

**PARA A MELHORIA DOS SERVIÇOS SOCIAIS
A IDOSOS POBRES EM PORTUGAL
IMPROVING SOCIAL SERVICES FOR THE ELDERLY
POOR IN PORTUGAL**

Maria Irene de Carvalho

Doutorada em Serviço Social, docente universitária e investigadora

Isabella Paoletti

Doutorada em Linguística, investigadora no CLUNL

Universidade Nova

Raquel Rego

Doutorada em Sociologia, investigadora auxiliar no SOCIUS-ISEG

Universidade Técnica de Lisboa

Resumo: A literatura científica sobre o envelhecimento centra-se predominantemente sobre o aumento da população idosa na estrutura demográfica dos países e sobre o impacto dessas transformações na sustentabilidade do sistema de protecção social e de saúde, parecendo desprezar os estudos sobre a pobreza. Este artigo pretende relacionar o envelhecimento com a pobreza em idosos e com os serviços sociais, tendo presente a estratégia europeia de luta contra a pobreza e a sua transposição para o quadro normativo nacional. Nesta linha de análise destacamos a configuração dos serviços sociais em Portugal, tendo em conta o nível central, regional e local, ponderando a sua relevância para a protecção e inclusão social das pessoas idosas. Nestes últimos anos, os serviços sociais de apoio às camadas desfavorecidas da população, sobretudo no caso dos idosos pobres, têm merecido uma atenção particular. Contudo, em muitos países ocidentais, a recente crise económica e financeira tem levado os estados a retraindo o investimento, pondo em causa a qualidade dos serviços sociais. Terminamos com uma reflexão sobre o modo como as políticas públicas podem responder a uma população cada vez mais dependente dos recursos formais e chamamos a atenção para a necessidade de mais estudos empíricos sobre este tema.

Palavras-chave: Envelhecimento; pobreza; políticas públicas; serviços sociais.

Abstract: Scientific literature on ageing focuses predominantly in the demographic structure of the countries and the impact of these changes in the sustainability of social protection and health, ignoring poverty studies. This article aims at relating elder aging and poverty with social services taking into account the European strategy to combat poverty and its transposition into the national legal framework. In this line of analysis we highlight the configuration of social services in Portugal, given the central, regional and local levels, considering its relevance to the protection and social inclusion of the elderly. In recent years social services to support disadvantaged populations, particularly the elderly poor, have received particular attention. However, in many Western countries the recent economic and financial crisis has led states to hold back on investment, jeopardizing the quality of social services. We end with a reflection

on how public policy can respond to a population increasingly dependent on formal resources and call attention to the need for more empirical studies on this topic.

Key-words: ageing; poverty; public policy; social services.

Introdução

Envelhecer significa viver mais anos e viver mais anos é uma das maiores conquistas da sociedade moderna resultante, entre outros aspectos, do aumento e da generalização do acesso a bens sociais e de saúde. Apesar destas melhorias associadas ao desenvolvimento económico e social, o fenómeno da pobreza persiste atingindo também o grupo de pessoas idosas.

O acesso a bens de saúde e sociais é determinante no combate à pobreza. Neste âmbito entende-se por serviços sociais as respostas das políticas públicas que integram: apoio financeiro (subsídios e complementos); apoio social (lares, serviços de apoio domiciliário, centros de dia e convívio, lazer e educação ao longo da vida); apoio em cuidados continuados integrados e projectos específicos de combate à pobreza e exclusão.

O objectivo deste texto é reflectir sobre a pobreza em idosos tendo como quadro de referência a *Europe 2020 Strategy* – Estratégia europeia 2010 (EU, 2010) e as orientações nacionais de luta contra a pobreza, PNAI - Plano Nacional de Acção para a Inclusão. Pretende-se situar a configuração das políticas públicas relativas aos serviços sociais em Portugal, ponderar a relevância destes serviços para a protecção e inclusão social no caso das pessoas idosas e reflectir sobre o modo com as políticas públicas podem responder a uma população cada vez mais dependente dos recursos formais e tendo como referência a promoção do envelhecimento activo. Para a concretização desta reflexão adoptou-se uma metodologia que privilegiou a análise documental.

O texto que agora se apresenta começa por situar a questão do envelhecimento demográfico e da pobreza em idosos considerando as medidas e orientações da estratégia europeia para a diminuição da pobreza e a promoção da coesão social. Analisa de seguida a estrutura das políticas públicas identificando as entidades responsáveis pelos serviços sociais em Portugal; e por último reflecte sobre a importância da qualidade desses mesmos serviços.

