

CADERNOS DA PANDEMIA

DO INSTITUTO DE SOCIOLOGIA DA UNIVERSIDADE DO PORTO

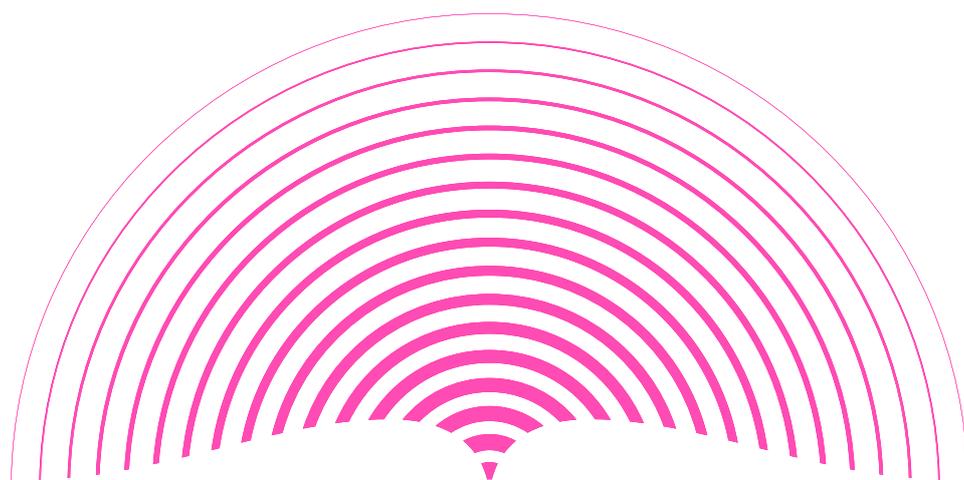


VOL. 4

(RE)INVENTAR A INTERVENÇÃO SOCIAL
EM CONTEXTO DE PANDEMIA

CADERNOS DA PANDEMIA

DO INSTITUTO DE SOCIOLOGIA DA UNIVERSIDADE DO PORTO



VOL. 4

(RE)INVENTAR A INTERVENÇÃO SOCIAL
EM CONTEXTO DE PANDEMIA

2020

Ficha Técnica

Editor: Universidade do Porto. Faculdade de Letras

Título: (Re)Inventar a Intervenção Social em Contexto de Pandemia

Autor: Idalina Machado & Sara Melo

Co-autor(es): Alexandra Guimarães; Maria José Vicente; Paula Cruz; Marta Borges; Sandra Mendes; Guilherme Gomes Ferreira; Joana Guedes; Óscar Ribeiro; Sofia Nunes Lopes

Coordenação: Idalina Machado & Sara Melo

Edição: Instituto de Sociologia da Universidade do Porto

ISBN: 9978-989-8969-56-9

Design Capa: Jorge Almeida

Paginação: José Teixeira

Data: junho de 2020

Local de edição: Porto

Suporte: Eletrónico

Formato: PDF / PDF/A

Trabalho financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia no âmbito da Unidade UIDB/00727/2020

CADERNOS DA PANDEMIA

Esta publicação responde à exigência da relevância do conhecimento sociológico neste contexto de pandemia. É urgente analisar e debater a urgência, respeitando as formas, linguagens, métodos e protocolos do campo científico.

De repente, algo que os/as sociólogos/as há muito escreveram sobre as dimensões do risco e da incerteza à escala global, toma conta das nossas vidas sob a forma de uma pandemia. Contudo, este fenómeno pouco tem de catástrofe «natural». Na verdade, na multiplicidade de causas que a potenciam e na plêiade de consequências que se experimentam, sobressaem ativamente processos sociais. A relação predadora homem/Natureza; a fragilidade de serviços públicos, nomeadamente de saúde, ameaçados por políticas austeritárias; o aprofundamento e a ampliação de desigualdades sociais entre países e dentro de cada Nação, aumentaram, em muito, a intensidade do flagelo e as vulnerabilidades humanas e sociais.

Sociólogos/as e cientistas sociais têm sido rápidos a construir conhecimento e a instaurar observatórios sobre a emergência. Estabelecem-se redes, lançam-se projetos, ativam-se cumplicidades.

O IS-UP faz a sua parte, abrindo caminhos de debate com estes cadernos.

O coordenador e a comissão executiva do IS-UP:

João Teixeira Lopes

Lígia Ferro

Idalina Machado

ÍNDICE

A pandemia e os desafios colocados aos interventores sociais

Idalina Machado
Sara Melo

Saber para Compreender, Compreender para Saber: a intervenção da Associação Saber Compreender

Alexandra Guimarães
Maria José Vicente
Paula Cruz

O impacto da crise da COVID-19 na intervenção de Redução de Danos. Análise crítica sobre intervenções e atores sociais | entre a crise e a oportunidade

Marta Borges

Resistir – Serviço Social na saúde em tempos de pandemia, o ciclo dos 30 anos

Sandra Mendes
Guilherme Gomes Ferreira

Combater o isolamento dos idosos em tempos de pandemia

Sara Melo
Joana Guedes
Óscar Ribeiro

Em tempos de pandemia, nasce a solidariedade

Sofia Nunes Lopes

AUTORES

Idalina Machado

Licenciada (1998), Mestre (2004) e Doutora (2013) em Sociologia pela Faculdade de Letras da Universidade do Porto. É docente no Instituto Superior de Serviço Social do Porto desde 2002 e Investigadora Integrada do Instituto de Sociologia da Universidade do Porto. Desde 2014 que colabora na licenciatura em Sociologia na Faculdade de Letras da Universidade do Porto. Atualmente é também membro da Comissão Executiva do Instituto de Sociologia da Universidade do Porto.

Os seus interesses de investigação centram-se na Sociologia Urbana, particularmente no problema do direito à cidade e à habitação, nos processos de gentrificação e de social mix, bem como na pobreza e exclusão de grupos socialmente desfavorecidos.

Sara Melo

Licenciada em Sociologia (2002) pela Faculdade de Letras da Universidade do Porto, Mestre em Desenvolvimento e Inserção Social (2007) pela Faculdade de Economia da Universidade do Porto, e Doutora em Sociologia (2015) pela Faculdade de Letras da Universidade do Porto. É docente do Instituto Superior de Serviço Social do Porto desde 2005 e colabora regularmente com várias instituições públicas e privadas em atividades de formação académica no domínio da Sociologia e da Gerontologia Social. É Investigadora Integrada do Instituto de Sociologia da Universidade do Porto (ISUP) e membro colaborador do Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS). Os seus interesses de investigação incidem, entre outros, sobre projetos de intervenção social pela arte, gerontologia social e epistemologia das ciências sociais.

Alexandra Guimarães

Licenciada em Ciências Psicológicas pela Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto. É na Psicologia do Comportamento Desviante e da Justiça que encontra a formação que a realiza. Acredita que as ruas são lugares de (des)encontro e palco privilegiado para ação. Encontra, no trabalho de terreno, na postura proximal e na aceitação genuína e na compreensão do Outro, pistas para a persecução da melhoria das condições de vida de pessoas em situações de vulnerabilidade extrema. Define-se como ativista pela defesa dos Direitos Humanos, integrando o grupo de voluntários da Associação Saber Compreender desde 2015.

Maria José Vicente

Licenciada em Sociologia pela Faculdade de Letras da Universidade do Porto em 2000. Desde 2003 que integra, enquanto socióloga, a equipa da EAPN Portugal (até 2011 no Departamento de Investigação e Projetos e de 2011 até ao presente integra o Departamento de Desenvolvimento e Formação). Em 2017 integrou o grupo de voluntários da Associação Saber Compreender. Toda a sua experiência de trabalho tem-se centrado nas áreas da pobreza e exclusão social e no acompanhamento às políticas e medidas na área das comunidades ciganas.

Paula Cruz

Licenciada em Sociologia pela Faculdade de Letras da Universidade do Porto e Mestre em Sociologia pela Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Iniciou o seu trabalho na equipa de emergência social de apoio aos sem-abrigo do Instituto de Segurança Social onde ficou entre 1999 e 2000. Desde 2001 que integra, enquanto socióloga, o Departamento de Investigação e Projetos da EAPN Portugal e em 2017 integrou o grupo de voluntários da Associação Saber Compreender. Toda a sua experiência de trabalho tem-se

centrado nas áreas da pobreza e exclusão social e no acompanhamento às políticas sociais nacionais e europeias.

Marta Borges

Atualmente a coordenar a Linha Nacional de Emergência Social no ISS,IP, foi durante 7 anos responsável pela área da Redução de Riscos e Minimização de Danos (RRMD) na Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (DICAD) da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT,IP). Paralelamente, desenvolve atividade na área da comunicação e gestão de redes sociais na Associação dos Profissionais de Serviço Social e no Projeto MAIS PARTICIPAÇÃO, melhor saúde.

É licenciada em Serviço Social pelo Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa, tem vindo desde sempre a desenvolver trabalho prático e de investigação na área de RRMD onde também tem trabalhado ativamente como Formadora a nível nacional e internacional.

Em termos de percurso académico, concluiu o mestrado em Ciências da Comunicação, Organizações e Novas Tecnologias pela Universidade Católica Portuguesa e iniciou a frequência do Doutoramento em Ciências da Comunicação pelo ISCTE-IUL, que suspendeu para continuar a desenvolver investigação em Serviço Social, integrando o Doutoramento em Serviço Social do ISCTE.

As áreas de interesse são Redução de Riscos e Minimização de Danos e Políticas Públicas na área da saúde, nomeadamente nos Comportamentos Aditivos e Dependências, Emergência Social, intervenção eventos de massas e cenários de exceção.

Sandra Mendes

Licenciada em Serviço Social pelo Instituto Superior de Serviço Social do Porto, Mestre em Sociologia pela Faculdade de Letras da Universidade do Porto e Doutora em Serviço Social pelo ISCTE-IUL, é professora convidada na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro e na Universidade

Lusófona do Porto no âmbito da licenciatura e mestrado em Serviço Social. Desenvolve trabalho enquanto administradora da European Association of Schools of Social Work. Pratica uma pedagogia ativista no âmbito da desigualdade de género e da violência contra as mulheres na realização anual do evento Luto[Eu].

Guilherme Gomes Ferreira

Mestre e Doutor em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Doutor em Serviço Social também pelo ISCTE-IUL. Líder do Grupo de Pesquisa MarGens – Marcadores de Género e Sexualidade na Saúde, do Grupo Hospitalar Conceição. Assistente Social Residente na Unidade de Saúde Costa e Silva do Grupo Hospitalar Conceição. Membro do Comitê Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (Brasil). Ativista na ONG Somos – Comunicação, Saúde e Sexualidade, onde coordena o Núcleo de Justiça e o projeto Passagens: género, sexualidade e justiça criminal.

Joana Guedes

Licenciada em Serviço Social pelo Instituto Superior de Serviço Social do Porto, mestre em Ciências do Serviço Social, com especialidade em Gerontologia Social e doutorada em Gerontologia e Geriatria, com especialidade em Gerontologia, pelo Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. É membro integrado do Centro Lusíada de Investigação em Serviço Social e Intervenção Social (CLISSIS) e membro colaborador do Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS). É docente no Instituto Superior de Serviço Social do Porto, nas áreas do serviço social e gerontologia, assumindo a coordenação da licenciatura e do mestrado em gerontologia social. É ainda membro da direcção de uma IPSS.

Óscar Ribeiro

Professor auxiliar no Departamento de Educação e Psicologia da Universidade de Aveiro e investigador principal na área do envelhecimento no Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS). Presentemente coordena um dos pólos deste Centro (CINTESIS.UA) e participa em vários projetos nacionais e internacionais de intervenção comunitária com a população adulta e idosa. É diretor do Programa Doutoral em Gerontologia e Geriatria (UA-UP).

