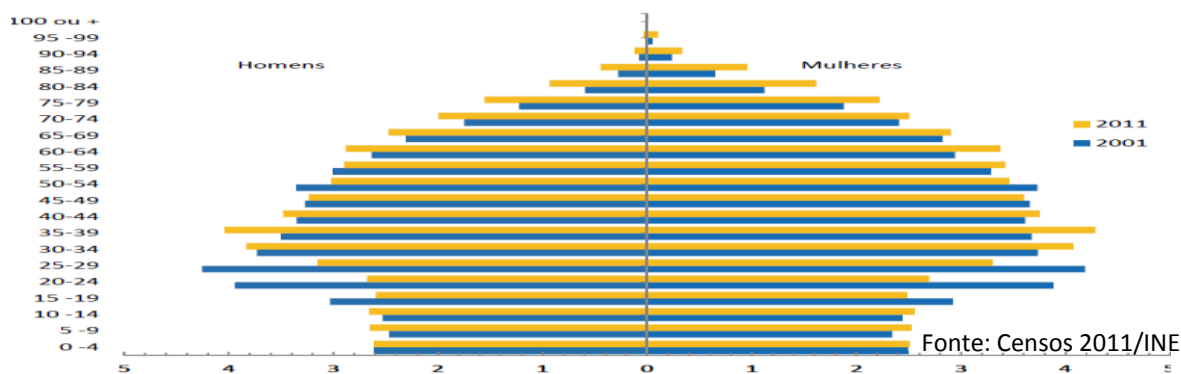
Unidades de Intervenção Territorial (UIT) e 24 Freguesias (em vez das 53), tendo todas sido alvo de delegação de competências em várias áreas (manutenção e limpeza de espaço público, apoios ao nível da ação social entre outros).



Fonte: Site Câmara Municipal de Lisboa

Figura III - Divisão Territorial de Lisboa

Segundo dados do INE (2011), a estrutura demográfica em Lisboa está mais equilibrada que no restante país, por atrair muitos jovens. O grande entrave para uma pirâmide etária mais rejuvenescida, é o valor das casas ou rendas, mantendo-se contudo uma das melhores redes de transporte do país. Nos últimos censos, em 2011, residiam em Lisboa 2 821 699 de pessoas, verificando-se graficamente a seguinte distribuição da população:



Fonte: Censos 2011/INE

Figura IV - Pirâmide Etária da população residente em Lisboa

A pirâmide demonstra tendência quase antagónica à Nacional, denotando-se crescimento da população mais velha acompanhada por um crescimento da população jovem. Segundo os censos de 2011, 14,89% da população portuguesa era jovem e 19,03% tinha mais de 65 anos.

X	<u>2001</u>	<u>2011</u>
---	-------------	-------------

Jovens		
Lisboa	14,89	15,52
Portugal	16,00	14,89
Idosos		
Lisboa	15,40	18,21
Portugal	16,35	19,03

Fonte: censos

Tabela I - Tabela Comparativa entre população Portuguesa e Lisboeta

Segundo dados do INE (2001), verifica-se a seguinte distribuição populacional na freguesia.

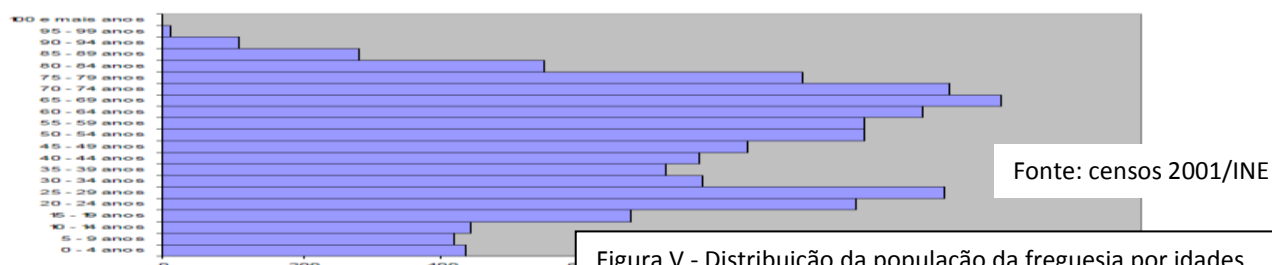


Figura V - Distribuição da população da freguesia por idades

Nesta Freguesia, a população está envelhecida pelos motivos que foram já enumerados. A Freguesia faz parte da Unidade de Desenvolvimento e Intervenção de Proximidade (UDIP) das Descobertas, face à recente subdivisão da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.

A autarquia local presta aconselhamento e apoio social por via direta ou indireta, recorrendo à Rede e fundos específicos, para apoiar famílias comprovadamente carenciadas. A Comissão Social de Freguesia, composta pelos vários parceiros, integrante da Rede Social de Lisboa, é influenciada e influencia o tipo de respostas ao nível da ação social da Junta. Da Comissão Social de Freguesia em estudo participam mais de 70 parceiros, com atividade em áreas distintas, intervindo algumas das Instituições em mais que uma área, como se percebe no gráfico a baixo.

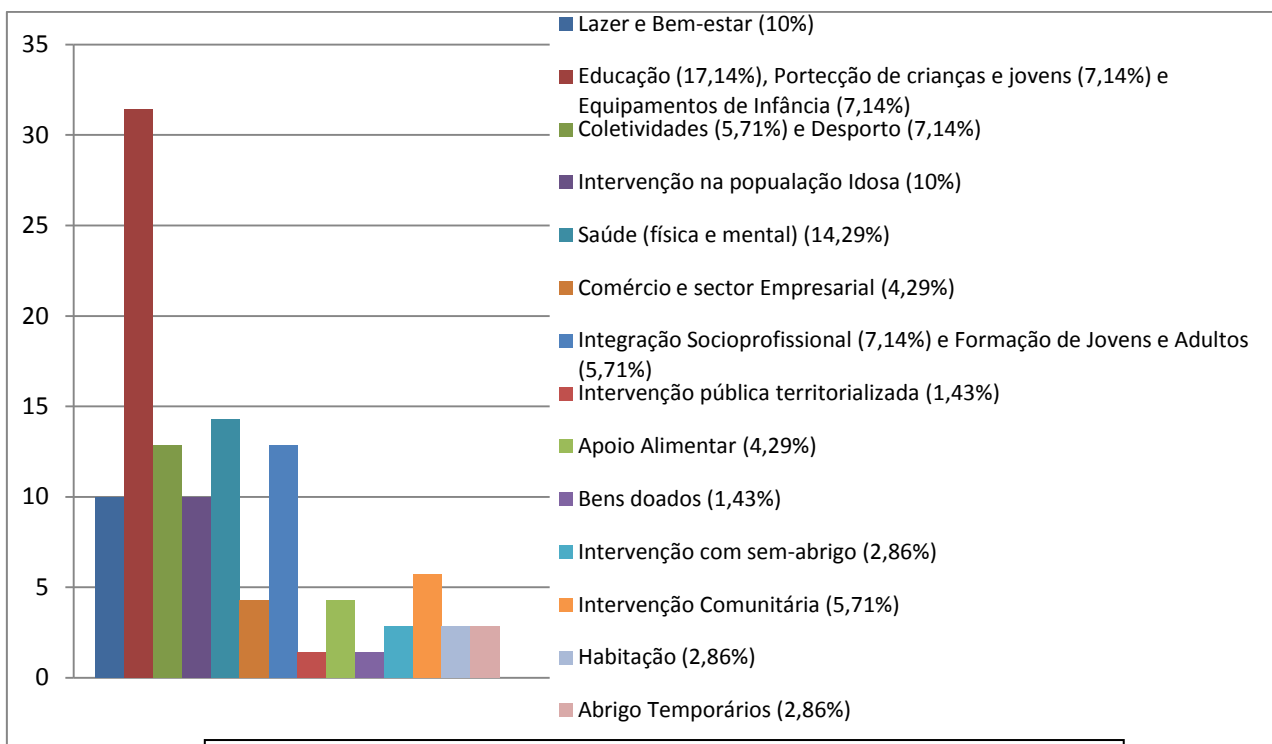


Gráfico I - Áreas de Intervenção das Instituições da Comissão Social de Freguesia

A área da Educação é a mais representada em número de Instituições. Os grupos são os seguintes: Núcleo Executivo (composto por 5 parceiros, entre os quais a Junta de Freguesia), ajudando a dirigir a ação da mesma, o Grupo Nosso Futuro (infância e Educação), o Grupo Esperança (com foco em situações de Pobreza e intervenção no Desemprego), o Grupo Sempre Ativos (direcionado para intervenção em problemáticas relacionadas com idosos).

Identificar os grupos fortalece relações interinstitucionais, permitindo criar projetos comuns, e estabelecer grupos prioritários de intervenção. Até agora o grupo ligado à infância tem discutido e implementado respostas ao nível de prolongamento de CAF (componente de apoio à família), existente nas escolas primárias, para crianças de 5º/6º ano, tendo sido implementados alguns projetos de ciclismo e segurança rodoviárias. A solução terá sempre de passar pelas escolas, por ser necessário o espaço físico da mesma.

No Grupo Esperança são vários os processos de parceria ao nível de reintegração socioprofissional, estando prevista a criação de um marcador com locais onde a população desempregada poderá ser apoiada na criação de currículos e procura ativa de emprego. É também focada a questão da pobreza envergonhada e seus impactos alimentares, tendo sido criada parceria com ReFood, sendo o grupo gestor resultado da junção de alguns elementos destas instituições.

Ao nível do grupo com enfoca na população sénior, foi elaborado e será publicado um guia para a Idade Sénior, com informações relevantes ao nível da saúde, polícia, bombeiros entre outras informações relevantes acerca de apoios e serviços da Segurança Social para a população no geral, tendo em conta que muitas vezes residem e/ou têm a seu cargo outras gerações. Contem também conselhos práticos ao nível de objetos a evitar em casa, comportamentos promotores de saúde e prevenção de doenças.

Tem sido discutida a necessidade de implementar um banco de medicamentos, tendo já sido protocolado, em produtos da farmácia não prescritos, um desconto de 5%. Para além de se ter associado este desconto ao cartão freguês desta Freguesia, procurou-se parcerias com comércio e serviços da freguesia aderentes, que resultaram também em descontos. Também um autocarro que circula na freguesia está associado a este cartão, tendo resolvido um dos problemas identificados, a falta da mobilidade e a dificuldade em chegar ao centro de saúde transferido para Pedrouços.

Tinha sido prevista a criação de uma horta comunitária nas escolas. Contudo, as culturas acabaram por secar, pelo que uma horta comunitária será um projeto com mais-valias para resolver situações de fome se forem os beneficiários a cuidar das culturas.

7.1 A Rede Institucional de Acompanhamento na Freguesia

Perante a lógica de trabalho em Rede, são de extrema relevância os encaminhamentos, otimizando recursos e respostas, aproveitando o contributo do terceiro sector e do sector privado, aumentando impacto positivo ao nível da Saúde, seja ele direto e indireto.

Para as Juntas de Freguesia, a parceria com a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa é fundamental, sendo a segunda representante da Segurança Social em Lisboa (atribuição e acompanhamento com agregados beneficiários de rendimento social de inserção). Os atendimentos das técnicas da Santa Casa funcionam na Junta, em dias distintos das técnicas da Junta de Freguesia, estando as técnicas de Serviço Social da Santa Casa distribuídas pelas ruas da Freguesia. Por uma questão de divisão espacial, a Freguesia pertence à UDIP Descobertas, antiga zona Ocidental de Lisboa, como representado no mapa que se segue.