1. A tendência para o envelhecimento da população europeia

Na União Europeia, a população idosa tem aumentado substantivamente e a propensão é para se intensificar. Até 2050 espera-se que o número de pessoas idosas, com 65 e mais anos aumente em 77% e que o número de pessoas

muito idosas, mais de 85 anos aumente em 174% (Glendinning, 2009, p. 5) A evolução da população em Portugal está de acordo com esta tendência europeia. A população com 65 anos ou mais, isto é, a categoria de indivíduos a que se convencionou chamar idosa, designadamente ao nível das estatísticas oficiais, representava 17,9% da população residente em 2009, mais 1,5% do que em 2000 (INE, 2011a). Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2011a.), a região do país mais envelhecida é o Alentejo, onde este grupo etário corresponde a quase $\frac{1}{4}$ da população (23%), e a região menos envelhecida, depois dos arquipélagos autónomos, é a região Norte com 16% de idosos.

Como mostram Carrilho e Patrício (2010) com base na análise dos indicadores demográficos dos anos 2001-2009, no início do século XXI, a população portuguesa, estimada em 10.637.700, apresenta-se muito envelhecida. Ainda que seguindo a tendência média dos países da União Europeia, a população portuguesa cresce a um ritmo mais fraco e decrescente. No período de 9 anos observado pelas autoras, o crescimento da população deveu-se sobretudo ao saldo migratório (91,3%) e apenas uma pequena parte resulta do saldo natural (8,7%). O saldo migratório é de resto o principal factor de acréscimo populacional desde 1993. Como se tem repetido em inúmeros contextos, a partir dos anos 1990, Portugal passou de um país essencialmente de emigração para um país também de imigração (Peixoto, 2004). Em todo o caso, como afirmam Carrilho e Patrício (2010), a imigração pode retardar o envelhecimento mas não o resolve.

É de notar, com efeito, que os últimos três anos analisados por Carrilho e Patrício (2010), a saber 2007-2009, apresentam um valor médio anual negativo, uma vez que o saldo migratório é o mais baixo de todo o período observado e os nascimentos com vida foram menos do que os óbitos. Assim, ainda segundo a mesma fonte, a taxa média anual de crescimento da população é praticamente nula, quer para homens quer para mulheres.

O envelhecimento da população portuguesa deve-se, segundo Carrilho e Patrício, sobretudo à diminuição da mortalidade. Como afirmam as autoras:

É na diminuição da mortalidade e sobretudo no modelo de mortalidade por idades que se encontra a causa explicativa do envelhecimento no topo da pirâmide por idades. De facto os ganhos alcançados tornaram possível a sobrevivência de um número crescente de pessoas idosas (Carrilho e Patrício, 2010, p. 118).

E se no período observado há oscilações de sentido contrário, elas compensam-se.

Para além da questão demográfica o envelhecimento, enquanto processo, tem sido abordado segundo duas perspectivas: a do envelhecimento patológico e a do envelhecimento normal. A primeira, está invariavelmente relacionada com a dependência como algo negativo, associado a doenças crónicas e degenerativas. Em Portugal destacam-se as doenças do aparelho circulatório em (31,9%), sendo esta a principal causa de morte. Em 2009, as doenças cerebrovasculares, a pneumonia, as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas e as do sistema nervoso são as que prevalecem e aumentam a dependência dos mais

velhos. A segunda perspectiva, relaciona o envelhecimento com o progresso económico, social e biomédico que proporcionou o desenvolvimento de uma vida com conforto e segurança associado a algo positivo, também associado ao envelhecimento saudável.

Esta análise dicotómica (positivo ou negativo) foi superada, em 2002, com a noção de envelhecimento activo (ONU, 2002). De acordo com esta perspectiva, o envelhecimento é conceptualizado como um processo de optimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança cuja finalidade é a de aumentar a qualidade de vida durante o envelhecimento. Este princípio, proactivo, concebe o envelhecimento como um processo que faz parte do ciclo de vida dos seres humanos permitindo, acordo com as suas expectativas, desejos e capacidades, a realização do seu potencial providenciar uma adequada protecção segurança e cuidados às suas necessidades (EU, 2010, p. 2).

O envelhecimento activo (ONU, 2002) está associado a determinantes pessoais (biológicos, genéticos e psicológicos); comportamentais (saúde mental, participação social e escolha de estilos de vida saudáveis); económicos (rendimento e trabalho digno e protecção social – reformas); sociais (apoio social e acesso a recursos sociais, educacionais e a direitos fundamentais) e o ambiente físico (acessibilidades a serviços básicos – sem barreiras arquitectónicas, alimentação adequada, bom ambiente, transportes e integração social).