Sofia Nunes Lopes

Licenciada em Sociologia pela Faculdade de Letras da Universidade do Porto, em 1998. Trabalha na União de Freguesias de Cedofeita, Santo Ildefonso, Sé, Miragaia, São Nicolau e Vitória, onde desenvolve funções diversas na área social, nomeadamente apoio à população mais carenciada da freguesia.

A PANDEMIA E OS DESAFIOS COLOCADOS AOS INTERVENTORES SOCIAIS¹

Idalina Machado

Sara Melo

Vivemos em sociedades de risco, entendidas enquanto sociedades “da incerteza, na qual a humanidade provocou, de forma desengenhosa, problemas a si própria, e na qual ninguém, nem mesmo com a ajuda da ciência, conhece os perigos exatos a que está sujeito” (Baert & Silva, 2014, p.236) e, embora o risco não seja novo para a humanidade (veja-se que desde sempre as guerras e as epidemias constituíram um constante risco para as populações), hoje tem proporções inimagináveis, porque a globalização e as facilidades de deslocação e movimentação nos colocam mais estreitamente e rapidamente em contacto uns com os outros. O risco, associado à imprevisibilidade e à incerteza (Beck, 1998), é hoje um dos elementos estruturantes das sociedades, tendo-se tornado eminente para milhares de pessoas: risco de pobreza, risco de desemprego, risco de atentados, risco de desastres ambientais, risco de catástrofes naturais, risco de novas doenças, etc.

Apesar da geração de riqueza sem precedentes, persistem e acentuam-se, no mundo, as desigualdades (entre países e dentro de cada país) e os problemas sociais. Nas palavras de Sen (2003, p.20), “Apesar do aumento sem precedentes da riqueza global, o mundo contemporâneo recusa as liberdades elementares a grande quantidade – talvez mesmo à maior parte – das pessoas.”. Declarada pela OMS como pandemia, a 11 de março de 2020, a COVID-19, claro exemplo da incerteza e da imprevisibilidade, veio exacerbar ainda mais as desigualdades e os problemas sociais e mudar para sempre o modo como estamos no mundo e nos relacionamos. Para além de constituir em si própria um risco, a doença traz consigo outros riscos: o da perda do emprego, o da perda de rendimentos, o da incapacidade para manter uma habitação, o da redução das redes de solidariedade, o

1 O texto é escrito ao abrigo do acordo ortográfico.

da pobreza, o da fome, o do agravamento de problemas de saúde crónicos, entre muitos outros.

Dado o elevado grau de transmissibilidade da COVID-19, um pouco por todo o planeta as populações viram-se confrontadas com a necessidade de confinamento e de manutenção da distância física, encarados como a melhor forma de conter a sua rápida propagação na ausência de uma vacina. Fecharam-se fronteiras entre países, cancelaram-se viagens, encerraram atividades de comércio e serviços, as pessoas ficaram em casa. Em suma, as vidas ficaram em suspenso.

O contexto de pandemia em que mergulhamos nos últimos meses veio, de forma brusca e inesperada, confrontar os interventores sociais (assistentes sociais, sociólogos, psicólogos, gerontólogos, educadores sociais, entre outros) com novos desafios no trabalho que desenvolvem diretamente com populações desfavorecidas e carenciadas. Quando todos se confinam, como garantir o apoio necessário aos mais desfavorecidos? Como manter, numa lógica de compromisso com a ética profissional, o trabalho junto das populações mais carenciadas sem as colocar e sem se colocarem a si em risco? O confinamento e a necessidade de distanciamento físico exigiram, por isso, uma reinvenção das práticas de atuação – é disso que os diferentes textos que compõem este livro procuram dar conta.

São vários os que no contexto de emergência viram a sua fragilidade acentuada: a população sem abrigo, os idosos, os doentes crónicos, os trabalhadores precários, os imigrantes, os dependentes de substâncias psicoativas, entre outros.

A população sem abrigo representa um dos grupos mais vulneráveis, não só porque carece de um alojamento para proteção, mas porque no contexto de emergência em que o país viveu, com obrigatoriedade de encerramento de estabelecimentos comerciais, de confinamento, e com a dificuldade de obtenção de equipamentos de proteção individual por parte das instituições que atuam neste domínio, se viu confrontada com a ausência de respostas para a satisfação das necessidades mais básicas, nomeadamente a alimentação. A necessidade do reforço do trabalho em rede é apresentada como uma importante arma

no combate à pobreza. Estas são as principais questões trabalhadas no primeiro texto.

O segundo texto dá-nos conta, não só dos riscos, mas, sobretudo, das oportunidades que a pandemia veio trazer nos modos de intervir junto de consumidores de substâncias psicoativas no âmbito da redução de danos. Esta é uma população extremamente vulnerável, quer pela dependência, quer pelas comorbilidades associadas às trajetórias de consumo, pelo que, em contexto de pandemia, urgia garantir o apoio e acompanhamento com recurso, sempre que possível, às tecnologias de comunicação. Salienta-se a necessidade de pensar em estratégias de intervenção *tailor-made* de modo a garantir que todos são apoiados e acompanhados.

O terceiro texto centra-se na análise do trabalho desenvolvido pelos profissionais do serviço social em contexto de saúde, particularmente no Brasil, país fortemente afetado pela crise pandémica. Estando na “linha da frente” do combate ao coronavírus, os profissionais de serviço social no Brasil vêem-se confrontados com a necessidade de gestão de uma pobreza que cresce e se acentua e para a qual os recursos são escassos. Ainda que as tecnologias comunicacionais apareçam como uma alternativa em contexto de pandemia, defendem os autores que as mesmas não devem substituir “a racionalidade e emotividade humana”.

Desde o início do estado de emergência, os mais velhos constituíram uma das categoriais sociais alvo de particular atenção. E essa atenção foi especialmente voltada para aqueles que se encontravam institucionalizados em estruturas residenciais para idosos (ERPI), tendo-se decretado o fim das visitas. Se, por um lado, esta medida visava a proteção dos mais velhos em termos de saúde física, por outro lado veio confrontar as instituições com o agravamento de problemas de saúde mental, particularmente a solidão e a depressão. O encerramento de respostas sociais como centros de dia, com o confinamento dos idosos nas suas casas e a manutenção do distanciamento social (entenda-se físico), veio também contribuir para o surgimento e/ou acentuação de situações de isolamento social. O recurso a estratégias de intervenção diversificadas que permitam a manutenção

dos contactos sociais, ainda que sem proximidade física, aproveitando todas as potencialidades dos avanços tecnológicos ao nível comunicacional, e, desse modo, contrariando os problemas do isolamento e da solidão, é também evidenciado pelos autores do quarto texto.

O quinto e último texto retrata o trabalho que é desenvolvido no domínio da ação social ao nível do poder local. Num curto espaço de tempo, a equipa técnica da ação social de uma junta de freguesia do município do Porto viu-se confrontada com uma nova realidade: era solicitada, não só para continuar a dar o apoio habitual a franjas desfavorecidas da população, mas também por novos públicos que até então tinham as suas vidas estabilizadas – uma nova pobreza, envergonhada, que nunca tinha solicitado apoio. O crescente número de pedidos de apoio e a escassez de recursos para atender a todos obrigou a repensar as práticas e a reforçar o trabalho em parceria com atores individuais e coletivos.

Sem cobrir todas as situações de vulnerabilidade que a COVID-19 veio acentuar, este livro procura dar conta das adaptações necessárias dos modos de fazer no âmbito da intervenção social, tendo como objetivo prioritário persistir na luta contra as desigualdades sociais e na promoção do *empowerment*, durante o período de confinamento, mas também após o mesmo. Ao abalarem as práticas institucionalizadas, tão cristalizadas na definição do certo, o risco e a incerteza, atualmente permanentes e não transitórios, abrem portas para a reflexão e para a reinvenção de modos de agir e de intervir, planos nos quais se destacam uma noção muito séria de compromisso social e de espírito de missão aos quais escolhemos não ser alheios.

Bibliografia

- BECK, U. (1998). *Risk Society*. London: Sage.
 BAERT, P. & Silva, F. C. (2014). *Teoria Social Contemporânea*. Lisboa: Editora Mundos Sociais.
 SEN, A. (2003). *O Desenvolvimento como Liberdade*. Lisboa: Gradiva.

SABER PARA COMPREENDER, COMPREENDER PARA SABER: A INTERVENÇÃO DA ASSOCIAÇÃO SABER COMPREENDER²

Alexandra Guimarães
 Maria José Vicente
 Paula Cruz

Resumo

A actual pandemia tem um impacto sem precedentes na vida das pessoas ultrapassando as consequências sanitárias. As medidas de contenção e o Estado de Emergência que vivemos até ao passado dia 2 de Maio tiveram e terão um forte impacto nas vivências das pessoas, sobretudo daquelas que se encontram já numa situação vulnerável. Neste contexto, é imperativo falar das pessoas que se encontram em situação de sem-abrigo visto que viram os seus apoios serem reduzidos e alguns serviços aos quais recorriam acabaram por encerrar. Algumas estratégias de sobrevivência ficaram igualmente inacessíveis devido à diminuição de equipas de rua e de voluntariado. Estas pessoas depararam-se, assim, com ruas e cidades desertas, sem as condições básicas de sobrevivência asseguradas como, por exemplo, a alimentação.

Face a esta situação, foram accionadas respostas de emergência (centros temporários, reorganização de serviços, entre outros) e surgiram iniciativas da sociedade civil apoiando estas pessoas com géneros e alguns donativos às instituições para que estas as pudessem continuar a apoiar. As instituições reinventaram-se e, mesmo com dificuldades, procuraram assegurar as respostas necessárias.

A situação de pandemia veio revelar ainda mais a fragilidade das pessoas em situação de sem-abrigo, a invisibilidade de que ainda são alvo e as dificuldades ainda existentes na própria intervenção. Ninguém estava preparado para uma situação destas mas, na verdade, há que reconhecer,

² O texto não é escrito ao abrigo do acordo ortográfico.

também, que mesmo tendo uma Estratégia Nacional direccionada para as pessoas em situação de sem-abrigo, subsistem ainda lacunas, na inclusão das pessoas, que precisam de ser trabalhadas e superadas. As respostas precisam de ser de âmbito sanitário, mas, sobretudo, de âmbito social. Percebemos mais do que nunca a importância de se ter acesso a uma casa e tudo o que esta significa em termos de protecção, dignidade e inclusão.