Fonte: Site oficial da Santa Casa da

Figura VI – Zonas de Intervenção da SCML

Existem outras respostas da Santa Casa da Misericórdia, da UDIP Descobertas: **a Unidade de Saúde do Vale de Alcântara** (Saúde e saúde mental infanto-juvenil, Saúde e saúde mental de adultos e idosos, saúde materna, planeamento familiar e ginecologia e Serviço de Apoio domiciliário); **Equipa de primeira vez**, para novos casos (triagem das situações e consecutivo encaminhamento); **Equipa de idosos**; e o equipamento **Centro de Acolhimento Infantil**, que garante respostas de creche e jardim-de-infância, essenciais para que os pais possam garantir a sua autonomia financeira, pagando de acordo com a sua situação socioeconómica, com prioridade para crianças com pais empregados ou a realizar formação.

O Atendimento Social permite traçar planos de intervenção conjunta, partilhando e complementando respostas e recursos económicos de ambas as Instituições. A Santa Casa responsabiliza-se por apoios de transição e autonomização estabelecidos no Plano de Intervenção, tendo diferentes fontes de recursos (apoios estatais e rendimentos proveniente dos jogos). A Junta responde a critérios do **Fundo Emergência Social (FES)**, definidos pela Câmara Municipal de Lisboa, tendo em conta que, tudo o que extravase a ação do mesmo, terá de ser integrado no Orçamento, sujeito a escrutínio e aprovação por parte da Assembleia de Freguesia.

8. Caracterização da População acompanhada

Tornou-se fundamental pensar formas de intervenção e promoção do bem-estar da comunidade, para além das respostas existentes. Entre Junho de 2013 e Abril de 2015, os Serviços de Ação Social da Junta de Freguesia identificaram **774 agregados familiares**, no total de 1772 pessoas. Segundo dados dos últimos censos, a Freguesia contava com uma população superior a 13000 habitantes recenseados, tendo já sido identificada através do atendimento social 13,63% da população pelo atendimento social, tendo em conta que o

procuram em períodos de crise, para aconselhamento e articulação com outras entidades, da freguesia ou não.

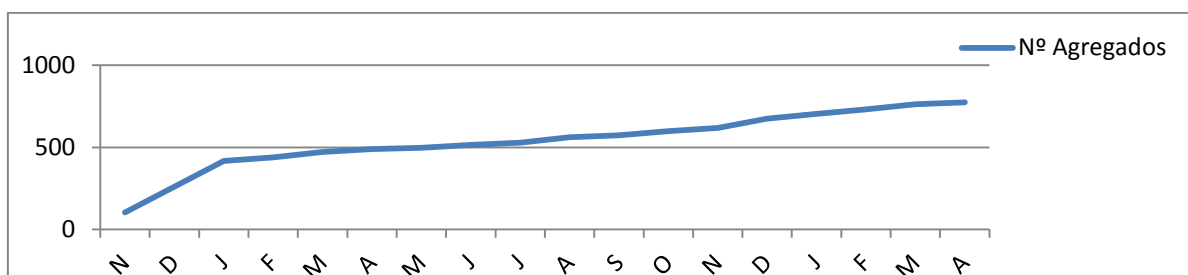


Gráfico II – Evolução do número de Agregados Acompanhados

Podemos perceber que, iniciados os atendimentos, aumentou o número de pessoas acompanhadas sobretudo entre Dezembro e Janeiro, devendo-se o aumento à entrega de Cabazes de Natal. Ao realizar-se inscrição com pedido de identificação, composição do agregado, rendimentos e origem dos mesmos, conseguimos identificar outras problemáticas a serem focadas em atendimento. Em 2013 foram entregues cerca de 300 cabazes e, no ano seguinte, cerca de 400.

O número de novos atendimentos (Triagens) segundo o gráfico, é por norma estável, realizando-se atendimentos uma/duas vezes por semana, tendo em conta marcações. Desde o início do estudo, foram agendados mais de **775 atendimentos**, sendo que cerca de 30,06% das marcações não chegavam a concretizar-se por falta das pessoas acompanhadas. Neste sentido se fez uma evolução muito positiva, trabalhando a responsabilização da população acompanhada, verificando-se que atualmente as faltas rondam os 10%. **Em média, os agregados são compostos por 2,35 pessoas**, com a seguinte distribuição populacional.

Crianças (até 2 anos)	Crianças (3 a 10 anos)	Jovens até 19 anos	Adultos	Maiores de 65 anos
3,74%	17,76%	7,36%	50,46%	20,69%

Tabela II – População acompanhada por Idades

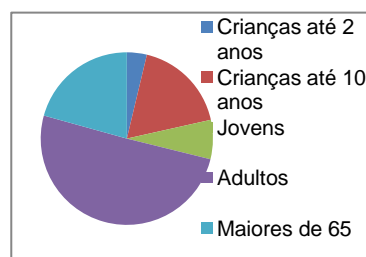


Gráfico III – População acompanhada por Idades

Com o acompanhamento destas famílias podemos perceber que mais de 90% são *famílias multiproblemáticas*, com problemáticas de desemprego, insuficiente rendimento e dependência associadas, prevendo-se a informação acerca de direitos e respostas no

desemprego e substituição de rendimentos, pedidos de tarifas sociais nas despesas fixas e transportes.

Com base no acompanhamento ao nível do Serviço Social de casos opta-se por referir alguns exemplos de casos acompanhados, recorrendo a *eco-mapas* e *genogramas*².

- a) Sra S., 51 anos, vive com dois filhos estudantes. Passou por separação complicada e deixou de contar com apoio do pai dos filhos. Numa altura mais conturbada, para conseguir pagar a renda, contraiu dois empréstimos, dispensando mensalmente 127,5€ dos 623€ que aufera, dispensa ainda 400€ para pagamento da renda. Recentemente, com apoio de amigos, familiares e instituições pagou 3000€ de dívida de renda.

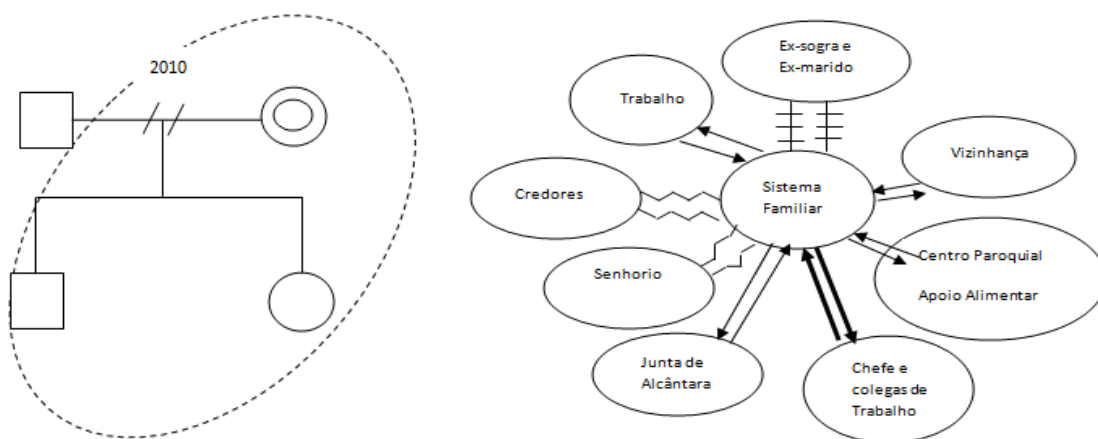
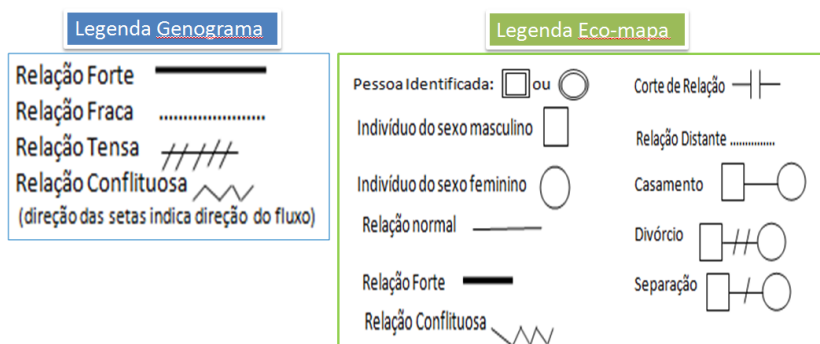


Figura VII – Genograma e Eco-mapa – (Exemplo A)

Neste caso estão presentes problemáticas de dependência financeira, dificuldade relacional com ex-marido e risco de perda da habitação. Tem apoio moral da vizinhança que a conhece há vários anos, bom ambiente no local de trabalho, e relação especialmente forte com a chefe e colegas de trabalho. Conta com apoios formais da Junta e do Centro Paroquial.

2



- b) Sr X, de 69 anos, teve AVC aos 50 anos, tendo ficado paralisado. Encaminhado para Coração Amarelo e garantido acompanhamento da Teleassistência. É acompanhado por SAD (higiene) da SCML, contando com Pensão inferior 300€ e complemento por dependência que ronda os 90€.

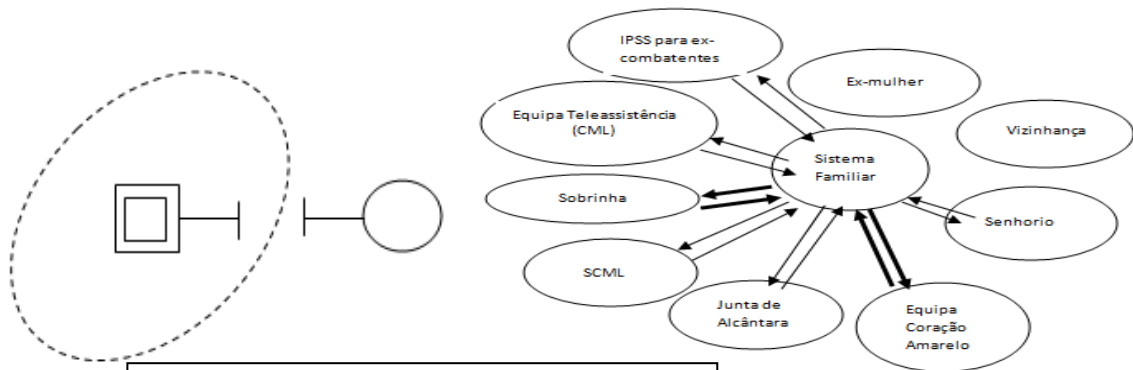


Figura VIII – Genograma e Eco-mapa – (Exemplo B)

Neste momento, a SCML garante higiene pessoal e habitacional, a Teleassistência permitirá resposta em eventual emergência. O coração amarelo disponibilizou voluntários e fisioterapeuta. Senhorio autorizou a mudança do 3º andar (sem elevador), para o R/C, e a Junta de Freguesia apoiou a mudança com voluntários. Estava presente nesta situação dependência física e económica (atenuada pelo pedido de Complemento por dependência), e problemáticas relacionadas com o isolamento do senhor, que pensamos estar agora atenuadas.

- c) MC, 81 anos, identificada necessidade alimentar por amiga. Discórdia na gestão que o marido faz da Pensão, tendo a Pensão da senhora de bastar para as despesas. Apoiamos pedido de devolução de pagamentos indevidos de serviço de telecomunicações e o pedido de complemento solidário para idosos, que foi aceite, passando a receber cerca de 95€. Encaminhamos casal para o Centro Paroquial, passando a ser entregue refeição diária, garantindo a mesma.