A noção de envelhecimento activo compreende direitos individuais e colectivos. Ela defende, tanto a autodeterminação dos indivíduos – autonomia, participação, dignidade humana - como a responsabilidade social e justiça social – instituições justas, qualidade de vida, vida digna, segurança e bem-estar. É no contexto desta discussão normativa que se integra a importância que os serviços sociais e de saúde têm quando se fala do combate à pobreza, da inclusão social e do bem-estar dos indivíduos de um modo geral e das pessoas idosas em particular.

2. O envelhecimento e a pobreza: realidades cruzadas

Como vimos o envelhecimento não é sinónimo de pobreza mas em determinados contextos estas duas noções cruzam-se. A pobreza pode ser definida como *“uma situação de privação que resulta da falta de recursos”* (Costa, 2008, p. 27). Segundo este autor esta privação traduz-se em diversos domínios de necessidades: alimentação, vestuário, condições habitacionais, transportes, comunicações, condições de trabalho, possibilidade de escolha, saúde educação, formação profissional, cultura, participação na vida social e política. Por falta de recursos entende-se o processo pelo qual as pessoas não terão acesso ao sistema económico – sistemas geradores de rendimento como, por exemplo, o mercado de trabalho. Com efeito, o não acesso ou a dificuldade em entrar no mercado de trabalho limita a obtenção de bens e serviços o que pode pôr em causa as

condições de vida dos indivíduos. A falta de recursos, segundo o mesmo autor (op. cit. 2008), constitui um impedimento para o acesso aos recursos sociais e de saúde, educativa, formação, habitação social e justiça.

A pobreza é um fenómeno resultante da escassez de recursos para fazer face às necessidades básicas e padrão de vida da sociedade actual. Em Portugal manifesta-se como um fenómeno que tem origens no desenvolvimento do país e na adaptação ao rápido processo de modernização registado nestas últimas décadas.

A fraca rede de relações familiares e relações institucionais pode agravar a privação ao contribuir para o desaparecimento da identidade social e do sentimento de pertença, para a diminuição do nível das aspirações, a perda de autoconfiança e a descrença na capacidade de ultrapassar a situação e o conformismo. A ausência de referências simbólicas pode levar à ruptura completa dos laços sociais –. A chamada *desaffiliation* remete para a falta de poder (político, económico, social e cultural).

Em Portugal, apesar de nos últimos anos, a pobreza em idosos ter diminuído, estes continuam a ser um dos grupos com maior risco de pobreza. A diminuição da pobreza em idosos está associada ao investimento em serviços sociais e em medidas específicas como o complemento solidário para idosos (MTSS, 2008). A taxa do risco de pobreza após transferências sociais neste grupo etário é, no entanto, quase tão elevada como para os jovens, o grupo com o valor mais alto (20% e 23% respectivamente). Os números revelam que este é um dos subgrupos populacionais com maior risco de pobreza, 26% (MTSS, 2008).

Transversalmente à questão da pobreza na velhice está o género, pois a nossa sociedade tem hoje muitas mulheres idosas (Ribeiro e Paúl, 2011). As mulheres correm maior risco de pobreza não só porque o seu rendimento é inferior ao dos homens, mas porque manifestam maior índice de morbilidade, associado a doenças crónicas e degenerativas, num quadro demográfico de maior sobrevivência na velhice (Carrilho e Patrício, 2010). Para combater a pobreza nos idosos, as transferências financeiras e os serviços e recursos sociais são essenciais, pois permitem melhorar as condições de vida desta parte da população e são um dos indicadores mais importante no que diz respeito à estratégia de inclusão e de crescimento sustentável da União Europeia até 2020.

3. Políticas públicas e serviços sociais: relação entre a Estratégia Europeia e o quadro normativo português

Para fazer face à actual crise económica e financeira e para promover a coesão e o capital social, a EU (2010) definiu uma estratégia de acção para ser cumprida até 2020. Nesta estratégia são definidos três eixos: primeiro desenvolver uma economia fundada no conhecimento e na inovação, segundo promover uma maior eficácia de recursos e uma economia mais competitiva

baseada no crescimento sustentável e em terceiro promover a coesão social com o crescimento da inclusão. A proposta é a de criar uma plataforma europeia de combate à exclusão cujo objectivo é o de assegurar o “...crescimento económico, coesão social e territorial, reconhecendo os direitos fundamentais das pessoas pobres e em situação de exclusão social, no sentido de promover uma vida digna e participada activamente na sociedade” (EU, 2010, p. 17). A ideia subjacente a esta estratégia é a da promoção da inclusão social através do crescimento económico mas com referência à dignidade humana.