Palavras-chave: Pessoas em situação de sem-abrigo; pandemia; Saber Compreender

Missão e Visão da Associação Saber Compreender

A Saber Compreender conta com uma longa história num ainda curto espaço temporal. Em 2015, surge enquanto grupo informal e adquire estatuto de organização sem fins lucrativos já em 2017. A cidade do Porto é o palco primordial da sua actuação, tendo sempre presente a sua missão de promover uma sociedade mais inclusiva, na qual, através do activismo, as pessoas social e economicamente vulneráveis, em situação de privação, exclusão e risco, tenham acesso a condições para uma vida digna. Pretendemos mitigar a vulnerabilidade de pessoas em situação de sem abrigo, encaminhando-as para as respostas existentes na cidade, fazendo todo o acompanhamento do(s) seu(s) processo(s) de inclusão social e funcionando como facilitadores da comunicação entre elas e as instituições. Percebemos que a comunicação ainda é um obstáculo na intervenção com este grupo. As pessoas que estão na rua, principalmente as que estão há mais tempo, demonstram descrença nas instituições, e, não raras vezes, desconhecem os seus direitos, a par de uma desmotivação e frustração acentuadas, oriundas da não perspectivação de soluções para as suas dificuldades. Por seu lado, as instituições nem sempre conseguem decodificar a informação e adaptá-la aos grupos com os quais intervêm. Informar, apoiar e empoderar são palavras de ordem. As pessoas já há muito que se esqueceram de como é serem tratadas como tal, pois estão (in)visíveis

aos olhos de quem tranquilamente passa. Percebemos que esse é o primeiro passo, tratar as pessoas como pessoas – mas como se faz isto? O processo do conhecimento do Outro é sempre lento e moroso, e depende da interacção positiva entre ambos. Começamos por salientar a necessidade de sair dos trâmites convencionais da intervenção psicossocial, que por ser burocratizada, traz para o seu seio e cerne, a necessidade de recolher uma série de informações. Todas essas coisas importam, sim, mas e a pessoa é reduzida a esses dados? Quantas vezes já deu os seus dados pessoais sem que nada tenha efectivamente mudado para si? Onde cabem, nesta equação, as suas vivências, experiências, sentimentos, pensamentos? Para nós cabem, exactamente, na preocupação genuína de querer conhecer alguém além dos dados que necessitamos para tratar das burocracias. Entram na conversa fluida, informal e banal, no “Olá, tudo bem?”, no “Viste o jogo ontem?”, no fundo, é simples, vamos ter conversas além dos seus problemas e de informações que precisamos de recolher. Desta forma, depressa compreendemos que este processo assenta em criar relações empáticas, genuínas e de confiança com as pessoas que estão na rua, tendo sempre em conta a atitude fundamental de total respeito e não julgamento. Conhecer a pessoa e aceitá-la tal como ela é, é ter respeito pelo caminho que está a fazer. Todos caminhamos, mas cada um no seu tempo. E isso é central em qualquer processo de inclusão social.

O tempo lembra-nos da necessidade de um espaço. Mas afinal, onde é que vamos fazer isto? Se as pessoas estão na rua então a rua deve ser o lugar de encontro e de estabelecimento de relações próximas. Ir ao encontro das pessoas, numa perspectiva humanista e de compreensão, contrariando o *setting* já em desuso do técnico que aguarda que as pessoas se desloquem até ele. Assim, tendo as necessidades identificadas só faltava passar à acção. Criamos uma equipa multidisciplinar, pois compreendemos que as intervenções serão tanto mais ricas quanto mais saberes congregarem e cruzarem, na procura de criar respostas cada vez mais adequadas às necessidades das pessoas. Assim, definimos uma rota de zonas

alvo de intervenção, abrangendo os lugares da cidade onde se encontram mais pessoas em situação de elevada vulnerabilidade e/ou em situação de sem abrigo e saímos, na certeza de que tínhamos tudo preparado para melhorar as condições em que se encontram as pessoas.

Ao colocarmos a pessoa no centro da intervenção pretendíamos, igualmente, criar espaço para a sua participação. A Saber Compreender tem como Presidente uma pessoa que já foi sem-abrigo e essa particularidade é central ao cumprimento da missão. Respeitar o caminho das pessoas implica, também, ouvi-las e a determinado momento do processo criar espaço para que possam dizer o que pensam e necessitam para as suas vidas e façam, também, parte da solução. A participação, não sendo ainda uma prática corrente na intervenção social, é para a acção da Saber Compreender um princípio estratégico.

Acreditamos que a participação é a via para a inclusão social promovendo o exercício de uma cidadania activa através da partilha de experiências e de conhecimentos, actuando em conjunto por um objectivo comum. Defendemos, igualmente, que os processos participativos proporcionam, não só momentos de escuta e de diálogo com os actores que se encontram nesta situação, como também permitem uma melhor adequação das medidas e uma maior consciencialização e co-responsabilização no seu processo de inclusão.

Neste sentido, a Saber Compreender só poderá tornar-se porta-voz dos cidadãos se, com eles, traçar linhas de acção, baseadas em diagnósticos elaborados por eles próprios. A nossa função deve assentar numa interlocução próxima com aqueles que vivenciam essas realidades. De outra forma, estaremos sempre a falar do que não sabemos, do que não sentimos e do que não partilhamos.

Criar parcerias, gerar sinergias, e visão estratégica

As pessoas em situação de sem abrigo e/ou elevada vulnerabilidade social, devem ser perspectivadas através de uma óptica holística e idiosincrática, o que significa que não podemos só

equacionar respostas orientadas para a satisfação das suas necessidades básicas, mas antes respostas que vão de encontro a todas as suas necessidades, olhando para cada pessoa como única e um ser complexo biopsicossocial. Como fazemos isto? Através do trabalho em rede de forma efectiva e da colaboração interinstitucional. Com efeito, sozinhos vamos mais rápido, mas juntos vamos mais longe. O trabalho em rede é, assim, outro dos princípios estratégicos de actuação da Organização.

Partimos desta ideia fundamental para criar uma série de parcerias com outras instituições que desenvolvem trabalho com a população em situação de sem abrigo na cidade. E também, integramos a rede NPISA (Núcleo de Planeamento e Intervenção de Pessoas em situação Sem Abrigo) do Porto, porque acreditamos efectivamente na necessidade de se trabalhar em articulação permanente, com o objectivo de conseguirmos dar resposta, quer através da nossa equipa, quer através do encaminhamento para outro tipo de respostas prestadas por outras equipas. E esta opção permite termos, a todo o momento, conhecimento actualizado sobre as iniciativas a decorrer na cidade, no âmbito da intervenção com a população em situação de sem abrigo.

O trabalho no âmbito do NPISA permite-nos, igualmente, acompanhar a Estratégia Nacional para a Integração das Pessoas em Situação de Sem-abrigo e contribuir para a sua implementação. Esta atenção política ao fenómeno é central, pois só com soluções macro é que conseguiremos resolver a situação e, sobretudo, prevenir que outras situações possam ocorrer. Mas na busca destas soluções ainda temos um percurso longo a percorrer. Apesar de muito já ter sido feito – e a Estratégia Nacional é exemplo disso – ainda precisamos de outras repostas e compromissos que resolvam mesmo a situação e não fiquem apenas pela sua gestão. A pandemia veio revelar que precisamos urgentemente de encurtar este percurso. Precisamos de encontrar soluções, precisamos de as encontrar com a participação das próprias pessoas e entidades e precisamos de colocar mesmo em prática algumas soluções que já deram provas da sua importância, como o *Housing First*.

A Saber Compreender tem procurado cumprir o seu papel neste trabalho e é importante dizer que não tem, até à data, nenhum tipo de financiamento, e portanto, consegue fazer face aos seus gastos e sair para a rua com *kits* de alimentação (compostos por um pão com recheio, um sumo ou leite, um bolo) através da solidariedade de pessoas em nome individual e também de empresas que nos ajudam por via da doação de bens em género (bolos, águas, sumos e leites em embalagens individuais, recheios para o pão, pão), de roupas e cobertores, e também através de doações em dinheiro.

Covid-19 e a urgência de (re)inventar a(s) prática(s) de intervenção

A 11 de Março de 2020, a Organização Mundial de Saúde declarou o surto de Covid-19 como pandemia, encontrando-se o epicentro da mesma na Europa. O país, que já estava reticente, ficou em alerta, e as medidas com o propósito de travar a disseminação do vírus não se fazem esperar mais: o governo decide fechar todas as escolas e, a 20 de Março, estamos oficialmente em estado de emergência. Um país fechado, parado e paralisado. Todos somos confrontados com a necessidade de parar, manter a distância física e ficar em confinamento.

Também a Saber Compreender é obrigada a parar, pois não tínhamos equipamentos de proteção individual, álcool-gel nem luvas. E não deveríamos sair nessas condições, sendo que manter as saídas de forma desprotegida era um risco para ambas as partes. Agora, era o momento de parar, repensar, redefinir, reorganizar para depois recomeçar. Depressa, reunimos a equipa (de forma segura para todos através de uma plataforma online), e definimos que o primeiro passo era necessariamente angariar equipamentos de proteção individual, e felizmente, as doações não demoraram a chegar. Agora já tínhamos contornado um dos obstáculos, mas impunha-se a questão – dada a escassez de respostas que visam suprir a necessidade básica de alimentação das pessoas em situação de sem abrigo, deveríamos

manter a nossa intervenção habitual de saída com *kits*? Entendemos que não. Embora a nossa missão assente numa perspectiva activista não assistencialista, agora o mais prioritário era efectivamente não deixar as pessoas a passar fome. A missão de uma organização social deverá ser adaptada consoante o que os constrangimentos ditarem. Afinal, se desenhamos respostas para colmatar as reais necessidades das pessoas temos que estar dispostos a redefinir o nosso plano de acção quantas vezes as que forem necessárias, garantindo sempre a defesa dos seus direitos. Em plena pandemia, com uma série de respostas sociais suspensas, com grande parte do trabalho voluntário parado, com toda a cidade fechada sobre si mesma, não nos fazia sentido continuar com as saídas habituais alheios à fome que deambulava pelas ruas e ao agravamento das condições em que se encontravam as pessoas em situação de sem abrigo. Neste sentido, encetamos uma parceria com a Escola de Hotelaria e Turismo do Porto, que prontamente percebeu as nossas preocupações e decidiu ajudar-nos através da confecção de uma refeição completa – sopa, prato de carne ou peixe, sobremesa e pão. Assim, passamos a sair duas vezes por semana, com uma refeição completa e água. Efectivamente, perante uma crise, todas as fragilidades características das respostas sociais tendem a emergir da mesma forma, pelo que o impacto da mesma se fará sentir de forma mais acentuada para quem já está numa situação prévia de bastante vulnerabilidade e exclusão.

A realidade da(s) Rua(s) durante a pandemia Covid-19

Quando voltamos a sair, com contornos diferentes do habitual como já acima descrevemos, não estávamos em boa verdade preparados para uma situação tão gritante. A fome estava na(s) rua(s), e a sede também. Com a maioria das respostas suspensas, e os cafés fechados, restavam muito poucas hipóteses para as pessoas se conseguirem alimentar. Multiplicavam-se as vozes “*Se não fossem vocês eu hoje não comia nada*”, “*São os únicos a passar aqui*”, “*Nenhum de nós morre de*

*coronavírus, mais depressa morremos de fome”, “Eu antes ia ali ao café do Y, mas agora com isto, nem dá p’ra ir lá pedir um bolo de ontem e um copo de água”. Agora, estavam na rua mais pessoas, com mais fragilidades e dificuldades, e ao mesmo tempo existiam menos respostas. Era evidente a mistura explosiva entre mais e maiores necessidades e menor acessibilidade que culmina, necessariamente, numa maior exclusão. A par do agravamento das condições das pessoas em situação de sem abrigo, víamos também muitas caras novas com semblantes carregados de vergonha – a vergonha de ter que recorrer a uma equipa de rua para comer. Pessoas que pela primeira vez nas suas vidas não conseguiam pagar as suas contas e alimentar-se, pediam-nos refeições para famílias de quatro elementos, mas reiteravam “dê-me só duas que nós dividimos, assim dá para quem está na rua também”. Com a pandemia chegavam à rua mais pessoas – e o fenómeno, que já era múltiplo e complexo, intensificava-se e multiplicava a sua complexidade – falamos de muitas histórias distintas entre si – pessoas que tinham ficado numa situação de desemprego, pessoas que estavam em *lay-off*, pessoas que tinham vínculos laborais precários, pessoas que trabalhavam na economia informal, (por exemplo pessoas que faziam limpezas em domicílios) – mas com um denominador comum – a pobreza. Semana após semana, as caras novas aumentavam, numa proporção e rapidez assustadoras que nos faziam ver que o pior claramente ainda estava por vir.*

Pistas para o futuro

A COVID-19, trouxe consigo um medo antigo – o medo do Outro. Sendo que o Outro poderá representar um risco para mim. A possibilidade de contágio exige-nos um tempo de afastamento, um afastamento físico que respeite as distâncias de segurança, e de etiqueta respiratória, mas não necessariamente um distanciamento social. Pelo contrário, o afastamento físico implica uma responsabilidade crescente por parte das organizações do setor social, na medida em que nos obriga a estar mais alerta e mais atentos face às

dificuldades e vulnerabilidades das populações com as quais trabalhamos e o agravamento da situação das mesmas. Com a COVID-19, percebemos, mais uma vez, a importância da linguagem e da forma como comunicamos com as pessoas que estão em situação de sem abrigo, – o pouco que para nós pode representar um simples cumprimento, o chamá-las pelo seu nome – mas que para elas é representativa da dignificação humana, é dar-lhes existência significativa de que as conhecemos, reconhecemos, valorizamos e que não estão esquecidas, nem quando o país se fecha sobre si mesmo com o objectivo de lutar pela sobrevivência. Efectivamente, em tempos de incerteza como estes, vemos a importância e o real impacto que a rede de sociabilidades que com elas construímos representa. Falar de comunicação é também falar da linguagem não-verbal, aquilo que não expressamos verbalmente, mas que o corpo diz – o respeito pelas distâncias de segurança foi sempre mantido ao longo destas saídas, sendo que foi um gesto natural de parte a parte.