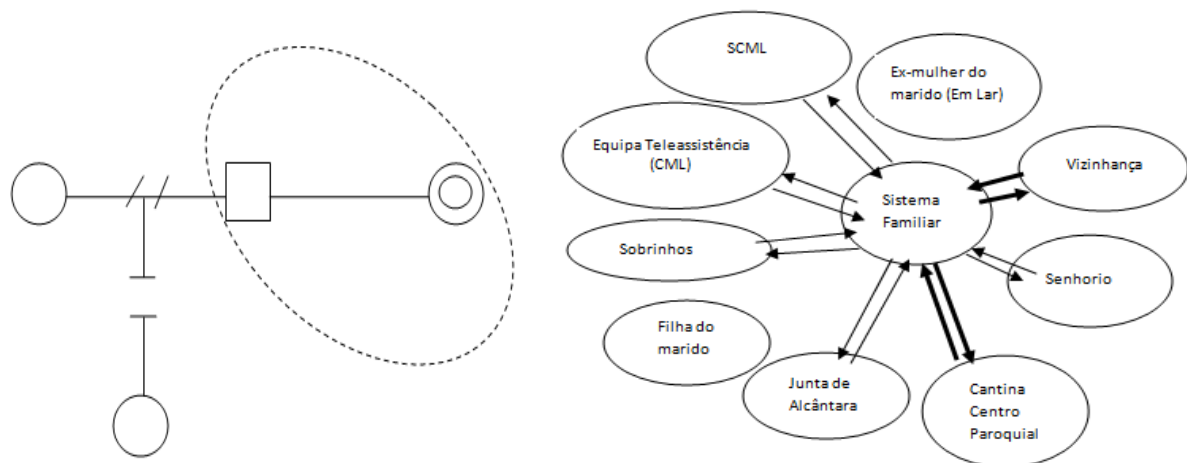


Figura IX – Genograma e Eco-mapa – (Exemplo C)

A relação com a ex-mulher do marido, integrada em Lar, não existe, ainda que o marido esgote parte do rendimento em transporte para visitar a mesma. Têm excelente relação com a vizinhaça. A Santa Casa da Misericórdia tinha sugerido serviço de apoio domiciliário, que recusou.

Após estes exemplos há então que definir algumas características e problemáticas da população em estudo.

8.1 Género, Estado civil e Comunidades Migrantes

Os dados recolhidos confirmam o que é defendido pelos vários autores; as mulheres ainda são as principais “guardiãs” informais e formais da família, responsáveis por cuidados da mesma.

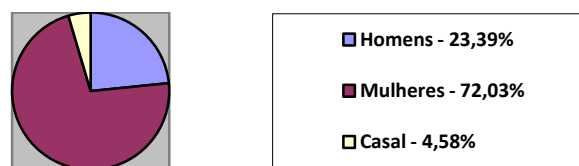


Gráfico IV – Origem de pedido de apoio social por género

Do total da população acompanhada, em 72,03% dos casos, o pedido de apoio chega-nos no feminino, 23,39% por parte de homens (situações em que a mulher é principal sustento, com uma carga laboral que impossibilita de comparecer, ou em casos de monoparentalidade no masculino). Apenas 4,58% dos casos comparece o casal, sobretudo em situações de duplo desemprego ou procura de integração dos filhos em respostas de creches e jardim-de-infância.

É frequentemente ser verbalizado pelas mulheres o cansaço resultante da conjugação de responsabilidades laborais e familiares, focando o elevado número de vezes que têm de recorrer a serviços para procura de respostas para a família (consultas, medicação, abonos, inscrições escolares). Foram recolhidas informações relativas ao estado civil do chefe de família, verificando-se o seguinte:

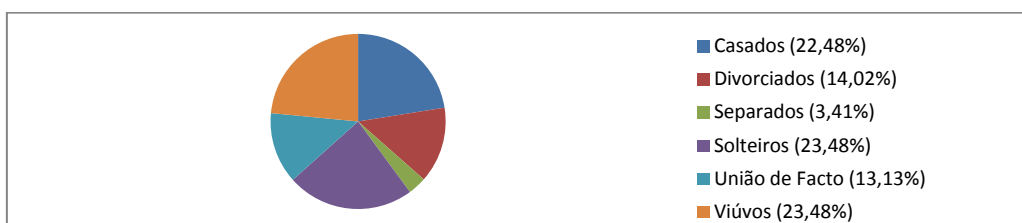


Gráfico V – Estado Civil do chefe do Agregado Familiar

Verifica-se que, pessoas sem cônjuge ou companheiro, por inexistência ou morte, são a maioria, 50,37% da população acompanhada. Tal fato justifica-se também pela normal existência de apenas um elemento provedor, que assume sozinho as despesas, tendo mais dificuldade em assumi-las. Os restantes têm frequentemente menores ou jovens à procura de primeiro emprego a cargo, fazendo com que os per capita familiares sejam inferiores. São mais recorrentes casos em que há um ou dois provedores com várias pessoas dependentes, dividindo-se o rendimento por mais pessoas.

Não devem ser esquecidas outras situações particulares e novos fenómenos cada vez mais comuns. Por vezes quem procura apoio é o principal provedor, verificando-se casos em que os pais, pensionistas, acolhem e sustentam filhos adultos, desempregados, e também netos. Nestes casos, os filhos são muitas vezes excluídos da atribuição de prestações sociais tendo em conta a composição do agregado e os rendimentos de outros membros do mesmo.

A comunidade migrante acompanhada em termos de atendimento social na Freguesia, é ainda pouco expressiva em termos de números, apenas 3,85% dos casos. Sobretudo população com autorizações de residência, residentes numa zona específica da Freguesia, que se caracteriza por inferiores condições de habitação, com rendas mais baixas. Sobretudo originárias de países PALOP, chegadas a Portugal com protocolos de Saúde que vão ficando, incapacitados para trabalho; ou brasileiros e pessoas de países de Leste da Europa. Ainda muito ligados a trabalhos informais, em áreas de cuidados, limpeza, restauração e estética

tendencialmente, não tendo, ao contrário do que acontece noutros locais, uma elevada escolaridade, sendo contudo tendencialmente suportadas por redes informais coesas.

8.2 Contexto Económico da população acompanhada

Mais de metade da população acompanhada é adulta, com uma taxa de desemprego de 40,09%, sendo assim o desemprego uma das principais problemáticas, que resulta em dependência económica face à família ou apoios sociais. Na maioria, desempregados de longa duração, desempregados há pelo menos há dois anos. É, assim, fundamental analisar o contexto socioeconómico da população acompanhada no geral, analisando em seguida a proveniência de rendimento, garantia de subsistência das famílias em causa.

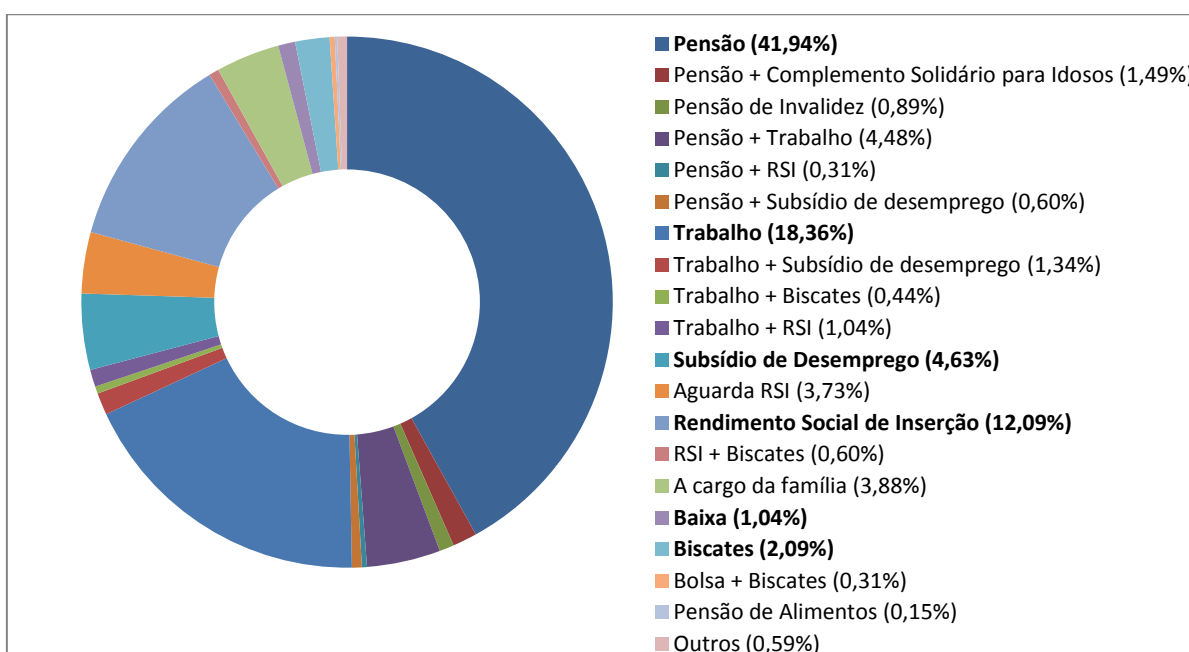


Gráfico VI – Proveniência do rendimento Familiar

Cerca de metade dos agregados acompanhados têm pelo menos uma pessoa beneficiária de pensão por velhice, sobrevivência ou invalidez. Em 21% dos casos há pelo menos um elemento do agregado laboralmente ativo, em cerca de 5% dos casos o agregado depende do subsídio de desemprego e em 12,09% dependem da prestação de Rendimento Social de Inserção.

Ainda que trabalho informal não seja facilmente identificado pelo técnico, verifica-se tendência para a realização de pequenos trabalhos informais, sobretudo desempregados do ramo da Construção Civil, limpeza e cuidados de idosos. Os valores associados a trabalho informal poderão, integrados no acompanhamento que implica pedidos de apoio

económica, não estar exatamente de acordo com realidade. Calcula-se que parte dos beneficiárias de Rendimento Social de Inserção tenham pequenos trabalhos, mais ou menos pontuais, tendo-se verificado, por exemplo, na entrega dos cabazes de Natal que, quando não tido em conta prestações como o abono família, os agregados apresentavam rendimentos negativos após pagamento de renda.

A família, enquanto suporte informal, parece ser ainda um dos principais recursos, sendo várias as pessoas idosas, dependentes de pensões a acolher filhos como forma de resposta à dependência económica dos mais novos. Outros casos existem em que, apesar de não residirem com os pais, os filhos continuam a ser apoiados. Verifica-se que existe em média, na população acompanhada, um rendimento disponível de 399,72€, não estando compreendidos valores de abonos e apoios da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.

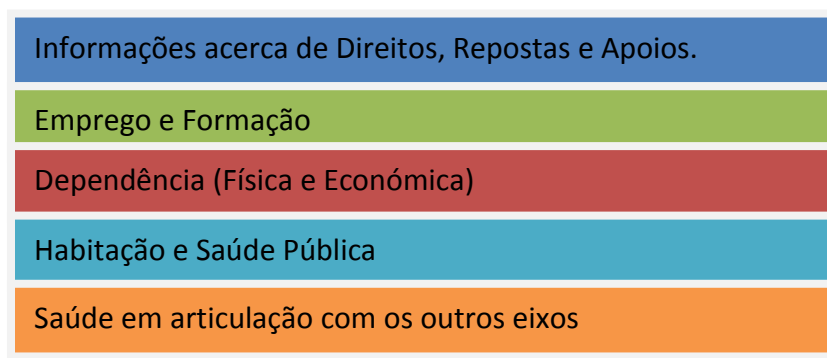
Por outro lado, se distinguirmos pensionistas dos restantes, poderemos perceber que em média, os primeiros, têm em média 443,81€ de rendimento mensal, enquanto os restantes registam em média cerca de 373,22€. Estes dados contrariam alguns estudos que defendem que os idosos estão mais vulneráveis à pobreza, tendo em conta ainda que os seus agregados tendem a ser compostos por menos elementos, fazendo com que, numa análise tendo em conta o rendimento *per capita*, se note mais esta diferença. Apoios como o Complemento Solidário para idosos ou o Complemento por dependência parecem, ainda assim, diminuir o risco de dependência económica na população com mais de 66 anos, o que não acontece nos restantes casos, em que a única proteção parece ser a atribuição do rendimento social inserção, tendo em conta a composição do agregado.