As orientações europeias são transportadas para o plano nacional através do *método aberto de coordenação* numa plataforma de cooperação e transferência de boas práticas como instrumento de responsabilização entre os sectores público central e local e o sector privado, substanciado através dos Planos Nacionais de Acção para a Inclusão (PNAI).

No PNAI a pobreza é considerada estrutural e neste sentido os processos de inclusão incidem na transformação das estruturas e das instituições económicas, sociais, políticas e culturais. Procura-se, assim, torná-las capazes de acolher as pessoas em função das suas necessidades específicas e de permitir realizar o exercício da cidadania e direitos através do acesso a serviços sociais.

Para o decréscimo da pobreza nos idosos têm contribuído, nestes últimos, anos o investimento em políticas activas, nomeadamente as do aumento do rendimento das pessoas idosas mais pobres, com o acesso ao Complemento Solidário para Idosos (Decreto-Lei nº 232/2005) e outros benefícios sociais, incluindo o investimento efectuado em serviços sociais, nomeadamente a qualificação das respostas sociais do tipo lar, residências, apoio domiciliário (Capucha, 2005a; Ferrera (Ed), 2005; ISS, 2005a,b,c) e das respostas de saúde e integradas associadas à rede de cuidados continuados (Carvalho, 2010; Decreto-Lei nº 101/2006). A melhoria nos indicadores de pobreza nos idosos confirma que as políticas públicas podem potenciar a melhoria das condições sociais neste grupo mas também revela que se as mesmas não continuarem a ser implementadas a taxa de pobreza tenderá a aumentar.

4. A rede portuguesa de serviços sociais para pessoas idosas

O Estado Português assume uma posição reguladora da acção social traduzida na promoção, no financiamento e na fiscalização de recursos sociais e de saúde. O Estado delega em organizações privadas, lucrativas e não lucrativas, a função pública de prestação de serviços sociais. A regulação representa uma forma de o Estado impor ao mercado, lucrativo e não lucrativo, regras públicas (Eberlein, 1999). Os recursos são assim produzidos no âmbito do sector privado lucrativo e não lucrativo tendo como base um *welfare mix*.

De um modo geral e no que diz respeito às políticas sociais, o Estado Providência português é organizado numa base de decisão central cuja

responsabilidade é dos governos e dos ministérios ou Instituto da Segurança Social, da saúde e da educação entre outros. Estas orientações são desenvolvidas a nível central (Lei de base da Segurança Social, Decreto de lei nº 4/2007) e remetidas para o nível regional onde estas entidades têm serviços locais. Este nível central e regional articula-se, por sua vez, com as instituições sociais, as denominadas instituições particulares de solidariedade social (Decreto-Lei nº 119, 1983), as organizações não governamentais e as entidades privadas lucrativas. O nível da administração central e regional articula-se também com a administração local associado à acção social das autarquias, câmaras municipais e juntas de freguesias. Temos assim várias organizações em rede no que é denominado a Rede Social (Decreto de lei nº 115 de 2006).

A configuração das políticas para as pessoas idosas traduz-se em benefícios financeiros, recursos sociais e de saúde, isenção de taxas e outros benefícios fiscais e projectos específicos de inclusão territorializados. Os benefícios financeiros são da responsabilidade do Estado Central através dos serviços da segurança social. A maioria das pensões e complementos existentes provêm da segurança social quer seja do sistema previdencial ou do subsistema solidário (Lei de Bases da Segurança Social, Decreto de lei nº 4/2007). Existem também outros subsistemas tais como a protecção dos trabalhadores do Estado cujas pensões provêm da Caixa Geral de Aposentações. No caso das pessoas idosas, com 65 ou mais anos, as mesmas têm direito à pensão quer por terem contribuído para o sistema (pensão de velhice) quer por se encontrarem em situação de pobreza (pensão social). Além destas medidas existem ainda a pensão por invalidez e o complemento por dependência (Decreto-Lei nº 265, 1999). Estas últimas prestações são atribuídas pelo sistema de verificação de incapacidade.

Os dados do Instituto de Segurança Social, disponíveis na Carta Social, em 2009 (MTSS, 2010) apontavam para 88.894 instituições que prestavam apoio social. Estas organizações são responsáveis pelas respostas na área da infância, juventude, famílias e idosos. Na área da gerontologia os centros de dia, os serviços de apoio domiciliário e os lares, são os mais frequentados, por esta ordem. Além dos recursos sociais, nos últimos anos tem sido desenvolvida e implementada uma rede de cuidados continuados integrados, isto é, serviços de apoio no domínio da saúde e social.