Num cenário como este, resta-nos preparar para o pior fazendo o melhor que sabemos e que podemos. A situação de Pandemia veio revelar a vulnerabilidade de um grupo que já vivia em grande situação de vulnerabilidade. E veio aumentar essa vulnerabilidade e aumentar o risco de outras pessoas poderem ser “atiradas” para a rua. O panorama já é conhecido: mais desemprego – mais precariedade – mais pessoas em situação de sem abrigo e /ou elevada vulnerabilidade social – mais dificuldades – mais vulnerabilidades – mais pobreza, a par da existência de menos respostas disponíveis. Se há menos respostas, o que não pode falhar de forma alguma é a capacidade de trabalhar em rede de forma articulada e eficaz. Temos, mais do que nunca, de unir esforços para conseguirmos providenciar melhores respostas e rentabilizar os recursos disponíveis, numa perspectiva mais compreensiva e solidária – entre e para todos nós. Exige-se, pois, um fortalecimento do trabalho interinstitucional. A pandemia também nos veio mostrar a importância da articulação e comunicação à distância, nomeadamente através do uso de plataformas online.

É fundamental, ainda, que todas as organizações sociais que estão a acompanhar a situação destas populações, façam chegar ao poder político uma série de recomendações para que se possam pensar e desenhar políticas e respostas sociais mais inclusivas e que tenham por base a experiência e vivência de quem está no terreno. Por fim, veio mostrar-nos que todos somos risco em potencial e consideramos que, nesse sentido, é altura para se fazer o apelo à responsabilidade individual de cada um de nós enquanto cidadãos de um Estado de Direito democrático para que se mudem em efectivo estas trajectórias, para que todos possamos estar inclusivos e com todos os nossos direitos assegurados e salvaguardados. Do mesmo modo é tempo de apelar a todas as empresas que têm como ajudar – quer através de doações, quer através da inclusão no mercado laboral de pessoas em situações de fragilidade – à sua responsabilidade coletiva. É também tempo de tornar esta realidade visível e debatê-la amplamente de forma a combater os estereótipos ainda existentes e criar uma consciencialização para o fenómeno e para a defesa dos direitos das pessoas.

A este nível gostaríamos, igualmente, de deixar uma mensagem final relativamente ao compromisso político. A Saber Compreender acompanha a Estratégia e tem procurado junto desta plataforma e do próprio Ministério levar as preocupações das pessoas que estão na rua e dos profissionais que com elas trabalham. O diálogo com o poder político é central e é importante que existam plataformas concretas para ouvir as pessoas e promover a sua participação.

A pandemia veio revelar também a urgência de algumas oportunidades que já estavam em curso, embora ainda muito pouco visíveis. Falamos em

particular do Pilar Europeu dos Direitos Sociais³ que integra um princípio específico dirigido a este grupo – *habitação e assistência para os sem-abrigo* (princípio 19). Não podemos perder esta oportunidade, pois resolver a situação de exclusão extrema a que estão sujeitas estas pessoas precisa, também, de estar no centro das respostas à crise que estamos actualmente a viver. O combate à pobreza em todas as suas formas e com atenção aos grupos mais vulneráveis tem de ser assumido como uma prioridade agora.

3 O Pilar Europeu dos Direitos Sociais é um quadro de princípios que tem em vista um emprego eficiente e resultados sociais face aos desafios atuais e futuros que pretendem diretamente atender às necessidades essenciais das pessoas e assegurar uma melhor promulgação e implementação dos direitos sociais. O PEDS foi proclamado em 2017 pelo Conselho da UE, o Parlamento Europeu e a Comissão Europeia, e recebeu o apoio dos Estados Membros. Em Janeiro deste ano a nova Comissão Europeia anunciou que iria apresentar em 2021 um plano de acção do Pilar, algo que é central para a sua implementação. Neste momento está a decorrer uma consulta pública (até Novembro de 2020) dirigida a toda a sociedade civil com vista a recolher contributos para a definição deste plano. A consulta está disponível aqui: <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1487&langId=en> Mais informações aqui: https://ec.europa.eu/commission/priorities/deeper-and-fairer-economic-and-monetary-union/european-pillar-social-rights/european-pillar-social-rights-20-principles_pt

O IMPACTO DA CRISE DA COVID-19 NA INTERVENÇÃO DE REDUÇÃO DE DANOS. ANÁLISE CRÍTICA SOBRE INTERVENÇÕES E ATORES SOCIAIS | ENTRE A CRISE E A OPORTUNIDADE⁴

Marta Borges

Resumo

O objeto da investigação, práticas profissionais na redução de danos, remete-nos para uma perspectiva que trespassa as práticas em Portugal, mas pretende capitalizar uma dinâmica rede internacional de profissionais.

Em dezembro de 2019 falava-se em Whuan, na China, como uma realidade tão distante que jamais constituiria um problema além das fronteiras chinesas. Mas a globalização, a mobilidade já normalizada de pessoas à escala mundial, trouxe pela primeira vez às nossas vidas os seus danos colaterais.

A epidemia passa a pandemia, com a declaração da OMS (OMS, 2020), e em março de 2020 a vida confinou-se. Se, por um lado, a pandemia foi um teste à nossa resiliência e capacidade de sobrevivência confinada à casa, por outro lado foi também talvez umas das experiências mais significativas da nossa geração, que já conheceu um Portugal desconfinado da ditadura e uma Europa em que as guerras aconteceram fora de uma Europa Unida.

Este trabalho pretende ser um exercício de análise e compreensão crítica na área da redução de danos, a nível nacional e internacional, de práticas profissionais que não se confinaram, de respostas que continuaram, que se aprofundaram e ampliaram. Em suma uma análise de como a crise pandémica pode ter sido uma oportunidade para a intervenção em redução de danos.

Apresentamos, assim três pontos de reflexão, sendo o primeiro dedicado ao enquadramento da investigação, o segundo ao contexto pandémico sequência da COVID - 19 e por último um terceiro

ponto dedicado ao impacto da crise pandémica nas intervenções de Redução de Danos.

Palavras-chave: redução de danos; pandemia; COVID19; práticas profissionais; globalização.

Parte I - “Abstinence-only advocates are simply harm reductionists with a limited imagination.” By Harm Reduction Tips (Vakharia, 2019)

O percurso e a evolução profissional conduziram a um conhecimento da intervenção global na interceção entre determinantes sociais e saúde das pessoas que usam drogas, e, por inerência, a redução de danos. O interesse pelo tema – Redução de Danos – prende-se, por um lado, pelo facto de a considerar uma mimetização do código de ética do Serviço Social. Os princípios e os objetivos da redução de danos, embora definidos para as políticas de drogas, encerram um enorme potencial de aplicação a múltiplos problemas trabalhados pelo Serviço Social. A OMS – Organização Mundial de Saúde, define redução de danos como um conjunto de políticas e programas e ações, mesmo junto das pessoas com HIV (WHO, 2016). A *Harm Reduction International*, instituição de referência internacional na área da redução de danos, adverte para que não existe nenhuma definição universal, mas que a sua leitura é baseada na prática, definindo-a como

“Harm reduction refers to policies, programmes and practices that aim to minimise negative health, social and legal impacts associated with drug use, drug policies and drug laws. Harm reduction is grounded in justice and human rights – it focuses on positive change and on working with people without judgement, coercion, discrimination, or requiring that they stop using drugs as a precondition of support.” (Harm Reduction International, 2010).

Não podemos deixar de revisitar Marlatt (Logan & Marlatt, 2010), o “pai” da redução de danos e que a define como

4 O texto é escrito ao abrigo do acordo ortográfico.

“a pragmatic approach to reduce the harmful consequences of drug use and other high-risk activities by incorporating several strategies that cut across the spectrum from safer use to managed use to abstinence. The primary goal of most harm-reduction approaches is to meet individuals where they are at and not to ignore or condemn the harmful behaviors, but rather to work with the individual or community to minimize the harmful effects of a given behavior. Harm-reduction interventions and policies are most often individualized to the specific needs and wants of the individual or community.” (Marlatt & Witkiewitz, 2010, p.593).

Também Bigler (2005) o defende como modelo que deverá ir para além da intervenção nas drogas, sendo possível ampliá-lo para outras áreas de intervenção do Serviço Social.

Por outro lado, e face à revisão conceptual já realizada, é evidente uma inexistência de consenso sobre a intervenção, divergindo os autores entre modelo, conjunto de práticas ou abordagem pragmática. Considerando este vazio na matriz da redução de danos, surgem questões orientadoras para a reflexividade crítica que aqui se propõe explicar: em que medida a intervenção de redução de danos estabelece uma relação com o modelo de prática integrada e interdisciplinar? Que contributos pode a intervenção na área dos comportamentos aditivos e dependências trazer para a definição de um modelo de redução de danos? Que contributos a área do Serviço Social pode acrescentar e ou complementar neste modelo? De que forma o modelo de redução de danos tem sustentação em práticas de *evidence based* nos comportamentos aditivos e dependências (CAD)?

Com esta pesquisa pretende-se, sistematizar e analisar a intervenção de redução de danos como resposta interdisciplinar na área dos comportamentos aditivos e dependências, com vista à criação e validação de um modelo integrado de redução de danos. Mas também, aferir e sistematizar os contributos do Serviço Social neste modelo. Por outro lado, pretende-se, identificar e sistematizar as práticas baseadas em evidências para a redução de danos nos contextos de CAD.

Consideramos ainda, que não pode deixar de ser feita, ainda que paralelamente, uma análise crítica sobre o momento de crise pandémica em que nos encontramos, uma vez que este terá certamente impacto na forma como se (re)organizaram as práticas profissionais junto das pessoas que usam drogas, mas também das ansiedades dos profissionais e, como não podia deixar de ser, pensar na redução de danos para além da COVID19.