8.3 Necessidades Identificadas nos Atendimentos

Ao nível das necessidades, não esquecendo nunca o contributo de Maslow e sua pirâmide da hierarquia de necessidades, é fundamental definir a diferença entre necessidades sentidas e necessidades identificadas pelo técnico, sendo que nem sempre o atendimento resulta na intervenção nas primeiras. É necessário perceber que, em última instância, a maioria dos atendimentos se devem a um facto comum, insuficiência económica, seja ela resultado de baixos rendimentos ou de elevada despesa. No atendimento há sempre que trabalhar, direta ou diretamente, questões relacionadas com a gestão de orçamento familiar, sendo que ao contrário do que se pensa, podem existir melhores gestores com baixos rendimentos.

O plano traçado em conjunto entre pessoa acompanhada e técnico procura respostas diretas e indiretas a problemáticas expostas, sendo explicadas formas de gerir a despesa e o rendimento, tentando-se encontrar formas de aumentar receita e reduzir a despesa.

As principais necessidades identificadas são primárias, resultantes de carências como alimentação, inaccessos vários ao nível de saúde, de abastecimento de serviços essenciais de água, luz e gás, entre outros. Dos atendimentos realizados pode concluir-se que existem alguns eixos de intervenção fundamentais:



No primeiro podemos perceber a importância do técnico, “radar” de respostas. Neste primeiro eixo referimo-nos sobretudo ao acompanhamento de situações de emergência alimentar, garantindo a Junta de Freguesia um pequeno banco alimentar, abastecido através de parcerias a nível de responsabilidade social das organizações, recolhas nos supermercados da comunidade, apelando à solidariedade, e através de parcerias com IPSS’s.

A este nível se garante a articulação com a Santa Casa da Misericórdia e suas respostas dos apoios pontuais de subsistência, da atribuição de cartões que garantem consultas, medicação, material descartável para crianças e idosos, leites infantis e acesso a respostas de infância e para idosos, próprias ou participadas. Garante-se também informação sobre instituições a atuar na zona geográfica ou limítrofe.

Boa parte desta informação passa também pela informação acerca de direitos, sendo possível a articulação com o atendimento jurídico da Junta, mas também através de apoio ao preenchimento de pedidos com relação direta ou indireta com a segurança social, deixando uma tabela resumo dos apoios da mesma, para os quais a população solicita tantas vezes apoio nos pedidos e acompanhamento dos mesmos.

8.3.1 Articulação com respostas e apoios existentes

Os motivos que levam as pessoas a recorrer a Serviços Sociais prendem-se sobretudo com carências relacionadas com insuficiente rendimento ou situações de emergência pontual. Procuram sobretudo aconselhamento acerca de possibilidades de resolução ou amenização das problemáticas que expõem aos serviços, para tal é fundamental conhecer-se respostas ao nível da Segurança Social, sabendo que parte da responsabilidade da segurança Social em Lisboa está ao cuidado da Santa Casa, gestora e reguladora, por exemplo, da atribuição do Rendimento Social de Inserção.

Os pedidos de informação acerca das medidas da Segurança Social são vários, sobretudo no desemprego, velhice e/ou dependência. Encaminhamos assim a população, caso a caso, tendo em conta situações particulares, legislação e critérios de atribuição de apoios, no sentido de não gerar expectativa exagerada da pessoa acompanhada, explicando procedimentos e objetivos. Neste tipo de ação, é procurada sobretudo uma intervenção centrada na tarefa, tendo em conta timings de entregas e de recolhas de documentos necessários, sendo sempre que necessária elabora lista em conjunto com datas e tarefas a realizar, partindo do preenchimento conjunto dos impressos necessários.

População	Medidas	Observações
População Idosa	Pensão de Velhice	Pessoas com mais 66 anos e mais de 15 anos de descontos.
	Pensão Social de Velhice	Pessoas a partir dos 66 anos, não abrangidas por qualquer regime de proteção social, que tenham rendimento mensal ilíquido igual ou inferior a 167,69€ ou casal com rendimento ilíquido inferior a 251,53€.
	Complemento Solidário para Idosos	Pessoas com mais de 66 anos, isoladas, com rendimento anual inferior a 4909€ ou casais com rendimento anual inferior a 8590,75€.
Resposta na dependência	Complemento por Dependência	Para beneficiários de Pensão de Velhice, Invalidez ou Sobrevivência e não Pensionistas com incapacidades de locomoção predefinidas e medicamente justificadas. 1º grau – quem não possa satisfazer necessidades básicas – alimentação, locomoção ou higiene pessoal.

		2.º grau – quem acumule situações de dependência que caracterizam o 1.º grau e se encontre acamado ou com demência grave comprovada.
	Pensão de Invalidez	Para beneficiários do regime geral da Segurança Social em situação de incapacidade permanente para trabalho medicamente certificada. Invalidez relativa – quem não possa obter da profissão mais de um terço da remuneração normal e seja de presumir que não a recupere nos 3 anos seguintes. Invalidez absoluta - incapacidade para qualquer profissão em que o beneficiário não apresente capacidades de ganho remanescentes, nem se preveja recuperação até à idade de pensão de velhice.
	Pensão Social de Invalidez	Pessoa não incluída no regime geral da Segurança Social, com incapacidade permanente para trabalho medicamente certificada.
População Desempregada	Subsídio de Desemprego	Compensação da falta de remuneração face a perda involuntária de emprego. Varia de acordo com idade e número de meses de remunerações registado.
	Subsídio Social de Desemprego (Inicial ou subsequente)	Para que não reúna condições de subsídio de desemprego (subsídio social de desemprego inicial) ou tenha beneficiado do subsídio de desemprego a que tinha direito, tendo o agregado rendimento mensal que não ultrapasse os 335,38 € (80% do IAS) ³
	Rendimento Social de Inserção	Para pessoas/famílias em grave carência económica e risco de exclusão social, dependendo de um contrato de inserção, com deveres e direitos. Visa resposta a necessidades básicas. ⁴

³ IAS: Indexante de Apoios Sociais estabelecido nos 419,22€

⁴ Valor atribuído varia de acordo com composição do agregado, sendo atribuído ao requerente o valor de 178,15€, a cada adulto o valor de 87,07€ e a cada criança do agregado um apoio no valor de 53,44€.

Crianças	Abono de Família para crianças e jovens	Prestação mensal que visa compensar encargos familiares do sustento e educação de crianças/ jovens. ⁵
	Pedido de reavaliação do escalão de rendimentos	Para além do escalão resultar em diferentes valores de abono, resulta normalmente também em diferentes participações ao nível de livros escolares, em diferentes valores de CAF ⁶
Parental idade	Subsídio Parental	Subsídio atribuído ao pai e/ou à mãe, visando a substituição do rendimento de trabalho perdido na licença por nascimento de um filho.

Tabela III – Resumo de pedidos de Apoio à Segurança Social

Percebe-se, assim, que a população acompanhada segue tendências nacionais, como podemos constatar no quadro abaixo, com dados da Segurança Social referentes a Dezembro de 2015.

Beneficiários de Prestações de Desemprego	304.393
Titulares de Abono de Família	1.146.229
Beneficiários de Subsídio por Doença	109.810
Beneficiários de Prestações de Parentalidade	33.577
Beneficiários de RSI	210.669
Beneficiários de CSI	171.378
Pensionistas de Velhice	2.007.120
Entidades Empregadoras: Estabelecimentos com situações de Layoff	106

Fonte: Segurança Social (Dados referentes a Dezembro de 2014)

Tabela IV – Total de Beneficiários da Segurança Social

Ao nível alimentar existem, neste momento, duas cantinas, no Centro Paroquial e a das Janelas verdes (SCML), ainda que não se localize na Freguesia. Para além dos cabazes de emergência da Junta, com elementos não perecíveis, existe a resposta de dispensa do Centro Paroquial que dá resposta a mais de 100 famílias. Por não haver ainda a resposta necessária, realizou parceria com o ReFood, numa ótica de não desperdício alimentar, que recebe e redistribui alimentação dos restaurantes aderentes, de comprovada qualidade, que

⁵ **Escalões:** 1º Escalão (para agregados com rendimento até 2.934,54€), um abono no valor de 140,76€/criança, 2º Escalão (para agregados com rendimento até 5.869,08€), um abono no valor de 116,74€/criança e, por fim, o 3º Escalão (para agregados com rendimentos até 8.803,62€) resulta na atribuição de 92,29€/criança.

⁶ **CAF:** Componente de Apoio à Família

não chega a sair das cozinhas dos mesmos, através de uma loja situada no mercado local, dando resposta ao nível de alimentação confeccionada a famílias que não tinham qualquer resposta alimentar. Existe também um apoio de carácter pontual da Junta ao atribuir cabazes de Natal.

A alimentação animal é outra das necessidades identificadas, tendo sido encontrados alguns casos em que a pessoa acompanhada dividia os bens alimentares com os animais de estimação, para muitos o mais próximo que têm de família. Assim, iniciamos também uma parceria com a Animalife, encaminhando pedidos de apoio alimentar, vacinação (obrigatória e preventiva), desparasitação ou esterilização. Foram encaminhados já cerca de 20 pedidos, sendo o principal a alimentação.

Para além do que foi já referido, pode apoiar-se a pessoa na busca de outras respostas com influência ao nível da gestão de orçamento familiar, podendo-se tratar-se de pedidos de tarifas sociais nos transportes (exemplo: Passe Social + da Carris) ou nas despesas fixas, fazendo chegar o pedido às empresas abastecedoras, desde que cumpram critérios de rendimento ou sejam beneficiários dos apoios estipulados (Complemento Solidário para Idosos, Rendimento Social de Inserção ou subsídios de desemprego).

Todas estas questões permitem influenciar o rendimento disponível para garantir acessos a bens e serviços de bem-estar, sendo sempre, em última instância, formas de promover Saúde através da promoção do acesso a bens e serviços que estariam vedados.

8.3.2 Intervenção em Emprego

Ao nível do Emprego, a Junta de Freguesia tem assumido alguma responsabilidade, tendo começado por divulgar ofertas de emprego, encaminhando desempregados acompanhados pelo atendimento social. Com os desempregados trabalha-se sobretudo questões de autoestima, começando por trabalhar-se ou criar-se o currículo e carta de apresentação, estabelecendo-se áreas onde existe experiência laboral e interesse em trabalhar.

Num recente plenário eram referidos pela representante do Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP), a existência de 30000 pessoas desempregadas em Lisboa. Segundo o Eurostat, em Abril, a cidade tinha a maior taxa de desemprego nacional (18,5%). Ao nível das pessoas socialmente acompanhadas é natural que a taxa seja superior,

verificando-se no início 49,15% da população ativa acompanhada desempregada, percebendo-se sobretudo a existência de desempregados de longa duração, com uma baixa escolaridade. Neste sentido se estabeleceram parcerias com várias entidades e empresas de recrutamento, continuando a divulgação e encaminhamento para ofertas de emprego, criando-se uma base de dados.