Esta rede funciona com uma coordenação nacional e regional. A mesma contratualiza com entidades privadas lucrativas e não lucrativas a melhoria das respostas e a construção de novas de acordo com os parâmetros da lei (Lei 101/2006) e outros regulamentos subsequentes. Esta rede tem como objectivo principal prestar cuidados sobretudo após alta hospitalar a doentes que carecem de cuidados de reabilitação e de cuidados de longa duração. Apesar de a rede ainda não estar implantada em todo o país e poder ser criticada a sua funcionalidade, devido aos tempos de espera para aceder aos recursos, tem aspectos inovadores a considerar, nomeadamente a atenção com a continuidade de cuidados e a avaliação e o acompanhamento das necessidades efectuada por

equipas multidisciplinares. Esta medida alterou a representação dos clientes idosos e das famílias sobre as políticas públicas e potenciou novas metodologias de intervenção.

A maioria dos clientes dos cuidados continuados e integrados são idosos. Na rede de cuidados de longo termo, os idosos com 70 ou mais anos representam 72,2% do total (UMCCI, 2011). Para além deste tipo de respostas funcionam também algumas isenções em taxas moderadoras na área da saúde e em alguns medicamentos, assim como alguns benefícios fiscais, sobretudo para quem tem idosos em lares e para quem usufrui de apoio domiciliário.

Podemos identificar um grande número de actividades e projectos complementares a começar pelas universidades da terceira idade ou academias sénior, o turismo sénior, a linha do cidadão idoso, a lei da violência doméstica e outros normativos da segurança social para a prevenção de violência em instituições, a rede de bancos alimentares e projectos que são desenvolvidos em territórios específicos de acordo com as necessidades das populações e instituições envolvidas.

Destacamos, neste âmbito, a iniciativa da Guarda Nacional Republicana (GNR) que em 2011, levou a cabo um levantamento dos idosos isolados em todo o país. Conforme se pode ler no *website* da GNR, a campanha “Operação Censos Sénior” foi direccionada aos idosos que vivem sozinhos e/ou isolados. Pretendeu-se identifica-los e também aconselhá-los a adoptar comportamentos seguros.

De facto, os idosos são os principais beneficiários da Segurança Social, pois, as prestações de protecção social para a velhice aproximam-se da metade do total (44%), ao que se segue a doença (28%). Com efeito, os pensionistas com complemento por dependência são os beneficiários mais numerosos da Segurança Social seguindo-se depois os pensionistas com reforma antecipada (240.585 e 145.983 respectivamente, em 2009). Só depois dos pensionistas surgem os beneficiários do abono de família pré-natal, do subsídio por morte e da bonificação por deficiência (INE, 2011a).

Apesar das medidas existentes, muitos idosos continuam em situação de privação, conforme alguns têm alertado, designadamente a comunicação social, investigadores e interventores sociais. Com efeito, as medidas parecem «cegas» a situações complexas de pobreza, dependência, solidão, isolamento e por outro lado, os serviços procuram ser eficazes e eficientes mas nestes contextos parece ser uma tarefa “inglória”.

5. A relevância social e financeira de serviços sociais de qualidade

Na Europa e noutros países desenvolvidos, os sistemas de previdência têm sido progressivamente reestruturados, movendo-se cada vez mais no sentido de uma economia marcada pelo crescimento de serviços sociais. No caso das

peçoas idosas estes serviços têm sido remetidos para o domicílio precisamente porque têm menos custos do que outros, como por exemplo o internamento em lares, residências de curta ou de longa duração (Aronson, 2002; Ferrera, 2005; Hespanha et al, 2000).

A exclusão social e isolamento são frequentemente o resultado desta retracção no investimento em serviços sociais (Aronson 2002, Aronson e Neysmith, 2001). O estudo longitudinal de Aronson (2002) sobre os serviços de assistência domiciliar no Canadá mostra, por exemplo, as consequências materiais dos cortes na oferta pública de assistência social, na vida real das mulheres mais velhas entrevistadas.