Parte II - “O grande RESET” (Castells, 2020)

Quando em 11 de março de 2020 a Organização Mundial de Saúde declara o estado de pandemia a nível mundial, a vida mudou. A velocidade do vírus foi a velocidade a que nos movíamos de forma intercontinental, a humanidade reconhecia o risco, mas nunca acreditou que fosse possível. Quando os países se fecharam, começou a ser evidente que a primeira transformação foi a dos ecossistemas, aquilo que o homem, eterno dependente das energias clássicas, nunca conseguiu fazer mesmo com as sociedades mais mobilizadas com fenómenos como o da jovem Greta (NASA, 2020; Zambrano-Monserrate, Ruano, & Sanchez-Alcalde, 2020; Bao & Zhang, 2020).

Olhando para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), podemos observar que o futuro estaria comprometido se não abrandássemos rapidamente, seríamos rapidamente descontinuados, como qualquer tecnologia desatualizada. Os ODS 17 são alertas para a nossa própria sobrevivência, a saber: Erradicar a pobreza, Erradicar a fome, Saúde de qualidade, Educação de qualidade, Igualdade de Género, Água potável e saneamento, Energias renováveis e acessíveis, Trabalho digno e crescimento económico, Indústria, inovação e infraestruturas, Reduzir as desigualdades, Cidades e comunidades sustentáveis, Produção e consumo sustentáveis, Ação climática, Proteger a vida marinha, Proteger a vida terrestre, Paz justiça e instituições eficazes e Parcerias para a implementação dos objetivos. Todos tinham como escopo que “transformar esta visão em realidade é essencialmente da responsabilidade dos governos dos países, mas irá exigir

também novas parcerias e solidariedade internacional” (ONU, 2016).

Entretanto a COVID-19, ultrapassou-nos e colocou em causa um por um os ODS. Segundo Schwalbe, Lehtimaki, & Gutiérrez (2020)

The SARS-CoV-2 pandemic is forcing us to face the fact that progress towards the Sustainable Development Goals is fragile, as those populations on the path towards leaving poverty are now at increased risk of falling behind. It also shows the need to strengthen the nexus between underlying conditions, their risk factors, and infectious diseases. This requires acknowledging the importance of interventions to address structural inequity, universal health coverage, and wider social protection schemes as part of the response. (2020, p.2)

Colocaram-se em causa as responsabilidades de governos, as parcerias e a solidariedade internacional, mas também a participação social ativa de cada cidadão. Passámos a ter uma corrida farmacêutica à escala planetária por uma vacina, antes de se desconfinar, desconfiou-se nas fronteiras de possíveis portadores, os mercados centralizados no mercado asiático desequilibraram as balanças na procura por equipamentos de proteção individual e por ventiladores, garante de sobrevivência para muitos, que tiveram de ser escoltados para conseguirem chegar aos seus destinos. Os pobres ficaram igualmente pobres tendo agora que disputar recursos com novos inquilinos da pobreza. Estes “novos inquilinos” não se perspetivam sequer próximos do risco, como nos diz Mendes (2015):

as representações sobre os riscos permitem-lhes construir uma sensação relativa de segurança, atribuindo a vulnerabilidade ao outro, o que se poderia chamar de alteridades tranquilizadoras. Este processo complexo permite despersonalizar o outro e responsabilizá-lo por catástrofes, epidemias e comportamentos desviantes ou de risco. Esta lógica de degradação do outro e de afastamento simbólico contrapõe-se à segurança ontológica sentida com os

que são próximos, semelhantes ou imaginados como iguais. Acrescenta-se a esta lógica dinâmicas emocionais complexas, ancoradas em espaços de vivência concretos e cristalizadas em trajetórias de vida social, cultural e politicamente marcadas. (2015, p.32).

A pandemia adensou vulnerabilidades já conhecidas, apesar de adormecidas, e emergiram falsos integrados, cuja precaridade laboral evidenciou a fragilidade das relações de trabalho. Foram postas à prova as relações familiares, o teletrabalho, a condição e os papéis da Mulher na sua permanente polaridade de mães/companheiras/cuidadoras/profissionais. Há 4 meses estas linhas não passariam de um mau guião de um filme de ficção científica.

Não é possível deixar de afirmar que foi preciso reinventarmo-nos para responder, não só individualmente, comprometendo-nos com as novas regras e normas onde cada um faria a diferença, mas também institucionalmente, sobretudo em três eixos essenciais: saúde, educação e segurança social. Parafraseando Castells (2020) no seu mais recente artigo intitulado “Reset” publicado no “La Vanguardia”,

Ahora se pone en evidencia, más allá del sistema sanitario, la necesaria prioridad de lo público en la organización de la economía y la sociedad. Que no es estatización, porque cada fórmula de defensa del interés público debe adaptarse a las características de cada sociedad. De la misma forma en que la Gran Depresión y la II Guerra Mundial exigieron romper con el fundamentalismo del mercado para proteger derechos sociales y la vida en general, aun conservando el dinamismo del mercado para aquello en lo que es útil. De la misma manera se hace necesaria una revitalización del sector público acompañada de una reforma que lo desburocratice y despolitice (Castells, 2020).

Se na saúde é evidente que quem segue ao leme são os profissionais de saúde pública, e na educação os professores, no sector social foi difícil identificar o timoneiro. Se na saúde e na educação os

atores principais têm garantido o reconhecimento social e político, no setor social essa liderança nunca é evidente, o que muito tem a ver com a urgência da politização de uma profissão que não consolida e concretiza o que está no seu DNA ético político.

A pandemia democratiza a vulnerabilidade, porém como nos diz o editorial da Lancet,

A person not considered vulnerable at the outset of a pandemic can become vulnerable depending on the policy response. The risks of sudden loss of income or access to social support have consequences that are difficult to estimate and constitute a challenge in identifying all those who might become vulnerable. Certainly, amid the COVID-19 pandemic, vulnerable groups are not only elderly people, those with ill health and comorbidities, or homeless or underhoused people, but also people from a gradient of socio-economic groups that might struggle to cope financially, mentally, or physically with the crisis. (The Lancet, 2020).

Por outro lado, se esta pandemia evidenciou fragilidades de pessoas e sistemas, também veio validar o sistema público, ficando evidente como são essenciais um sistema de saúde, económico e social, priorizando aquilo que é a resposta do estado à medida das características de cada sociedade (Castells, 2020). Para além do sistema público a crise pandémica evidencia a importância das políticas públicas, visto que as mesmas foram chamadas a responder não só à crise sanitária mas às crises económicas e sociais decorrentes (Rodrigues, 2020).

A amplitude da fragilidade social alargou-se dramaticamente, e se o Estado Social teve de reagir para acolher quem não conhecia os caminhos das franjas, os outros, aqueles mais invisíveis, e já de si resilientes, tiveram de procurar caminhos para respostas afastadas socialmente das suas necessidades. As pessoas que usam drogas, nem todas elas nas franjas da pobreza, foram um desses grupos, com a grande vantagem de que para esses a redução de danos não fechou porta, pelo contrário, abriu mais, e foi assim em vários pontos do globo.

Parte III - “O confinamento pode ajudar a começar uma desintoxicação do nosso modo de vida e a compreender que o bem-vida implica o florescimento de nosso “Eu”, mas sempre entre os diversos “Nós”.” Edgar Morin (Le Bailly & Courage, 2020)

Esta recensão crítica propôs-se sobrepor à investigação, a pandemia que estamos a viver. Consideramos que qualquer processo de investigação não pode deixar de analisar os impactos, ainda que incipientes, do momento, sobretudo porque foi algo de que não há experiência em termos de sociedade contemporânea. Apesar de pobre, a eterna visão da crise como uma oportunidade, é também algo a ter em conta quando pensamos em redução de danos em tempos de COVID-19.

Após ser decretado o estado de emergência, que teve *timings* diferentes um pouco por todo mundo, de acordo com o percurso da pandemia, a intervenção junto de pessoas que usam drogas decorria rotineiramente, em termos de tratamento ou redução de danos, dependendo da zona do globo – a América e o Canadá a braços com uma crise de *fentanyl*, causavam os seus próprios mortos, com os profissionais a trabalhar em diversas frentes para responder de forma eficaz a essa emergência. Por comparação, temos uma Europa dos 27, com respostas proactivas a tentar garantir que o tema das pessoas que usam drogas se mantenha nas agendas políticas, como são disso exemplo os manifestos promovidos pela plataforma *Correlation Network* (Correlation Network, 2020), ou pela Harm Redution International e a International Network of People Who Use Drugs – INPUD (Harm Redution International & INPUD, 2020). Trata-se de uma estratégia essencial por forma a garantir que, aquando da emergência de novos focos de saúde pública, não se abandonam os pré existentes, que agregam uma multiplicidade de pessoas vulneráveis, que neste momento precisam de proteção extraordinária por forma a não se tornarem ainda mais permeáveis aos riscos que a pandemia encerra. Os financiamentos, sempre instáveis, têm de ser assegurados, e num cenário de crise económica, consequência da crise

pandémica, os financiamentos para a redução de danos podem estar em causa. Além de que, no caso da redução de danos, é imperativa a garantia de que esta não estagna as intervenções, por imposições burocráticas e limitações impostas pela precariedade dos projetos (que se percecionam neste momento como uma carência que coloca em cauda a evolução de respostas a par da evolução dos fenómenos).

A ameaça da COVID-19, em meados de fevereiro⁵, começa a causar receios de que o vírus pudesse atingir outros países, encerrando em si a realidade de impotência de alguns países da Europa na contenção da sua evolução aumentando as taxas de mortalidade por contração do vírus. A 24 de Março, a Itália confirma 5249 novos casos e 743 mortes, elevando o país a um total de 69.176 casos e 6820 mortes. Em Portugal começam a planear-se programas de contingência para as organizações de tratamento dirigidas a pessoas que usam drogas, passando o máximo de serviços para apoio online, e reduzindo a presença de técnicos. Devido ao risco da pandemia, encerraram-se estruturas de desabilitação disponíveis no Serviço Nacional de Saúde, e as admissões em comunidades terapêuticas requeriam isolamento nos primeiros dias de admissão, à semelhança de outras estruturas residenciais. Apostou-se fortemente em manter o apoio às pessoas através do digital e dos contactos telefónicos. Pessoas integradas em programas de manutenção opiácea com metadona, passaram a levar doses domiciliárias, por forma a reduzir as deslocações aos serviços, promovendo o recolhimento e evitando a propagação do medo.

As pessoas que usam drogas são, como sabemos, pessoas mais debilitadas e muitas vezes com comorbilidades afetas ao seu percurso de consumo, sobretudo devido a questões que se prendem com o envelhecimento desta população (Padberg & Stöver, 2018). Para além das patologias mentais, crescem, sobretudo, lesões pulmonares

e hepáticas que os colocam, em caso de pandemia, na mira da COVID-19 (Dunlop *et al.*, 2020). A isso acrescentam os determinantes sociais da saúde, que basicamente se focam nas dimensões sociais e económicas da vida das pessoas, dimensões estas que de forma interativa condicionam a forma como as pessoas crescem e se desenvolvem (Bonner, 2017). Sabia-se, à partida, que estas pessoas eram de facto mais vulneráveis, não só pelas suas questões de saúde, mas também pela instabilidade/precariedade ou ausência de habitação e emprego.