Criou-se inicialmente o GEPE (Grupos de entreaajuda à Procura de Emprego), grupo informal de pessoas desempregadas que reúne semanalmente com o intuito de procurar ativamente Emprego para cada membro, apoiando-se na procura, ultrapassando sentimentos negativos face ao desemprego, aumentando competências e redes de apoio. Assumiu-se, a início, um grupo heterogéneo, de pessoas encaminhadas pela SCML, sendo que esta heterogeneidade de áreas profissionais, interesses e escolaridade torna um grupo mais difícil de gerir mas mais autossuficiente, com algumas pessoas mais proactivas motivando as restantes.

Começou por ser estipulado horário de atendimento para apoio à elaboração dos currículos, permitindo identificar casos sociais de outros âmbitos, mas também a identificação de necessidades e oportunidades de formação. Ao serviço têm recorrido sobretudo pessoas com baixa escolaridade e desempregados de longa duração mas não só. Verificou-se desde a criação deste gabinete, uma evolução positiva a nível de emprego (14,06%), tendo-se optado também por realizar divulgação de medidas de incentivo à contratação do IEFP.

A Junta integrou, em conjunto com outras três Juntas vizinhas, a RedEmprega (rede de empregabilidade do Vale Alcântara), nos seus dois grupos (Front-Offices e Formação), assumindo-se a metodologia de emprego apoiado. Foi realizada uma formação de Geriatria (que contou com uma taxa de empregabilidade a rondar os 90% das pessoas que terminaram o estágio), uma de Lavandaria e Engomadoria e compostos dois grupos de formação de Eletricidade, tendo em conta o grau de escolaridade.

Foram estabelecidas, em Parceria com IEFP, contando com os apoios do mesmo, duas formações de Gestão de Orçamento Familiar, com disciplinas como introdução ao cálculo básico, introdução à escrita, métodos de procura ativa de emprego e nutrição e hábitos de vida saudável. Para além da certificação de competências ou do possível nível de escolaridade, tem impacto ao nível da integração em mercado laboral e aumenta

temporariamente o rendimento disponível destas famílias devido aos apoios existentes, presentes na tabela a baixo:

Bolsa de alimentação	de	Subsídio de transporte	de	Bolsa Escolar	Pagamento de respostas para a infância até limite máximo *
4,27€/dia de formação frequentada	de	Pagamento do valor inerente à despesa de transporte	do	1,13€/horas * (apenas para não beneficiárias de Prestações Sociais)	*(desde que a necessidade resulte da frequência da formação)

Tabela V – Apoios a Formandos (IEFP)

Ainda que não devam ser a motivação primordial para a frequência destas formações, os apoios têm sido importantes, sobretudo para desempregados que deixam de ter disponibilidade para realizar trabalhos informais que realizavam até aí. A formação é essencial para a retoma de rotinas normalmente perdidas, horários e responsabilidades ao nível da pontualidade e assiduidade, bem como na entrega de documentos e comprovativos de despesa para posterior reembolso (exemplo: reembolso do Passe).

Neste sentido se promoveu-se também, através da RedEmprega, em 2014, a FOEP (Feira de Orientação Escolar e Profissional) mais direcionada para jovens, e em 2015, uma Mostra Formativa, para a população desempregada adulta, tendencialmente com baixa escolaridade e sem certificação.

A Junta concorreu em Agosto ao projeto do IEFP, integrando recentemente o grupo de Gabinetes de Inserção Profissional (GIP) de Lisboa; assumindo responsabilidades formais, com objetivos específicos e contratualizados, ao nível das apresentações de desempregados, colocação em formação, sessões coletivas de apresentação a Medidas de Emprego e Empreendedorismo e colocação em emprego. Resultados só poderão ser analisados em 2016.

No eixo de emprego há que trabalhar, mais uma vez, contextos, pelo que se garante transportes e se articula a colocação de crianças a cargo em respostas de apoio às crianças,

possibilitando frequência de formações e entrada em mercado laboral, permite sobretudo a autonomização económica destes agregados, com a qual se aumenta rendimento do agregado e, conseqüentemente, o acesso a bens essenciais como uma dieta saudável, medicação entre outros. Para além disso, há toda a questão psicológica associada ao desvio e autoestima, sendo por vezes esta população associada a pouca vontade de trabalhar, acabando por vezes por assumir estigmas de que são alvo. É fundamental trabalhar esta população desconstruindo estes conceitos, trabalhando processos em conjunto.

8.3.3 A Dependência

A dependência pode ser física ou económica, como foi já referido anteriormente, pelo que optamos por distingui, ainda assim, as duas.

8.3.3.1 A Dependência e a população Idosa

Em 2012, a Santa Casa da Misericórdia, através do Projeto Intergerações, identificou agregados compostos por pessoas com 65 ou mais anos, com intuito de identificar e ajudar a solucionar situações de solidão, dependência e doença grave. Na Freguesia foram identificados cerca 1080 pessoas, que foram alvo de visitas domiciliárias da parte da Junta, entre 2014 e 2015. Concluimos que os cuidadores informais são sobretudo pessoas com mais de 60 anos, filhos a cuidar dos pais com idades superiores a 80 anos ou cônjuges. São essencialmente mulheres, esposas, filhas e noras com desafio de conciliar responsabilidades para com os idosos e com as crianças, acumulando por vezes responsabilidades para com os pais e os filhos ou netos, que identificam fatores como cansaço físico e mental na origem de tensão entre cuidador e cuidado.

Assim, encaminhamos sempre que solicitado para respostas de Serviço de Apoio e Domiciliário e Centro de Dia, fundamentais à manutenção da Saúde de pessoas dependentes e seus cuidadores, sendo a segunda também potenciadora de contacto com outros, importante para quem se sente isolado. Existem também instituições de integração e promoção de redes de âmbito informal, com voluntários que acompanham idosos em sua casa, ida ao café etc; e respostas de acompanhamento telefónico regular e de emergência, como a Teleassistência, serviço da Câmara Municipal de Lisboa, de acompanhamentos por voluntários ou por profissionais (exemplo: Psicólogos) e resposta na emergência (botão de alarme). O encaminhamento é feito através de ficha de reconhecimento da situação, com

contactos de pessoas chave da rede informal, das instituições formais de acompanhamento (centros de saúde, bombeiros, associações,...), nome da(s) pessoa(s) quem têm a chave de casa são fundamentais numa emergência no domicílio. Desde Janeiro de 2014, foram pedidos pela Junta 51 sistemas de Teleassistência, representados no gráfico que se segue.

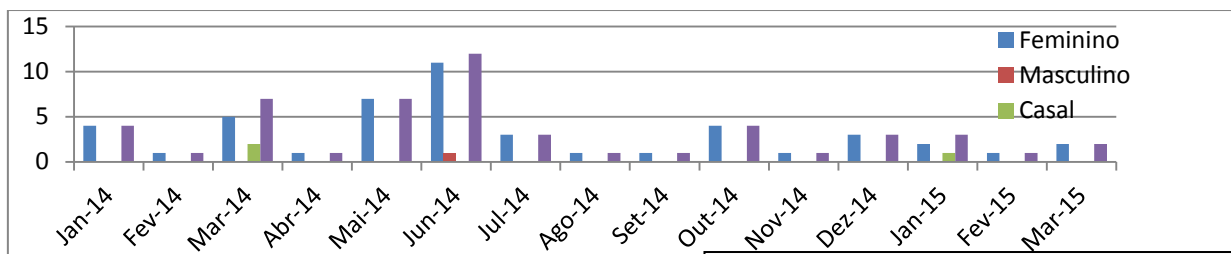


Gráfico VII – Evolução dos pedidos de teleassistência

Em 76,47% dos casos a pessoa residia só, destes 74,51% são pessoas viúvas, 7,84% são casais, 7,84% são solteiros e 9,8% dos casos são pessoas divorciadas.

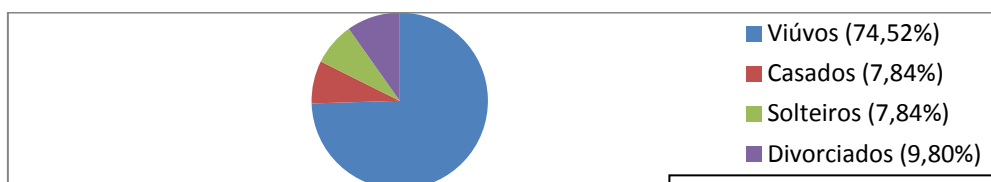


Gráfico VIII – Pedidos de Teleassistência – Estado Civil

Dos casos de pedido de Teleassistência, 35,29% é acompanhada por Instituições formais, sendo alguns pedidos encaminhados pelas mesmas. Apenas 7,84% dos pedidos partiram de pessoas do sexo masculino, a grande maioria (92,16%) partiu de mulheres, essencialmente viúvas. É também importante analisar os motivos alegados para o pedido, 50,98% dos casos foi alegado como motivo a Segurança, em 66,67% dos casos foi alegada a solidão, mas o motivo mais focado foi mesmo a Saúde, referido em 88,23% dos pedidos, de acordo com tabela que se segue.

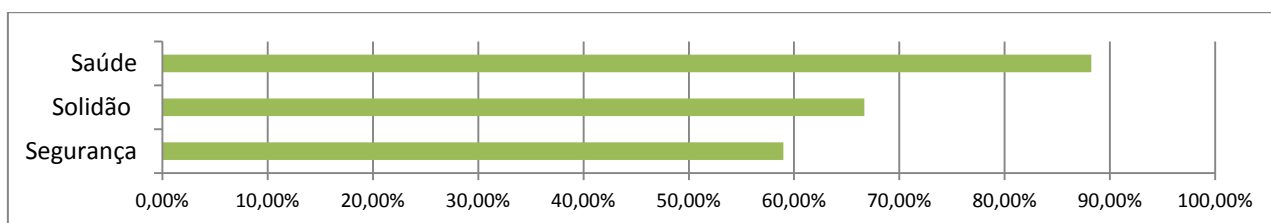


Gráfico IX – Pedidos de Teleassistência – Motivos

Apenas 3,92% afirmou não ter qualquer doença, foram referidas as doenças que se seguem:

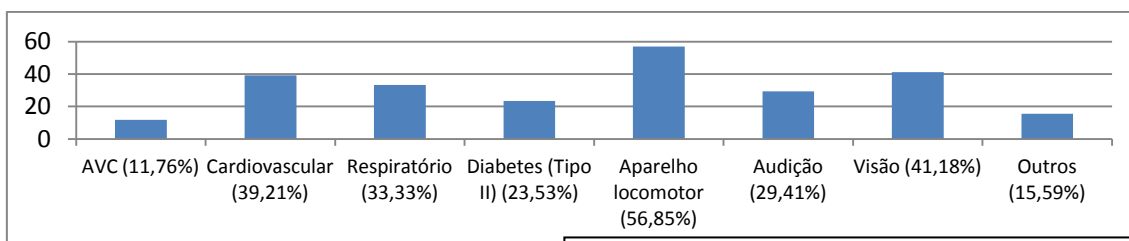


Gráfico X – Pedidos de Teleassistência – Doenças identificadas

Entre as problemáticas mais referidas estão as associadas ao aparelho locomotor (falta de mobilidade), visão, problemáticas cardiovasculares, e ao nível do sistema respiratório. Dentro da categoria de Outras problemáticas foram referidas problemáticas ao nível intestinal, insuficiência renal, obesidade e gastrite crónica, alzheimer e depressão. No total dos pedidos o único tipo de diabetes mellitus referido foi o II, contraído ao longo da vida.