Aronson e Neysmith (2001, p 162) consideram que o discurso da saúde centrado nas necessidades físicas e funcionais dos clientes domina os serviços domiciliários. Na verdade, os serviços são prestados a clientes que se encontram em situação de extrema vulnerabilidade visando a sua sobrevivência e não a participação dos idosos na vida social e comunitária. O transporte subsidiado, por exemplo, geralmente é fornecido apenas para consultas médicas, cuidados pessoais e ajudas à família são reduzidas ao mínimo, a ponto de que algumas das mulheres se sentem incapaz de receber amigos em sua casa. Os gestores de caso *“encarregues de racionar os recursos, escassos, utilizam um discurso médico que questiona a legitimidade de algumas necessidades e procura a desresponsabilização do sector público”* (Aronson e Neysmith, 2001, p. 159).

A minimização dos apoios em serviços ou recursos de apoio aos idosos baseia-se numa perspectiva por vezes estritamente economicista. A retracção no investimento em serviços sociais traz consequências negativas, quer para os idosos que deles necessitam, quer para os membros das famílias que assumem a prestação de cuidados a idosos.

Estes cuidados, associados à economia informal (familiar) são realizados predominantemente por mulheres (Paoletti, 2007). No caso das mulheres que trabalham, os cuidados informais representam uma dupla jornada de trabalho que pode afectar a qualidade da prestação dos cuidados, aumentando o risco de pobreza na velhice. Estes efeitos, amplamente subestimados, têm que ser tidos em conta quando se fala em sustentabilidade e coesão social.

Neste âmbito, o Estado tem vindo a criar directrizes para melhorar a qualidade das respostas e o seu acesso (ISS, 2005a, b, c). Estas orientações são dadas pelo Ministério da Segurança Social às Instituições Particulares de Solidariedade Social (conforme visto atrás) que têm a responsabilidade de as colocar em prática. Estas organizações são distintas entre si, quer na estrutura organizativa, no modo de gestão, nos recursos que oferecem e na sua extensão assim como a diversidade e especialização dos profissionais que as compõem (Carvalho, 2010). Algumas destas características estão correlacionadas com a especificidade dos agentes que estão presentes no espaço territorial e com as necessidades dos clientes que usufruem das respostas.

Nestes últimos anos algumas destas respostas têm implementado processos chave da qualidade no sentido de melhorar o acesso e os serviços prestados,

contudo ainda há um longo caminho a percorrer. No estudo de Glendinning (2009) é apresentada a questão da qualidade e equidade dos serviços sociais em vários países e também em Portugal. O autor revela que essa qualidade, comparativamente com os padrões europeus, é baixa. Não basta existirem orientações, é necessário que as mesmas modifiquem as práticas. Uma dessas práticas implica a participação das pessoas nas decisões que lhe dizem respeito.

A participação nas actividades sociais e na rede social é importante para promoção da qualidade de vida das pessoas idosas, mas também tem efeitos preventivos sobre o funcionamento mental e físico. De facto, a intervenção centrada na promoção da participação das pessoas mais velhas tem sido concentrada nas actividades de vida diária, e não nas actividades sociais e relações sociais com família, amigos e conhecidos.

Também a dimensão preventiva da doença e da dependência e os esforços de reabilitação são necessários para combater esses processos entre os idosos (Verbrugge e Jette, 1994). A importância da prevenção é revelada na “Declaração de Berlim sobre a qualidade de vida dos idosos” (Fernandez-Ballesteros et al, 2009). Os autores destacam as *provas sólidas de décadas de investigação na formação cognitiva têm mostrado que há uma enorme plasticidade de funcionamento – dentro dos limites biológicos. Particularmente as idades entre os 60 e 80 anos oferecem uma possibilidade tardia para evitar ou compensar as perdas normativas de funcionamento pela intervenção*” (2009, p. 50).

A Plataforma Europeia, *Act Age* emitiu recentemente um documento denominado “Carta europeia dos direitos e responsabilidades das pessoas idosas que necessitam de cuidados de longa duração e de assistência”. O artigo 6º refere ao “Direito à comunicação e à participação em actividades sociais e culturais”, lê-se: *À medida que se vai envelhecendo pode vir a depender de outros para apoio e cuidados, continua-se a ter o direito de interagir com os outros, e a participar na vida cívica, na aprendizagem ao longo da vida e em actividades culturais*”.

No que diz respeito às pessoas idosas é muito importante ver como os serviços são providenciados numa modalidade interaccional concreta. Estas práticas podem contribuir à independência e inclusão social da pessoa idosa; ou podem reforçar imagens de dependência, fragilidade e exclusão.

A marginalização e a exclusão social podem ser combatidas através da compreensão e da exploração das circunstâncias concretas em que são produzidos interaccionalmente. A intervenção institucional pode ter efeitos positivos de mobilização, promovendo envelhecimento activo e de participação na vida social, mas também pode ter efeitos negativos e limitadores com consequências dramáticas para as pessoas idosas no que diz respeito à deterioração física, mental e dependência crescente.