Os primeiros sinais do impacto da pandemia nos mercados e nas pessoas que usam drogas são assinalados no *European Web Survey on Drugs – COVID-EWSD* – do Observatório Europeu das Drogas e Toxicodependências (OEDT), de onde destacamos a redução do consumo de drogas ilícitas, sendo cerca de 46% das pessoas que participaram no estudo afirmam ter deixado de usar ou ter reduzido o uso de substâncias ilícitas. Quando questionadas sobre essa alteração no padrão de uso, atribuem-no à perda de receita e incerteza financeira. Destacamos, também, a indisponibilidade ou redução do acesso ao mercado para aquisição das substâncias e a redução do consumo de MDMA e cocaína, que tinha uma elevada expressão no mercado europeu. No caso da canábica, o relatório foca que o consumo diminuiu nos consumidores ocasionais, e aumentou nos consumidores regulares, sendo reportado um aumento do interesse pela parafernália ligada ao autocultivo de cannabis. Por último, uma alteração no padrão de consumo decorrente do confinamento, com maior destaque, está associada ao aumento do consumo de substâncias lícitas, como o álcool e as benzodiazepinas (EMCDDA, 2020).

Na espuma destes dias do cativeiro imposto pela pandemia, é essencial evidenciar a capacidade de produção científica em geral, e de uma produção científica baseada na evidência, como é o caso dos registos de fragmentos da intervenção em redução de danos. A reflexão crítica produziu evidência, melhorou práticas de forma quase diária que permitiu, no caso português, trazer para o dia a dia projetos adiados, o que não deixa de ser interessante e quase irónico, se atendermos que

⁵ Segundo dados da Reuters, a 21 de fevereiro de 2020, o primeiro país da Europa do Sul com mais casos e mais taxas de mortalidade, identificou o contágio tornando-se o epicentro da pandemia em março.

muitos dos profissionais de redução de danos, um pouco por todo o mundo, são eles próprios precários a nível laboral (Various, 2013), porém com capacidade de uma análise crítica da realidade que permite evidenciar a importância de mais e melhores políticas públicas.

A pandemia introduziu uma série de dimensões a ter em conta para garantir o acesso aos cuidados das pessoas que usam drogas. Segundo Dunlop et al. (2020) destacaríamos:

- Tratamento com manutenção de agonistas opiáceos - manter programa de manutenção opiácea de baixo limiar de exigência, ou programas de Buprenorfina; recomendam-se também o reforço das doses domiciliárias de ambos os agonistas;
- Aumento da necessidade de encontrar soluções para pessoas com consumos ativos de substâncias, incluindo álcool, coloca um desafio acrescido exigindo que durante a pandemia o internamento apenas se realize em situações agudas e de maior risco e as restantes situações devam ser acompanhadas e apoiadas com recurso a apoio via telefone, alternativas de medicação que permitam o apoio ao utente na gestão do consumo.
- Promover a articulação regular, sobretudo nos problemas ligados ao álcool, entre as equipas especializadas e as equipas dos internamentos hospitalares, no sentido de evitar complicações ligadas à abstinência que, sobretudo no consumo de álcool podem ser fatais;
- Reorientação dos serviços especializados para manter um acompanhamento à distância, como já aqui foi descrito;
- Redução de danos deverá manter os seus serviços, nomeadamente na distribuição de material de injeção e da disseminação de informação de redução de riscos, como é a higienização regular das mãos e a etiqueta respiratória;
- Cuidados nos locais de trabalho, sobretudo ao nível da distribuição de equipamentos de proteção individual, reforço de uma comunicação clara e reforçar o distanciamento social.

Um reflexão que se impõe nesta análise, é que pela primeira vez o trabalho com pessoas que usam

drogas, onde o risco de infeção foi sempre unidirecional paciente-técnico, passou a ser bidirecional, sendo que os utentes destes serviços são utentes de risco e todos podem ser veículos de transmissão, pelo que importa reforçar as práticas acima descritas com supervisão e discussão de casos, uma vez que a ética do cuidado é agora um processo que nos desafia como profissionais mas também como comunidade.

As práticas aqui descritas, reforçam a urgência da redução de danos. Surgem questões orientadoras para a reflexividade crítica, que aqui se propõe explicar uma vez que, todos os pontos podem ser reconfigurados com mais e melhores abordagens de intervenção com esse enquadramento. Reinterpretando Karamouzian, Johnson & Kerr (2020), são imperativas mensagens pragmáticas, claras, que criem alianças com o utilizador, garantindo o acesso à saúde e reduzindo práticas discriminatórias, que podemos antecipar quando se trata de uma população que, se tiver consumos ativos, dificilmente conseguirá ajustar-se ao confinamento. A ética do cuidado, mais uma vez, é desafiada a reinventar-se garantindo que se chega a quem está nas franjas, com estratégias *taylor made*, e só isso permitirá um apoio efetivo, não deixando ninguém para trás.

Portugal seguiu muitas destas recomendações, e nomeadamente a cidade de Lisboa, cuja autarquia proactivamente reforçou, desde o primeiro momento, o cuidado a estas populações, sobretudo as de rua, garantindo o acesso a programas de substituição opiácea e ao programa de consumo assistido, alterando as rotas clássicas destas intervenções. A Câmara de Lisboa, em articulação com outros parceiros, do estado e da sociedade civil, ocupou alguns edifícios desocupados para acolher a população de pessoas em condição de sem abrigo, tendo dado resposta a aproximadamente 220 nestas condições. Esta resposta caracteriza-se pela amplitude do seu público que inclui pessoas LGBTI+, pessoas com mobilidade reduzida, pessoas com animais, pessoas com consumos ativos de álcool e outras drogas. Para esta comunidade específica, e em articulação com projetos da sociedade civil, organizou novas paragens para duas unidades móveis de redução de danos:

a unidade do Programa da Associação Ares do Pinhal com o programa de baixo limiar de Metadona, apoiando cerca de 37 pessoas no centro; a Unidade Móvel de consumo assistido, do Grupo de Ativistas para o Tratamento (GAT) e Médicos do Mundo, garantiu o apoio no consumo vigiado a cerca de 25 pessoas por dia. Ambas as estruturas garantiram apoio social e de saúde para estes utilizadores, bem como disponibilizaram material de consumo, como seringas e cachimbos para o consumo fumado. A informação da redução da partilha de material de consumo, sendo desde sempre uma premissa de intervenção de redução de danos, é hoje, mais do que nunca, um salva-vidas, tendo em conta a debilidade física de algumas destas pessoas. O pioneirismo desta intervenção, que a torna um caso de boas práticas, é também ter tornado possível uma resposta de redução de danos para pessoas com consumos de álcool. Em estreita articulação com a Unidade de Alcoologia de Lisboa, da Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências, tornou possível, pela primeira vez, o apoio a cerca de 17 pessoas, garantindo um programa de redução de danos no centro, apoiados numa terapêutica de baixo limiar. Por último, foi garantida ainda a formação para utilização de *Naloxona*, medicação que permite reverter quadros de overdose. Assim, durante a pandemia cerca de 37 pessoas, entre pessoas que usam drogas e técnicos do centro de acolhimento, foram formadas em como utilizar esta arma terapêutica que pode salvar vidas. Até então, e ao contrário de outros países, o uso de *Naloxona* era apenas permitido a profissionais de saúde, reduzindo o alcance que a medicação pode ter em contextos de consumo (EMCDDA, 2020).

Quando os serviços de porta aberta reduziram horários, a redução de danos, no seu formato descentralizado, foi ao encontro das pessoas e reforçou a amplitude da sua resposta.

Países, como os Estados Unidos, onde a pandemia se sobrepõe a uma das maiores crises opiáceas já vividas, destaca-se agora também pelas mortes por overdoses com *fentanyl*. Nova York, não só aumentou as doses domiciliárias, como já acontece em Portugal, mas procedeu à entrega dessas mesmas doses em hotéis de isolamento

que acolheram pessoas utilizadoras de substâncias (Knopf, 2020).

Os contributos da redução de danos, oriundos do conhecimento e saber tácito e do conhecimento científico, estão associados a uma forte componente de ativismo e *advocacy* que reforça a questão da autodeterminação do sujeito que usa drogas. Essa dimensão política da intervenção em redução de danos é essencial, e o momento que vivemos tem também de ser acompanhado por reflexões sobre o seu futuro após a pandemia (Wolfe, 2020). Muitos dos projetos espalhados pelo mundo, encontram-se integrados em redes de expressão internacional e continental. É disso exemplo o trabalho da *Correlation Network*, que na Europa serve de plataforma de participação de muitas organizações que trabalham nesta área e, de forma única, aumentam o alcance da sua participação pública, política e cívica para com as pessoas que usam drogas. Num manifesto a que chamaram, “A redução de danos deve continuar: posição das redes europeias de redução de danos com relação ao covid-19” (Correlation Network, 2020), garante-se que chegaria às organizações europeias de forma organizada o que estava descrito em muita da literatura produzida neste período de pandemia. Realçando 10 pressupostos de intervenção:

- Garantir a continuidade e sustentabilidade da redução de danos e outros serviços de baixa exigência para PUDs durante a epidemia COVID-19.
- Fornecer financiamento adequado para redução de danos e outros serviços de baixa exigência e fornecer equipamento adequado para proteger funcionários e clientes contra infeções (sabão, desinfetante para as mãos, máscaras descartáveis, lenços de papel etc.).
- Reconhecer o papel importante e crítico da redução de danos e serviços de baixa exigência na pandemia de COVID-19 e abordar a situação vulnerável específica de PUDs e outros grupos relacionados.
- Desenvolver diretrizes e regulamentos específicos para serviços de redução de danos, com respeito à situação vulnerável de PUDs e grupos-alvo relacionados.
- OST e HAT devem ser mantidos e regulamentos para levar para casa devem ser estabelecidos ou

estendidos para que os pacientes tenham a oportunidade de vir para tratamento raramente em vez de semanalmente;

- NSPs devem fornecer às PUDs quantidades maiores de agulhas, seringas e outras parafernálias para minimizar o número de contatos;
- Os serviços de redução de danos devem fornecer material e informações de prevenção ao COVID-19 para funcionários, voluntários e utentes de serviços;
- Serviços de acolhimento, abrigos diurnos e DCRs devem aconselhar e apoiar PUDs em prevenção de infeções por COVID-19;
- A situação de saúde das PUDs deve ser monitorizada de perto. Se alguém apresentar sintomas, como febre e tosse, devem ser fornecidas máscaras faciais e um *check-up* médico;
- Abrigos noturnos precisam ser disponibilizados para pessoas que vivem em situação de rua, com separação entre aqueles que não estão infetados e aqueles que estão infetados e precisam de ficar em quarentena, mas não precisam de cuidados e tratamentos médicos específicos em hospitais;
- Os serviços grupais, como reuniões e consultas, devem ser cancelados e adiados até novo aviso ou organizado como serviços on-line;
- Os serviços de redução de danos devem estabelecer um ambiente de trabalho seguro e garantir que a equipa esteja bem informada e protegida contra infeções.

O DNA das intervenções em redução de danos, e consequentemente das práticas profissionais, é caracterizado pela promoção dos direitos das pessoas que usam drogas, garantindo a sua autodeterminação e participação na escolha de manter consumos ou escolher tratamento, mas também de as envolver nos processos, de promover mais e melhores políticas públicas para melhorar a sua condição de cidadãos.

Conclusão

Mais uma vez, a mimetização da relação entre serviço social e redução de danos, reforça a intencionalidade

deste processo de investigação de conhecer as práticas profissionais da redução de danos e aferir a emergência e consolidação das mesmas enquanto modelo de intervenção. A dimensão das práticas de *outreach*, do ir ao encontro do outro no seu espaço, aliada à ética do cuidado subjacente ao código de ética do serviço social, são uma interceção relevante de práticas profissionais que podem fazer a diferença no quadro dos direitos humanos. A esta reflexão acresce o importante facto de que a intervenção paliativa com pessoas que usam drogas, sendo que termo paliativo não deve ser lido apenas como o fim, mas como a gestão de um cuidado prestado, fez com que o pressuposto securitário das drogas deixasse de existir. Importa voltar ao conceito de trabalho social paliativo (Soulet, 2007) para aqueles que em situações de maior vulnerabilidade social necessitam de trabalho de capacitação e de uma ação *tailor made* por forma a garantir direitos. Trata-se de uma intervenção centrada na pessoa, com um problema social, mas também com potencial social em termos de resposta. O foco do serviço social paliativo, tal como na redução de danos, está na procura de uma resposta à situação da pessoa reduzindo os riscos da situação e permitindo um trabalho que garanta a minimização dos danos mantendo a pessoa inscrita na matriz das políticas sociais e na ética do cuidado, respeitando a autodeterminação da pessoa.