A integração em Lar, tal como defendido na literatura, continua a ser socialmente interpretada, como a última opção, sendo que normalmente os pedidos surgem de grande dependência física e mental. Várias famílias referem o facto de os Lares não terem, na sua maioria, atividades promotoras de independência e a difícil integração nas IPSS, sendo uma unidade residencial privada dificilmente suportada pelos filhos, e essencial a participação da SCML em várias situações. O cenário de crise económica, baixos ordenados, a quantidade de idosos com filho único e a exigência do mercado laboral em que se inserem os filhos ou o desemprego dos mesmos impossibilitam o pagamento de Lares. Contudo, nem todos os filhos ou genros/noras, têm capacidade para cuidar de um idoso e nestes casos são realizados os encaminhamentos necessários, medindo riscos para a Saúde, sendo sempre necessária a expressa autorização da pessoa idosa, desde que esteja na posse de todas as suas capacidades mentais.

8.3.3.2 Dependência Económica e Apoios no âmbito da Intervenção da Junta

Os apoios diretos decorrem da transferência de competências da Câmara, acompanhada de fundos específicos. O Fundo de Emergência Social (FES) visa apoio “em situação de emergência habitacional grave” a quem a Câmara Municipal não dá “resposta em tempo útil através do acesso a uma habitação municipal condigna e para os quais as respostas já disponíveis no quadro da Rede Social são insuficientes”. Trata-se de apoios financeiros pontuais, excecionais e temporários para munícipes ou residentes no concelho de Lisboa que (1) tenham perdido habitação por derrocada, catástrofe, ação de despejo, execução de hipoteca, violência doméstica e cessação de permanência em estabelecimento coletivo ou

em risco de perda iminente da habitação, impossibilidade de pagamento da renda ou prestação por diminuição súbita de rendimentos provenientes do trabalho (desemprego) ou de prestações sociais; (2) que não tenham habitação alternativa na área metropolitana de Lisboa e concelhos limítrofes por parte de todos os membros do agregado; (3) que não sejam titulares de habitação municipal, nem cônjuge ou companheiro; (4) não ocupem abusivamente fogo municipal; (5) que possuam um rendimento mensal per capita, igual ou inferior a 300€; (6) sendo necessário que ninguém do agregado beneficie de apoios habitacionais ou prestações sociais para os mesmos fins, da CML ou de outras entidades públicas ou privadas.

É, assim possível, o apoio ao nível das despesas de habitação e saúde: renda de casa (privada), prestação da aquisição de habitação, despesas fixas essenciais (água, eletricidade ou gás); despesas de telecomunicações (serviço voz); aquisição de medicação, meios complementares de diagnóstico e outras despesas de saúde. É, deste modo, possível realizar alguns apoios diretos consequentes do seu acompanhamento e de ações concertadas com outras Instituições, mediante proposta é realizado o pagamento direto (não passa pela pessoa acompanhada/pago diretamente às entidades) por parte da Junta. No gráfico abaixo compara-se o total de apoios diretos, com base no FES, com os apoios concedidos até Abril de 2015.

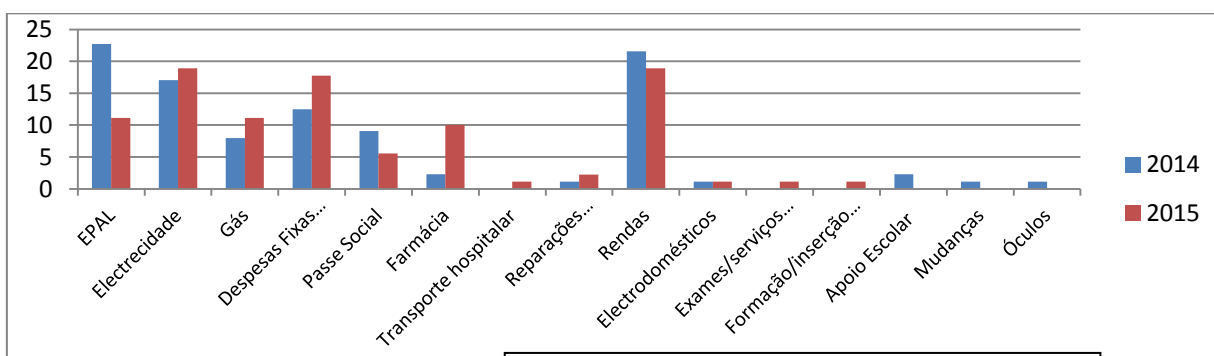


Gráfico XI – Apoios no âmbito do FES (2014 a 2015)

Segundo se pode perceber através do gráfico representado em cima, os principais apoios diretos (pagamentos) são realizados através de pagamento de rendas, sendo que em Abril, as respostas a este nível não estavam já muito longe das realizadas no total do ano 2014, prevendo-se um aumento do número de apoios; mas sobretudo o apoio ao nível das despesas fixas essenciais (água, luz e gás), normalmente em risco de corte.

O pagamento destas despesas garante acessos básicos, desde já o acesso a uma habitação, mas também o acesso, essencial, à alimentação confeccionada e higiene pessoal e da habitação, tendo-se combatido situações de reabertura de água, luz ou gás, intervindo antecipadamente, evitando pagamentos de taxas de reabertura. Nas situações em que foi cortado e não conseguimos resolver com antecedência necessária, por desconhecimento da situação ou falta de entrega atempada das faturas, tentou resolver-se a situação tão rápido quanto possível. São, contudo, os pagamentos referentes a rendas, os que mais que consomem verba, tendo contudo que se garantir as mesmas olhando também aos critérios já referidos, explicando a transitoriedade e pontualidade de um apoio que se prevê sempre enquanto resposta a situações de emergência, em consonância com procuras de apoios de resolução do problema, entre eles a procura de rendas mais baixas.

Tem-se verificado, por comparação dos dois anos em análise, um aumento do número de apoios relativos à medicação, destinando-se a pessoas que aguardam cartão de medicação da SCML ou que não reúnem os critérios mas, face a situações pontuais, a Saúde é colocada em risco pela ausência da toma dos mesmos. Um exemplo claro é o da idosa que, por ter uma despesa pontual não prevista (exemplo: acerto de fatura EPAL devido a fuga de água/avaria da canalização), deixa de ter capacidade de levantar a medicação destinada a doenças crónicas, cardiovasculares, respiratórias no geral, entre outras. Também aumentaram os casos em que foi pedida a comparticipação de através de pagamento de exames médicos, sobretudo em situações em que a pessoa desconhecia o seu direito de isenção a nível das taxas moderadoras.

Existem ainda outros apoios, ainda que em menor número, relacionados com formação, essencial à integração em mercado laboral (renovação do CAP- licença profissional de taxistas ou MAI – licença profissional de vigilante/segurança) ou de apoio escolar.

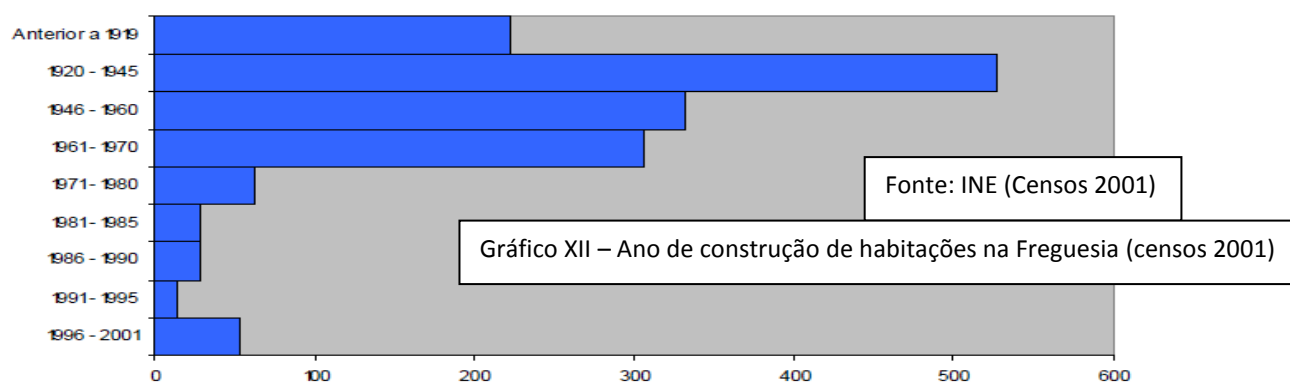
8.3.4 Intervenção na área da Habitação e seus impactos

Ao nível da habitação estão associadas várias problemáticas sociais, tendo mesmo impacto óbvio na qualidade de vida da família que a habita. Ao nível dos arrendamentos a particulares, é comum encontrar-se rendas por regularizar e consequentes ordens de despejo, mas também alguns pedidos relacionados com reparações habitacionais, através da conclusão de pequenos trabalhos ou entrega de materiais em casos em que o total da

reparação esteja acima do limite permitido, fixado em Assembleia de Freguesia, proposto pelo Executivo. Neste sentido é fundamental sobretudo a articulação com o Pelouro de Habitação, encaminhando os vários pedidos, mas também através da articulação com o banco de bens doados, que permite entrega de bens como tintas, loiças sanitárias, armários variados ou mobílias.

Ainda que as últimas não sejam muitas vezes relacionadas com as questões, podem ser em muitos casos também motor de qualidade de vida, um dos principais pedidos recentes têm sido beliches que permitem uma melhor gestão de espaço em habitações de pequena dimensão (mas com rendas que o agregado possa suportar). Há a tendência nesta de adequar o funcionamento familiar ao espaço, para adequar a renda ao orçamento familiar.

Segundo dados dos censos de 2001 (INE) verifica-se que é uma zona de construção tendencialmente anterior a 1970, sobretudo entre 1920 e 1945. Sendo historicamente uma Freguesia operária que cresceu à volta de fábricas, conta com vários edifícios antigos, com necessidades de reparações, pequenas e de fundo, com difíceis acessos sobretudo para pessoas idosas. São muitos os casos em que se verifica existência de barreiras arquitetónicas (inexistência de elevador, escadas estreitas com degraus altos, largura de portas que não permitem a passagem de cadeira-de-rodas, alguns andarilhos, entre outra ajudas técnicas).



Intervenções ao nível da habitação podem ser várias, desde a instalação de um poliban a pedidos de desinfestação, desbaratização ou desratização (defesa da Saúde Pública). Neste sentido, estão ligados às condições habitacionais, três valores: (1) Segurança, na reparação de janelas/portas, madeiras e materiais que possam originar acidentes (quedas); (2) Autonomia, na colocação de polibans (facilitadores da higiene a dependentes e cuidadores); e (3) Saúde, na facilitação de contacto com exterior/outros, evitando-se isolamento,

promovendo Saúde mental, ou intervenção em infiltrações/humidade, protegendo o sistema respiratório.

Torna-se fundamental comparar o impacto da despesa habitacional em diferentes grupos da população, verificando a situação resumida na tabela que se segue.