6. Conclusão

A população portuguesa está envelhecida. Esta tendência verifica-se em toda a Europa, mas a renovação da população é mais lenta no nosso país. Com efeito, a pirâmide etária da população residente em Portugal evidencia uma forte queda da fecundidade e um significativo aumento da esperança de vida o que leva a que haja mais idosos do que jovens. Se em 2001, por cada 100 jovens havia 104 idosos, em 2009, o número de idosos é de 118. De notar que este valor é a média obtida de 141 mulheres e menos de 100 homens. Com efeito, desde 1995, o envelhecimento é mais acentuado entre as mulheres. Em Portugal a tendência para o envelhecimento tem efeitos duradouros e como vimos, em determinados contextos, está associada à pobreza.

No caso das pessoas idosas, a pobreza e a exclusão estão associadas a factores de risco (Capucha, 2005b, Costa, 2008) tais como: a privação de rendimento por exemplo, orçamentos insuficientes para as despesas de subsistência e de saúde, inexistência de escolaridade (o não saber ler/escrever ou iliteracia); ao viver só, sobretudo o caso de viúvas (os), pois são as que revelam maiores índices de solidão e isolamento; à dependência traduzida no maior risco de doenças degenerativas, incapacidades físicas, necessidade de cuidados e de cuidadores; à discriminação pela idade, associada à falta de emprego, ao peso dos idosos na sociedade e ao facto deste grupo ser um dos maiores consumidores de recursos sociais; os habitats desqualificados, sem as condições mínimas de conforto, como por exemplo, ter falta de água, aquecimento e saneamento básico e a questão da acessibilidade traduzida em barreiras arquitectónicas externas e internas.

Estas questões desencadearam, de resto, medidas institucionais para a análise do fenómeno, como a criação do Instituto do Envelhecimento, ou para o seu combate no terreno através da implementação dos Planos Nacional de Acção para a Inclusão. Mas a bondade das medidas tomadas até esta data parece, no entanto, não ser suficiente para resolver os problemas sociais e de saúde relacionados com o aumento da longevidade. Com efeito apesar do investimento em serviços sociais, as necessidades não param de aumentar.

Actualmente a crise financeira do Estado pode colocar em risco o investimento em políticas públicas e o acesso a serviços sociais, designadamente através da definição em exclusivo de indicadores económicos, que determinam, dentro do grupo de pessoas idosas pobres, quem pode ou não aceder a estes serviços sociais, desprezando a complexidade da realidade. É, pois, neste quadro que importa realizar estudos que promovam a combinação de metodologias e a articulação de diferentes perspectivas disciplinares sobre o tema: combinando uma abordagem macro analítica, centrada nas políticas públicas, com uma abordagem sociológica das organizações e da rede de apoios, até ao a uma microanálise desenvolvida, por exemplo, por meio de técnicas etnográficas para melhor conhecer o impacto na vida dos indivíduos.