Bibliografia

- BAO, R., & Zhang, A. (2020). Does lockdown reduce air pollution? Evidence from 44 cities in northern China. *Science of The Total Environment*, 731. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2020.139052>
- BIGLER, M. O. (2005). Harm Reduction as a Practice and Prevention Model for Social Work. *Journal of Baccalaureate Social Work*, 10(2), 69–86. <https://doi.org/10.18084/1084-7219.10.2.69>
- BONNER, A. (Ed.). (2017). *Social determinants of health* (1.ª ed.). Bristol: Bristol University Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctt22p7kj8>
- CASTELLS, M. (2020, abril 18). Reset. *La Vanguardia*. <https://www.lavanguardia.com/opinion/20200418/48576108269/reset.html>
- CORRELATION NETWORK, E. H. R. (2020). A redução de danos deve continuar: posição das redes europeias de

- redução de danos com relação ao covid-19. Obtido 12 de Junho de 2020, de https://www.correlation-net.org/wp-content/uploads/2020/03/covid_position_por.pdf
- DUNLOP, A. *et al.* (2020). Challenges in maintaining treatment services for people who use drugs during the COVID-19 pandemic. *Harm Reduction Journal*, 17(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12954-020-00370-7>
- EMCDDA. (2020). *EMCDDA Trendspotter briefing I Impact of COVID-19 on drug services and help-seeking in Europe*. (June).
- Harm Redution International, & INPUD. (2020). We can't stop now: safeguarding funding for harm reduction during COVID - 19.
- INTERNATIONAL, H. R. (sem data). Harm Reduction International. Obtido 28 de Dezembro de 2019, de <https://www.hri.global/what-is-harm-reduction>
- KARAMOUZIAN, M., Johnson, C., & Kerr, T. (2020). Public health messaging and harm reduction in the time of COVID-19. *The Lancet Psychiatry*, 7(5), 390-391. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30144-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30144-9)
- KNOFF, A. (2020). *NYC Begins Home Methadone Deliveries. Will It Have Lasting Impact on the Rules?* Obtido 18 de Junho de 2020, de <https://filtermag.org/new-york-home-methadone-delivery/>
- LE BAILLY, D., & Courage, S. (2020, março 18). Edgar Morin : « Le confinement peut nous aider à commencer une détoxification de notre mode de vie ». *OBS*. <https://www.nouvelobs.com/coronavirus-de-wuhan/20200318.OBS26214/edgar-morin-le-confinement-peut-nous-aider-a-commencer-une-detoxification-de-notre-mode-de-vie.html>
- LOGAN, D. E., & Marlatt, G. A. (2010). Harm reduction therapy: A practice-friendly review of research. *Journal of Clinical Psychology*, 66(2), 201-214. <https://doi.org/10.1002/jclp.20669>
- MARLATT, G. A., & Witkiewitz, K. (2010). Update on Harm-Reduction Policy and Intervention Research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6(1), 591-606. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131438>
- MENDES, J. M. (2015). *Sociologia do risco: uma breve introdução e algumas lições*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra. <https://doi.org/10.14195/978-989-26-1066-5>
- NASA. (sem data). NASA Probes Environment, COVID-19 Impacts, Possible Links. Obtido de <https://www.nasa.gov/feature/nasa-probes-environment-covid-19-impacts-possible-links>
- OMS. (2020). WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020.
- ONU. (2016). 17 Objetivos para Transformar o Nosso Mundo. *Guia sobre Desenvolvimento Sustentável*, 1-38. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1411-4>
- PADBERG, C., & Stöver, H. (2018). *Better Treatment for Ageing Drug User*. Frankfurt: ISFF. http://www.betrad.eu/wp-content/uploads/2018/07/Betrad_assessment_report.pdf
- RODRIGUES, C. F. (2020). Pandemia, Desigualdade, Pobreza e o papel das Políticas Públicas. Obtido de Blog Areia dos Dias website: https://areiadosdias.blogspot.com/2020/06/pandemia-desigualdade-e-pobreza.html?spref=fb&m=1&fbclid=IwAR0aKTf_sMn86orBz_-LhMHfWtcapEqPQL-cBOplEoSWrqM4DcKdRjpm3YBY
- SCHWALBE, N., Lehtimäki, S., & Gutiérrez, J. P. (2020). COVID-19: rethinking risk. *The Lancet Global Health*, 2(20), 19-20. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30276-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30276-X)
- SOULET, M.-H. (2007). O Trabalho Social Paliativo: Entre redução de riscos e integração relativa. *CIDADES, Comunidades e Territórios*, 15, 11-27. <https://doi.org/10.7749/citiescommunitiesterritories.dec2007.015.art01>
- THE LANCET. (2020). Redefining vulnerability in the era of COVID-19. *The Lancet*, 395(10230), 1089. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30757-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30757-1)
- VAKHARIA, S. (2019). Harm Reduction Tips. Obtido 12 de Junho de 2020, de <https://harmreduction.tips/category/daily/page/2/>
- VARIOUS. (2013). *Professional Profile of the Outreach Worker in Harm Reduction*.
- WHO. (2016). Harm Reduction. Obtido 28 de Dezembro de 2019, de <http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/hiv/aids/policy/policy-guidance-for-areas-of-intervention/harm-reduction>
- WOLFE, D. (2020). 10 Lessons from HIV for the COVID-19 Response. Obtido 13 de Junho de 2020, de Open Society Foundations website: <https://www.opensocietyfoundations.org/voices/10-lessons-from-hiv-for-the-covid-19-response>
- ZAMBRANO-MONSERRATE, M. A., Ruano, M. A., & Sanchez-Alcalde, L. (2020). Indirect effects of COVID-19 on the environment. *Science of The Total Environment*, 728, 138813. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2020.138813>

RESISTIR – SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE EM TEMPOS DE PANDEMIA, O CICLO DOS 30 ANOS⁶

Sandra Mendes
Guilherme Gomes Ferreira

Resumo

A Covid19 levou a que, em março 2020, várias profissões se reorganizassem a nível global. O estado de pandemia declarado incentiva à implementação de várias medidas de contenção da propagação do vírus. Home Office, lay-off, quarentena, obrigatoriedade em permanecer na residência e adoção de material de segurança e proteção individual como máscara, luvas, desinfetante e roupas apropriadas, remeteram à reconfiguração de dezenas, senão centenas, de profissões. O serviço social, tal como em 1918-19, posiciona-se como uma das profissões que não pode confinar-se devendo cumprir o mandato profissional de intervir em situação de crise.

Este trabalho inicia com a reflexão acerca do tricasamento que se realiza em sociedades neoliberais entre serviço social, saúde e capitalismo, demonstrando a importância em se adotar uma perspetiva ecológica dos fenómenos sociais. A revisitação histórica acerca do papel do Serviço Social aquando da pandemia pneumónica evidencia a relação existente entre comunidades e crises na saúde pública, demonstrando como as medidas atuais nada são senão readaptações de medidas passadas, agora com o acréscimo da tecnologia. Através de uma reflexividade a partir de conhecimento e saber situacional e abstrato, denunciámos os efeitos de uma governação estatal ultraneoliberal para a práxis do serviço social no Brasil. Chama-se a atenção para a necessidade de reconfigurar a relação de confiança no âmbito do serviço social, e para as implicações diretas para a intervenção social na falta de material de segurança, nomeadamente na área da saúde. Conclui-se, que tal como em 1918, o

serviço social deve seguir uma perspetiva radical, para a capacitação das comunidades, com o fim último de estas se empoderarem.

Palavras-chave: Serviço-Social; Saúde; Pandemia; Brasil;

Serviço Social, Saúde e Capitalismo – A razão da tríade

A intervenção social em períodos de crise não é uma realidade nova, bem como não o são as pandemias. O Serviço Social, mais especificamente, está familiarizado com as intervenções em crise, uma vez que uma instância da sua prática repousa sobre práticas emergenciais, muitas vezes associadas a respostas mais assistencialistas num primeiro momento. Independentemente dos motivos associados a esses períodos, estes são sempre átimos para uma profissão reinventar-se e desafiar a sua práxis.

A crise global iniciada em 2007 associada à bolha imobiliária, durante a qual os bancos concederam empréstimos a famílias sem fundo de garantia, culminou com a Europa do Sul a ser o epicentro da crise capitalista em 2012. As políticas sociais paralisaram para se priorizarem políticas de austeridade endereçadas ao crescimento económico, ideologicamente associadas ao mundo neoliberal. Assistimos à precariedade laboral, ao exacerbar das desigualdades, a uma passagem ténue da fronteira entre classe média e classe baixa, sendo o seu desfecho uma hipérbole entre ricos e pobres. Em 2020, a Europa (nomeadamente do Sul) volta a ser um epicentro, agora associada ao rápido crescimento de contágio e mortalidade devido à Covid-19. Enquanto se começam a criar critérios no âmbito da saúde para salvar vidas em detrimento de outras e se confinam os cidadãos ao seu ambiente residencial, o Brasil assiste, com receio que o Atlântico não seja suficiente para o tornar uma exceção. Se até aqui se associava Serviço Social em tempos de crise, meramente a uma crise financeira, hoje acrescenta-se a esta fórmula a dimensão da saúde.

6 O texto é escrito ao abrigo do acordo ortográfico.

Quando Teixeira (2020) se referia ao entendimento consensual da gerontologia social acerca do envelhecimento humano como sendo um fenómeno biopsicossocial, ainda não sabia, que daí a poucos dias, se assistiria à escala global, a uma elevada taxa de mortalidade associada à terceira idade institucionalizada por contágio de um vírus potencialmente mortífero. Esta realidade deve remeter o nosso entendimento acerca dos fenómenos sociais como o envelhecimento, para um prisma ecobiopsicossocial, onde o ecossistema onde ocorrem os fenómenos é tido também como um fator determinante. Como refere Iamamoto (2019), vivem-se tempos de grande regressão conservadora em favor dos interesses do grande capital produtivo e financeiro, sendo esses mesmos interesses que permeiam as decisões de um poder Estatal. A autora demonstra, a partir da realidade do Brasil, as evidências que confrontam deveres democráticos com eliminação de direitos conquistados. Este cenário neoliberal fragilizou o precário funcionamento dos sistemas de saúde (particularmente os públicos), bem como os modelos de providência social, agora imperativamente necessários para não deixar ao abandono as sociedades humanas tal como as conhecemos.

Numa nota a 17 de março de 2020, os Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS, Brasil) denunciam a sobrecarga dos equipamentos de saúde devido à situação atual, camas cheias, hospitais superlotados, longas filas de espera e ausência de estruturas para enfrentar a pandemia, reivindicando a revogação da Emenda Constitucional nº95 que congelou os gastos relacionados ao setor da saúde e a necessidade urgente em manter uma defesa radical do SUS, denunciando o fracasso do sistema capitalista. É reiterado o papel dos assistentes sociais como fulcral na gestão dos tempos pandémicos, ao mesmo tempo que as suas intervenções podem frequentemente encontrar-se perante dilemas éticos. A falta de equipamentos de proteção, como o recurso às tecnologias recoloca em cima da mesa uma reconfiguração profissional, que se espera não ser permanente, mas que com certeza será longa.