Variáveis	Média Total da população acompanhadas	Bairros Municipais	Agregados de Idosos
Rendimento médio	399,72€	358,53€	443,81€
Despesa média de habitação	183,24€	81,52€	130,73€
Taxa de esforço média	45,84%	22,77%	29,46%

Tabela VI – Despesa habitacional por grupos da população acompanhada

A habitação continua a ser identificada como principal despesa familiar, sendo frequente consumir metade do rendimento. Verifica-se que residentes em habitações geridas pela Gebalis (gestora de Bairros Municipais) suportam uma renda tendencialmente mais baixa, com um vencimento médio na ordem dos 358,53€, representando a renda média uma taxa de esforço inferior a 23% (81,52€). A taxa de esforço, enquanto porção do rendimento aplicado no pagamento da renda, beneficia residentes em bairros municipais e idosos, por diferentes motivos. O facto de o artigo 36º da nova Lei de arrendamento (alínea 1ª) definir que “Caso o arrendatário invoque e comprove que tem idade igual ou superior a 65 anos ou deficiência com grau comprovado de incapacidade superior a 60 %, o contrato só fica submetido ao NRAU mediante acordo entre as partes, aplicando-se no que respeita ao valor da renda o disposto nos números seguintes”, protege também especialmente esta população.

A Junta apoia também pedidos e acompanhamento de pedidos de atribuição de habitação municipal, alvo de concurso público promovido pela Câmara Municipal de Lisboa. Mais de 26000 fogos residenciais foram, e continuam a ser atribuídas, de acordo com o rendimento total dos agregados, sendo o valor da renda sujeito a ajustamentos face a alterações dos mesmos. Da população acompanhada, 16,02% residem em habitação social.

Segundo o inquérito realizado pela Gebalis em Dezembro de 2011, verifica-se tendência de envelhecimento nos residentes (21% dos agregados, unipessoais ou não, exclusivamente compostas por idosos). Verificam-se baixos níveis de qualificação e elevados níveis de pobreza, 24,5% dos rendimentos provêm do trabalho e 37,4% de transferências sociais. Em cerca de 89% dos casos, o alojamento deveu-se ao facto de habitar barracas, tendo sido iniciado o alojamento há cerca de 30 anos, dando origem a algum desajustamento face à composição do agregado atual (45% de taxa de subocupação e 15% de taxa de sobreocupação). Mais de um quarto dos residentes (26%), assume atrasos no pagamento da renda, sobretudo pessoas entre 18 e 34 anos e famílias com menores a cargo.

Referem dificuldades de respostas a pedidos dos moradores (alterações de valores de renda, organização do espaço), 30% da população desconhecia possibilidade de negociação dos valores da renda. Metade da população considera o valor justo, mas mais de metade não concorda que a falta de pagamento resulte em despejo e mais de 86% considera que os filhos deveriam obrigatoriamente ter direito a uma habitação nas mesmas condições. Cerca de 85% assume não pensar em abandonar a habitação, estando satisfeito (mais de 80%) face à integração na cidade, acesso a transportes e vizinhança. Apenas 10% admite já ter omitido a morada por recear efeitos de estigma.

Os problemas identificados são: manutenção de elevadores, limpeza dos espaços públicos, falta de respostas de segurança (esquadra) e falta espaços comerciais (mercearia e farmácia). 79% dos entrevistados julga ser importante existir uma associação de moradores mas apenas 19,2% são membros das mesmas, alegando defenderem apenas interesses de alguns.

8.3.5 Saúde em cooperação com os outros Eixos de Intervenção

A Saúde é, indubitavelmente, resultado de muitas condicionantes de contexto, sendo resultado do acesso a bens e serviços essenciais. Programas como PEAS (Programa de Envelhecimento Ativo e Saudável), são promotores de atividade, autonomia e Saúde, proporcionando atividades ao nível da Expressão Artística ou Musical, Dramática e Corporal, Informática, Dinamização de atividades e/ou de sensibilização na área de Saúde e Aulas de alfabetização e/ou de línguas. No caso específico da Junta em causa, resultou na implementação de várias atividades, criação de um espaço de informática e biblioteca mas

também no surgimento de dois serviços com impacto direto na Saúde: Acupuntura e gabinete de Psicologia.

A um nível mais individual, analisou-se através de amostra de 106 pessoas, recolhida aleatoriamente, alguns indicadores de Saúde que passo a expor. Concluiu-se que boa parte da população recorreu a pedido de cartão de Saúde SCML, sendo que 25,56% das pessoas já tinham acesso a cartão, garantindo na maioria dos casos acesso a consultas, sobretudo ao nível de dentista e oftalmologista, aguardando também apoios ao nível destas ajudas técnicas (óculos e tratamentos dentários com possíveis implementações de próteses). A saúde oral é essencial à saúde, condicionando também a alimentação realizada, bem como a integração laboral em áreas como atendimento ao público, cuidados a outros, restauração etc. Os critérios em termos da atribuição de apoio materializado no levantamento de medicação para doenças crónicas são menos flexíveis, começando por ser exigido, para a sua atribuição, declaração médica com descrição de doenças crónicas e declaração da farmácia na qual conste despesa mensal e descrição da medicação levantada. Apenas 1,11% refere ter acesso a seguro de saúde privado.

Partindo desta mesma amostra concluiu-se ainda que em 60% dos casos os utentes optaram por continuar a ser acompanhados no Centro de Saúde na Freguesia, 26,67% acompanharam a transição do seu médico de família para a unidade de saúde familiar em Pedrouços, por vontade ou desconhecimento da possibilidade de ter outro médico no Centro de Saúde anterior e, em 13,33% dos casos, continuam a ser acompanhados noutros centros de saúde, tendencialmente em zonas onde já residiram. Mais de 81,11% tem médico de família atribuído e em 66,67% dos casos são pessoas isentas, tendo sido realizados pedidos de isenção sempre que reunidos os critérios (rendimento que deverá rondar o valor mensal de 638€).

8.3.6 Respostas existentes e novos Projetos

Face ao que foi já exposto, é fundamental resumir respostas existentes, face às necessidades identificadas pela população. Neste sentido podemos perceber que foram identificadas e ganharam visibilidade política necessidades ao nível da carência alimentar; ao nível dos cuidados de saúde no geral e acesso a respostas ao nível do transporte, tendo sido criado um autocarro que circula na freguesia, saindo da mesma para garantir o transporte das

peçoas à unidade de saúde descentralizada, situada em Algés; Cuidado a Idosos, garantindo higiene, alimentação e toma de medicação; Respostas no desemprego (apoio à procura ativa de emprego e integração em formação); Dependência; Habitação; Equipamentos variados na área de desporto e noutras áreas; Medicação e Saúde; Transporte e Acesso a bens doados. Assim, resumimos parte da Intervenção na tabela que se segue.

Necessidades	Tipo de Resposta	Entidades Envolvidas e síntese das respostas
Apoio Alimentar	Cantina Social	Centro Social e Paroquial (mais de 70 pessoas)
		Santa Casa da Misericórdia
		Refood (redistribuição de excedentes alimentares)
	Cabazes Mensais	Centro Social e Paroquial
		Pró
	Junta de Freguesia (cabazes SOS)	
Intervenção em Saúde	Hospitalar	Hospital Egas Moniz e/ou Hospital Francisco Xavier (Mediante a especialidade)
	Centros de Saúde	Centro de Saúde de Alcântara (na área da Freguesia)
		Unidade Familiar das Descobertas (em Pedrouços)
	JFA	Consultas de Enfermagem (Universidade Católica)
		Acupuntura (gratuita para residentes)
		Consultas de Psicologia
Cuidados a idosos	SAD Higiene Pessoal e Habitacional	SCML (SADI do Vale de Alcântara)
		Centro Social e Paroquial
		Pró
	SAD Alimentação	SADI (SCML do Vale de Alcântara)
		Centro Social e Paroquial
		Pró
	Cuidados de Saúde no domicílio	UCC Consigo (Equipas de ECCI – integra a Rede Nacional de Cuidados Continuados)
	Centro-de-Dias	Centro Paroquial

	Convívio/ lazer	Pró
	Equipamentos Residenciais	Duas respostas particulares
		Integração em Lares SCML ou comparticipação de Lares dentro e fora da Freguesia
Isolamento da população idosa	-	CML (Encaminhamentos JFA)
Cuidados a Crianças	-	Casa Abrigo
		Creche e Jardim-de-Infância Particular
		CAI (Centro de Acolhimento Infantil) SCML
		IPSS (Creche e Jardim-de-Infância)
Emprego e integração em Formação	-	Gabinete de Emprego da Junta de Freguesia (criação de CV e procura ativa – reconversão em GIP)
		Gabinete de imagem da Junta (vestuário para entrevistas)
		GIP (a funciona no Bairro Municipal)
		IEFP (Comparticipação de bolsas, subsídio de alimentação e transporte + colocação de formadores)
Residência Temporária	-	População sem-abrigo
		2 Acolhimento de mulheres
Habitação	-	CML (atribuição e manutenção de fogos municipais)
		Junta de Freguesia (apoio a arrendamento, articulação com senhorios particulares, apoios pontuais e inscrição em habitação municipal)
		Pelouro de habitação (reparação habitacionais)
		Pedidos de desparasitação, desratização e desbaratização
Medicação e Saúde	-	SCML (Cartão de Saúde – acesso a consultas e medicação para doentes crónicos, material descartável, próteses dentárias e óculos)
		Junta de Freguesia – (Cartão Freguês – desconto de 5% em medicação não comparticipada) e apoios pontuais a despesa

		de farmácia
Transporte	-	Junta de Freguesia - Autocarro de 16 lugares com circuito que passa no centro de Saúde e Unidade de Saúde - Porta a porta para zonas com acesso mais condicionados a transportes públicos ou transportes pontuais
Bens doados	-	Junta de Freguesia Projeto <i>Solidária Partilha</i> : Loja Social Gabinete de Imagem (para Entrevistas) Entrega de livros escolares em 2ª mão Entrega de mobiliário e Eletrodomésticos
		Banco de Bens doados/Entrajuda
Espaço Público	-	Limpeza e manutenção de espaços públicos (resolução de buracos de pavimento, desbaratizações e desratizações etc)
Equipamentos Públicos	Higiene	Junta de Freguesia (Balneário Público e Sanitários Públicos)
	Desporto	Gimnodesportivo
Acesso a tecnologias de informação	-	Cyber-café e biblioteca da Junta CIDnet de uma IPSS

Tabela VII – Resumo de respostas por Área de Intervenção (na Freguesia)

Foram realizados trabalhos de melhoria de instalações do balneário, tendo adicionado também um gabinete de apoio à população, composta sobretudo por pessoas sem-abrigo e idosos que não conseguem fazer a sua higiene autonomamente ou sem condições para o fazer em casa, e pessoas sem acesso a abastecimentos básicos (água, luz e gás).

No sentido de promover a solidariedade, mantendo também algumas atividades (recolha alimentar etc) e apoiando as IPSS existentes, foi criada uma bolsa de voluntariado da Junta, subordinada ao banco de voluntaria da cidade.

9. Avaliação da Intervenção

O papel do Assistente Social é fundamental na intervenção, acompanhando casos, o crescimento das pessoas acompanhadas, e o modo como as pessoas lidam com problemas, passando o apoio na resolução pelo encaminhando para respostas existentes e adequadas, articulando com as colegas da Rede, prevendo-se a melhoria da qualidade de vida e acesso.

O trabalho em Rede permite contacto e, conseqüentemente o conhecimento das respostas e o combate a duplicação das mesmas, com ideais de eficiência e eficácia, tendo em conta que, por cada vez que uma família recebe em duplicado, uma outra fica a aguardar o apoio.