Bibliografia

- Aronson, J and Neysmith, S.M. (2001). Manufacturing social exclusion in the home care market. *Canadian Public Policy- Analyse de Politiques*, XXVII, 2, 151-165.
- Aronson, J. (2002). Elderly people's accounts of home care rationing: missing voices in long-term care policy debates. *Ageing and Society*, 22, 399-418.
- Capucha, Luís (2005a). *Desafios da Pobreza*, Oeiras, Celta Editora.
- Capucha, Luís (2005b). Envelhecimento e políticas sociais: novos desafios do sistema de protecção. Protecção contra o "risco de velhice": que risco?. *Sociologia*, nº 15, pp. 337- 347.
- CARRILHO, Maria José e Lurdes Patrício (2010). A situação demográfica em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos*, n.º48, pp. 101-138.
- Carvalho, Maria Irene Lopes B. de (2010). *Os Cuidados Domiciliários em Instituições de Solidariedade Social no Concelho de Cascais*. Lisboa: ISCTE-IUL, 2010. Tese de doutoramento. Disponível em [www:http://hdl.handle.net/10071/2364](http://hdl.handle.net/10071/2364)
- Costa, Alfredo Bruto da (Coord.) (2008), *Um Olhar sobre a Pobreza. Vulnerabilidade e Exclusão Social no Portugal Contemporâneo*, Lisboa, Gradiva.
- Decreto-Lei nº 119 (1983). *Aprova o Estatuto das Instituições Particulares de Solidariedade Social*, publicado no Diário da República, I-Série, nº 46 a 25 de Fevereiro.
- Decreto-Lei nº 265 (1999). *Substituição do subsídio de assistência a terceira pessoa pelo complemento de dependência*, publicado a 14 de Julho.
- Decreto-Lei nº 232 (2005). *Criação do complemento solidário para idosos*, publicado a 29 de Dezembro.
- Decreto-Lei nº 4 (2007). *Aprova as bases gerais do Sistema de Segurança Social*, publicado no Diário da República, I-Série, nº 11 a 16 de Janeiro.
- Decreto-Lei nº 115 (2006). *Reconfigura a Rede Social*, publicado a 14 de Junho.
- Decreto-Lei nº 101 (2006). *Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*, publicado no Diário da República I-Série A a 6 de Junho.
- Eberlein, Burkard (1999). L'État régulateur en Europe, *Revue Française de Science Politique*, vol. 49 (2), pp. 196-230.
- EU - European Union (2010). *Europe 2010, A european Strategy for Smart, sustainable and Inclusive Growth*, Bruxelas, Comissão Europeia.
- Fernandez-Ballesteros, R., Frensch, P. A., Hofer S.M., Park D.C., Pinquart M., Silbereisen R. K., Staudinger U.M., Wahl H.-W. & Whitfield K. E. (2009). *Berlin Declaration on the Quality of Life for Older Adults: Closing the Gap between Scientific Knowledge and Intervention*. *Zeitschrift für Gerontologie Geriatrie*. Nº 42, pp. 163-164. Disponível em <http://www.springerlink.com/content/207647u235067422/fulltext.pdf>
- Ferrera, Maurizio (Ed.) (2005). *Welfare State Reform in Southern Europe, Fighting Poverty and Social Exclusion in Italy, Spain, Portugal and Grece*. New York: Routledge.

- Glendinning, Caroline (2009). *Combining choice, quality and equity in social services. Synthesis report : Peer Review in Social Protection and Social Inclusion*, PROGRESS. Denmark. EU.
- INE (2011a). *Anuário Estatístico de Portugal 2009*. Lisboa: INE.
- INE (2011b). *Retrato Territorial de Portugal – 2009*. Lisboa: INE (in Internet: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=118877009&PUBLICACOESstema=55466&PUBLICACOESmodo=2 acedido a 10.05.2011)
- ISS - Instituto da Segurança Social, I.P. Lisboa (2005a). *Manuais da qualidade da resposta lar*. Departamento de Desenvolvimento Social, ISS, IP. Lisboa.
- ISS - Instituto da Segurança Social, I.P. Lisboa (2005b). *Manuais da qualidade da resposta Serviço de apoio domiciliário*. Departamento de Desenvolvimento Social, ISS, IP. Lisboa.
- ISS - Instituto da Segurança Social, I.P. Lisboa (2005c). *Manuais da qualidade da resposta Serviço Centro de Dia*. Departamento de Desenvolvimento Social, ISS, IP. Lisboa.
- Hespanha, Pedro, Alcina Monteiro, A. Cardoso Ferreira, Fernanda Rodrigues, M. Helena Nunes, M. José Hespanha, Rosa Madeira, Rudy Van Den Hoven, e Sílvia Portugal (2000). *Entre o Estado e o Mercado, As Fragilidades das Instituições de Protecção Social em Portugal*. Coimbra: Quarteto.
- ONU (2002). *International Plan of Action on Ageing 2002. 2ª Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento*. Madrid.
- Paoletti, Isabella (ed.) (2007). *Family caregiving: relational and institutional issues*. New York: Nova Science Publisher.
- Peixoto, João (2004). País de emigração ou país de imigração? Mudança e continuidade no regime migratório em Portugal. *SOCIUS-ISEG WP n.º 2/2004*, in Internet: <http://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/2028/1/wp200402.pdf> (acedido a 05.05.2011).
- MTSS (2008). *Plano Nacional de Acção para a Inclusão, 2008-2010*, Lisboa, MTSS.
- MTSS (2010). *Carta Social 2009*, Lisboa, MTSS.
- Ribeiro, Oscar e Constança Paúl (2011), *Manual de envelhecimento activo*, Lisboa, Lidel.
- UMCCI – Unidade de Missão dos Cuidados Continuados Integrados (2011). *Relatório de monitorização do desenvolvimento e da actividade da rede nacional de cuidados continuados integrados*. Lisboa: UMCCI.
- Verbrugge, Lois M., and Alan M. Jette (1994). *The Disablement Process. Social Science and Medicine*. N° 38, pp. 1-14.