Em última instância, o Assistentes social local é um conhecedor do território e das pessoas, estando em constante procura de respostas, criando, se necessário, projetos novos, de acordo com necessidades sentidas pela população e por si, sem esquecer condicionantes de contexto, que não controla, como é o caso das políticas de austeridade atuais, que resultaram também na redução de apoios. Para melhor sintetizar a ação descrita ao longo da dissertação em curso opta-se por construir uma análise Swot, no sentido de compreender e avaliar a Intervenção, no seu geral e, em última instância, medir o impacto da mesma. A identificação de pontos fortes e fracos, ameaças e oportunidade, permitirá encontrar novas áreas de intervenção, tendo em conta necessidades e contextos de oportunidades.

A intervenção destes dois anos permitiu a melhoria do trabalho em Rede e do acesso a respostas com impacto direto ou indireto no acesso a vários bens, serviços e apoios, aumentando o conhecimento da população acompanhada, visando a melhoria da sua qualidade de vida.

<p>Pontos Fortes</p> <p>Recursos humanos, físicos e monetários da Junta de Freguesia;</p> <p>Sensibilidade para causas sociais dos atores e da Comunidade;</p> <p>Trabalho em Rede;</p> <p>Contacto de proximidade (espacial e identitária);</p> <p>População: (1) apoio de redes informais e formais</p>	<p>Pontos Fracos</p> <p>Insuficientes recursos materiais e atrasos nos Apoios</p> <p>Elevado número de pessoas desempregadas, pessoas com escolaridade tendencialmente baixa</p> <p>População: (1) desconhecimento dos recursos (infoexclusão); (2) casos de dependência física e financeira (3) Algumas Condições habitacionais.</p>	<p>Internos</p>
--	--	-----------------

<p>Oportunidades</p> <p>Serviço Social (Atendimentos) – acompanhamento e informação (Respostas, deveres e direitos);</p> <p>Identificação de novas parcerias (Projetos inovadores, IPSS e Responsabilidade Social das Organizações);</p> <p>Respostas de instituições da Comunidade</p> <ul style="list-style-type: none"> - Repostas Alimentares (2 de Cabaz e 1 de Cantina), - Respostas de Habitação (Habitação Social da CML e Reparações da JF; - Respostas de Saúde e Acompanhamento - Hospitais, Centros de Saúde, SAD, Centros de Convívio, Lares, Teleassistência e Voluntariado); - Respostas SCML (Cartão de Saúde - Medicamentos para doentes crónicos, consultas e material descartável de higiene) <p>Respostas de Higiene (Pessoal e Habitacional)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Balneário Público -SAD (Centro Paroquial, IPSS da Comunidade, SADI Vale de Alcântara) <p>Apoios Sociais</p> <ul style="list-style-type: none"> - Segurança Social (Complementos, Rendimento Social de Inserção, Abonos, Subsídios de Desemprego) - Intervenção da Santa Casa da Misericórdia; <p>Transferência de instalações do IEPF para o território (mais formações);</p> <p>Acessibilidades e transporte.</p>	<p>Ameaças</p> <p>Crise Sócio económica (carência económica e acessos limitados);</p> <p>Precariedade Laboral;</p> <p>Baixas reformas;</p> <p>Dificuldades de resposta de redes informais;</p> <p>Dependência da população face a alguns apoios.</p>	
---	--	--

Conclusão

Será cada vez mais um desafio local, encontrar respostas comunitárias, havendo maior proximidade, permitindo ao decisor local encontrar respostas que permitam melhorar a qualidade de vida da população. A aposta em atividades de cultura e lazer, de aproximação às redes de informação, é fundamental para a inclusão e aproximação das gerações. A intervenção local permite a criação de laços coesos entre pessoas próximas a nível físico e identitário.

A proximidade dos decisores e técnicos da população condicionam a intervenção prática e algumas das suas linhas orientadoras, sendo que o decisor tenta sempre dar resposta positiva às necessidades e pedidos da sua população. Sendo os recursos findáveis, é necessária uma enorme “ginástica orçamental”, havendo a enorme tendência para encontrar recursos internos, sem aumentar a despesa, tal consegue fazer-se através da reutilização (de base solidária) e através de parcerias com IPSS e setor empresarial.

O grande desafio, pelo que percebemos, será lidar com a dependência física ou incapacitante de alguns grupos da população, conseguindo respostas promotoras de qualidade de vida, garantido cuidados e serviços de Saúde adequados na prevenção e tratamento da doença enquanto algo que realmente incapacita para a vida do dia-a-dia. A dependência económica é o outro desafio essencial, sendo fundamental intervir sobretudo ao nível do eixo do Emprego, no sentido de autonomizar estas famílias, integrando-as no mercado laboral e na Sociedade no geral, apoiando-as nos seus processos de crescimento e situações de crise.

Percebeu-se que, ao contrário do que inicialmente se julgava, não são os idosos a população mais vulnerável, mas sim o setor da população ativa desempregada, sobretudo pessoas que são neste momento dificilmente integradas em mercado laboral face à idade, sendo contudo demasiado novas para se reformar. Num cenário de crise macroeconómica, os apoios tornam-se essenciais, mas face ao número de pedidos, também mais difíceis de aceder.

O rendimento disponível nas famílias, variável, tem de facto impacto no acesso à Saúde, desde logo na infância, perpetuando situações de pobreza, sendo frequente, por exemplo, que algumas crianças acompanhem os pais a atendimento ou no levantamento de alguns apoios.

Fontes Bibliográficas:

Amaro, F. (2006). *Introdução à Sociologia da Família*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade Técnica de Lisboa.

António, S. (2011). “*Envelhecimento Demográfico em Portugal 2020*” in *Cadernos da Economia*: 2020, nº96, pp. 15-19.

Barroco, M. L. S. (2008). O significado sócio-histórico dos Direitos Humanos e o Serviço Social” in *Conflitos Globais e a violação dos Direitos Humanos: a acção do Serviço Social* (Conferência Mundial de Serviço Social da Federação Internacional de Trabalho). Salvador: Brasil.

Beck, U. (2001). *La Sciéeté du risqué Sur la voie d’une autre modernité*. Aubier: Paris.

Bury, Machael. (1997) *Introdução: Saúde, doença e sociologia*. London: Routledge, pp: 1-17.

Buss, Paulo & Filho, Alberto. (2007). *A Saúde e Seus Determinantes Sociais* in *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, 17(1):77-93. Rio de Janeiro: Brasil.

Capucha, Luís. (2005) *Desafios da Pobreza*. Oeiras: Celta Editora.

Carmo, Hermano, 2008, *Intervenção social com grupos*, pp 31-66. Lisboa: Universidade Aberta.

Castles, Stephen (2002). *Sociologia, Problemas e Práticas: Estudar Transformações sociais*. Oeiras (Nº40)

Conferência de Ottawa. (1986). *Carta de Ottawa - Primeira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde*.

Durand, V.M & Carr, E.G. (1991). *Functional communication training to reduce challenging behavior: maintenance and application in new settings in Medicine National Institutes of Health*.

European Commission. (2013). *EU Employment and Social Situation: Quarterly Review*. Special Supplement on Demographic Trends: European Commission Editions.

European Union. (2011). *Demography Report: 2010*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Ferreira, A. (2014). *Serviço Social e Desemprego de longa duração: Intervenção social em Marvila*. Lisboa: Editorial Cáritas.

Ferreira, A. (2010). *A Teoria das Necessidades de Maslow: A Influência do nível Educacional sobre a sua percepção no ambiente de trabalho* in XIII Semead – Seminário em Administração: Universidade Federal Fluminense. Através de

<http://www.ead.fea.usp.br/semead/13semead/resultado/trabalhosPDF/703.pdf> a 2 de Março de 2015.

Gil, A.P. & Fernandes, A.A. (2011). No Trilho da Negligência – Configurações Exploratórias de violência contra pessoas idosas. Fórum Sociológico: Edições CES Nova.

Giorgi, R.D. (2008). *O risco na Sociedade Contemporânea*. in Revista de Direito Sanitário, volume 9, nº 1, pp. 37-49: São Paulo.

Giddens, A. (1997). *Modernidade e identidade pessoal*. Celta Editora: Oeiras.

Gomes, Ana Santos. (2011) Aumento das taxas moderadoras no SNS potencia procura de seguro de saúde in Jornal Oje de 20 de Dezembro.

Munthe, C. (2008). *The Goals of Public Health: a integrated, multidimensional model*. Goteberg: Goteberg University.

Kickbush, I. (2006). Health Governance: The health society, pp. 144-161. In McQueen, David. et al. (2007). [*Health and Modernity*](#). New York: Springer New York.

Ferreira, M.L. (2000). *A Pobreza em Portugal na década de oitenta*. Concelho Económico e Social. Lisboa. Através de <http://www.ces.pt/download/586/PobrezaPortDec80.pdf> a [20.12.2013](#).

Marques, S. (2011). *Discriminação na Terceira Idade*. Lisboa: Edições Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Mendes, F.R. (2011). *Segurança Social: O Futuro hipotecado*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Mikkonen, J., & Raphael, D. (2010). *Social Determinants of Health: The Canadian Facts*. Toronto: York University School of Health Policy and Management.

Moura, C. et al. (2012). *Processos e estratégias do envelhecimento. Intervenção para um envelhecimento ativo*. Vila Nova de Gaia: Euedito.

Núncio, Maria José Silveira, 2010, *Introdução ao Serviço Social – História, teoria e métodos*. ISCS, Universidade Técnica.

- Oliveira, F.A. (2011). *Características Psicológicas e Solidão sentida em Idosos do Meio Urbano*. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.
- Rangel, M.L. (2007). *Comunicação no controle de Risco à Saúde e Segurança na Sociedade Contemporânea: Uma abordagem interdisciplinar* in *Ciência e Saúde Coletiva*, vol. 12, nº 5. Rio de Janeiro: Revista Científica da América Latina y el caribe, Espanha y Portugal.
- Resende, M. (2011). *Saúde Mental e Envelhecimento* in *Psico*, v.42, nº1, pp.31-33 através de http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/5315/6296_a_14.12.2013.
- Santos, A. et al. (2013). *Prevalência da Violência contra as pessoas idosas* in *Sociologia – Problemas e Práticas*, nº 72, pp. 53-77.
- Santos, Clara (2005). *A Construção Social do Conceito de Identidade Profissional* in *Interações*, nº 8. Pp 123-144.
- Silva, Luísa Ferreira da (2004) *Socio-Antropologia da Saúde - Sociedade, cultura e saúde/doença*. Universidade Aberta.
- Silva, Luísa Ferreira da (2008) *Saber Prático de Saúde, As lógicas do saudável no quotidiano*. Porto, Afrontamento, pp: 13-17.
- Silva, Luísa Ferreira da et al. (2013) *Desigualdades Sociais e Saúde: Saúde, medicina e sociedade – uma visão sociológica*, pp. 25-47. Lisboa: Pactor.
- Sousa, L. e Ribeiro, C. (2005). *Perceção das Famílias multiproblemáticas pobres sobre as suas competências* in *Psicologia XIX*. Lisboa: Edições Colibri.
- Sousa, R. M. (2009). *Envelhecimento da População Portuguesa - algumas decorrências económicas*. Lisboa: Instituto Superior de Economia e Gestão (ISEG).
- Teixeira, L.F. (2010). *Solidão, Depressão e Qualidade de Vida em Idosos: Um Estudo Avaliativo Exploratório e Implementação-Piloto de um Programa de Intervenção*, Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia. *Disponível em* http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2608/1/ulfp037460_tm_tese.pdf a 12.12.2013.
- Toffler, Alvin. (1970). *Choque do futuro*. Lisboa: Edição Livros do Brasil.

United States Agency International Development. (2011). *World population Sheet: Population Reference Bureau*. United States Agency International Development Editions.