O serviço social hospitalar e a pandemia Influenza de 1918 - Lições do passado

No primeiro volume editado pelo Serviço Social Hospitalar em 1919, durante a pandemia pneumónica de 1918 (gripe espanhola também conhecida por Influenza), Harris (1919) denuncia a escassez de informação sobre a situação de infetados e da doença real em Nova Iorque, "...the facts coming to our notice would seem to indicate that the reported cases were about 18% or 20% of the total number in the community" (1919, p.3). Tal como na atualidade, o autor alerta para a margem de erro a ter em atenção no que respeita os números de infetados e mortes, uma vez que na emergência da Influenza se diagnosticaram, de forma errónea, brônquio-pneumonias e tuberculose. A mortalidade associada a este vírus, em 1919, elevava-se segundo Harris (1919), a 2% da população em pouco mais de três semanas. O maior problema previsto desta taxa de mortalidade estava intimamente relacionado ao número de órfãos que se iriam encontrar derivados da epidemia, e a potenciais infetados sem tratamento em contexto domiciliário.

O desconhecimento estatístico real, longe da era tecnológica e digital, leva a que o autor assinala a necessidade de se realizarem investigações empíricas para melhor se conhecer a realidade vivida nas comunidades. Através de um trabalho em parceria entre profissionais de saúde e as forças policiais, ativaram-se agentes para realizarem visitas domiciliárias identificando potenciais casos de gripe espanhola e ou pneumonias para posteriormente se realizarem encaminhamentos para centros de serviços sociais e se realizassem as devidas intervenções em resposta às demandas.

It will be ascertained by the social service worker whether children have been left fatherless or motherless; and further, whether any of the members of the families which have suffered from influenza are in need of medical attention, and earnest effort will be made to persuade these people to come to the social center nearest their homes, so that they may receive a medical examination by a physician assigned to such

centers at certain hours during the week, for one, two or even more sessions. These centers, by the assignment of doctors, nurses and equipment, become after-care clinics for the time being. (Harris, 1919, p. 6)

Segundo Harris (1919) e Cannon (1919), numa sociedade patriarcal industrializada, a doença e a morte de assalariados e donas de casa trouxeram a agudização do suprimento alimentar e da miséria. Os problemas vivenciados na pandemia não eram novos, e o serviço social hospitalar estava familiarizado com esses casos. Durante a epidemia, comunidades inteiras tornaram-se grupos mais ou menos organizados por assistentes sociais da saúde que haviam sido sensibilizados para os cuidados a ter para prevenir a contração da doença. Os assistentes sociais estavam incumbidos de elaborar folhetos informativos sobre cuidados pessoais e de higienização com o fim de evitar um maior contágio e distribuí-los pelas famílias aquando visitas domiciliárias com o fim de identificar os problemas que assolavam os indivíduos em tempos de epidemia.

Cannon (1919), interessou-se por saber o que os assistentes sociais com formação haviam contribuído e aprendido com a crise na história da saúde pública. A autora evidencia como em Nova Iorque, devido à escassez de médicos e enfermeiros (que ou se encontravam em serviço militar devido à primeira grande guerra, ou teriam sucumbido ao próprio vírus), os assistentes sociais hospitalares asseguraram as enfermarias⁷.

The story of Bellevue in those days is an epic in itself. Besides nursing, the social workers handled the problem of getting information for visitors, admitted relatives of the dying, etc. They helped tag the dead for identification, they secured convalescent care for children, and shelter for well children whose parents were in hospitals. (Cannon, 1919, p. 16)

Os cuidados domiciliários, ao nível da saúde, estavam entregues à enfermagem, pelo que muitos profissionais foram dispensados para esta função, assim como os próprios assistentes sociais. Como constata Cannon (1919, p. 17), “Starting with a communicable disease, the situation rapidly developed urgent need for care of the sick in hospitals and their homes, for care of children whose parents were sick, for convalescent care, for burial arrangements.”

As comunidades reorganizaram-se para responder às necessidades das famílias, através de um trabalho de capacitação e capitalização dos seus próprios recursos, com o intento de controlar a situação epidémica, “..here to the community health work that the Red Cross Home Service Section has made throughout the country along more general lines; that is, the stimulation and guidance of local forces toward conscious, organized effort and self-help” (Cannon, 1919, p. 18). Para a autora, a resistência que se construiu face à epidemia deixou muitas comunidades integradas num plano de acompanhamento estatal, sendo a Influenza uma realidade que estimulou a organização de reservas para desastres, com um plano de emergência, onde essa organização era ausente.

Ainda que os autores mencionem que um dos efeitos da gripe pandémica esteja associado a uma sociedade americana mentalmente desmoralizada (quer pelo desastre de saúde pública, quer pela guerra), apenas uma pequena referência é feita no que respeita a intervenções a esse nível. O departamento americano de saúde e recursos humanos reitera, no seu plano de gripe pandémica de 2005, que num momento como o da pandemia de 1918, são necessários assistentes sociais, psiquiatras, psicólogos e enfermeiros, com orientações para providenciar suporte psicológico a pacientes, mas também, ao pessoal hospitalar.

2008 – O ano de alerta de Philip Rosoff para o Serviço Social resistir à Pandemia de 2020

A história tem demonstrado uma tendência de surgimento de pandemias num ciclo entre 20 a 30 anos. Rosoff evidencia, em 2008, como a gripe

7 Não se olvide que a formação em Serviço Social e Enfermagem da época era muito similar.

pneumónica (1918) conseguiu, no entanto, ser a mais perigosa desde a peste negra no século XIV, pela rapidez de contaminação e dificuldade em controlar a sua disseminação (lembre-se que esta gripe matou especialmente jovens adultos saudáveis). Nem o HIV-SIDA, para o qual não se encontrou ainda uma cura, matou tantos indivíduos de forma tão fugaz, quanto o que aconteceu em apenas alguns meses em 1918, com mais de 50 milhões de pessoas cuja morte estava associada à gripe espanhola e às suas complicações (Barry, 2004; Starr, 2006; Taubenberger & Morens, 2006; Rosoff, 2008).

Rosoff (2008) analisa a epidemia da SARS no Canadá, demonstrando a importância da saúde mental e emocional quer para pacientes quer para profissionais de saúde. Efetivamente, uma pandemia tão mortífera quanto as que se conheceram e a que se atravessa hoje, desafia a capacidade humana em lidar com desastre e morte, quer entre utentes, quer entre pares. No caso SARS ficaram evidentes os efeitos devastadores dessa vivência epidémica a longo prazo, nomeadamente no que respeita ao stress pós-traumático (Baie et al., 2004; Wong et al., 2005; Lin et al., 2007; Rosoff, 2008). Em situações de desastre, assistentes sociais, psicólogos e psiquiatras, devem estar preparados para intervir, quer na situação em crise, quer no pós crise, para a manutenção do bem-estar social e mental de pacientes, profissionais e famílias.

Em 2008, Rosoff apontava para o risco de uma pandemia estar a chegar, nomeadamente através da mutação genética da SARS. Nesta previsão o autor procura, a partir do passado, pensar em como deve a população estar preparada para lidar com um serviço nacional de saúde sobrecarregado e para a proibição de cultos associados à morte, e a possível obrigatoriedade de cremação de corpos e de recolhimento obrigatório da população. Na epidemia da SARS em Taiwan e Toronto a literatura apontou para a recusa de profissionais de saúde (especialmente enfermeiros) seguirem o seu mandato profissional, tendo como razão principal o medo e o risco real de se exporem a pacientes infetados com o vírus e/ou poderem eles próprios serem agentes de contaminação (Ruderman et al. 2006; Loeb et al., 2004;

Shiao et al. 2007). De acordo com Rosoff (2008), esta postura revela-se como um dilema ético, não só para profissionais de saúde, mas também para assistentes sociais, “does an ethics of professional responsibility override one’s other life obligations (to family, community, friends, oneself)? The Code of Ethics is silent on this matter” (Rosoff, 2008, p.56). O autor sugere que numa pandemia futura como a que se conheceu nos quase meados do século XX, fenómenos de discriminação e marginalização tornar-se-iam mais visíveis, pelo que os assistentes sociais teriam que afinçar a advocacia para garantia de direitos de quem a voz mal ou nada se ouve. O papel dos interventores será duplo, o de servir e proteger os mais vulneráveis, mais (in)visíveis.

Similaridades empíricas na 1ª vaga pandémica de 2019 – Serviço Social numa unidade de saúde familiar do Brasil

Enquanto que teóricos brasileiros afirmam que a crise que experimentamos não é culpa do novo coronavírus, mas do sistema económico sobre o qual esse vírus assenta (Mascaro, 2020; Gouvêa, 2020), percebemos, através das intervenções sociais, que a prática é mesmo, como diz a afirmação marxista, “critério da verdade”, e a partir dela o pensamento teórico é comprovado (Marx, 1982). As análises que faremos sobre essas experiências práticas consistem na intervenção profissional do serviço social numa instituição de saúde brasileira, nomeadamente numa unidade de saúde familiar.

Evidentemente existem diferenças importantes a respeito de como Portugal e Brasil têm enfrentado esta crise pandémica mundial, especialmente se considerarmos a maneira como construíram na história os seus sistemas de proteção social e as estratégias que os seus governos têm executado agora – tendo o governo português um projeto socialista e o brasileiro um projeto atualmente denominado como ultraneoliberal, refletindo-se diretamente na vida concreta dos sujeitos; enquanto Portugal fechou as suas fronteiras e o seu comércio com alguma antecedência (o que permitiu a estabilização do número de mortes,

que é pouco mais de 1.500 no primeiro semestre de 2020), o Brasil tem, em junho de 2020, mais de 50 mil mortes e mais de um milhão de casos confirmados – levando em consideração a alta subnotificação e a tendência ainda crescente desses números, já que o país ainda não atingiu o pico pandêmico.

Sobre esses números, reitera-se uma análise mais minuciosa: o primeiro caso de covid-19 ocorreu em Portugal em 2 de março; no dia 13 de março o país declarou estado de alerta e as escolas fecharam dia 16, com o país contabilizando 331 casos e uma morte. Naquele mesmo dia 16, as fronteiras com a Espanha foram fechadas. No Brasil, o primeiro caso ocorreu em 26 de fevereiro e o estado de calamidade pública entrou em vigor quase um mês depois, a 20 de março; o fecho de escolas e do comércio ficou a cargo de cada estado e município e há, desde então, intenção de flexibilização da quarentena por parte do Presidente da República, cuja opinião é a de que os governadores dos estados “exageraram”. Além disso, em 6 de julho de 2020, Jair Bolsonaro, que ocupa a Presidência da República no Brasil, determinou que não fossem mais divulgados os números totais de contaminação e morte por covid-19, num ato claramente autoritário e fascista. Esses números, que já eram subnotificados dada a pouca testagem realizada no território nacional, agora passam a ser também escondidos embora sejam contabilizados por secretarias estaduais e órgãos da sociedade civil.

O governo brasileiro tem, assim, constantemente tencionado a flexibilização da quarentena e defendido com mais empenho a economia no lugar de defender a vida das pessoas (o que se coaduna com o projeto político ultraneoliberal que rege o país). Essa atitude revela um projeto de sociedade obscurecido: o da necropolítica (Mbembe, 2011), que trata algumas vidas como se não tivessem importância e que radicaliza a precariedade de populações que já antes viviam de maneira precária, inseridas em trabalhos informais, mal pagos e sem acesso a direitos trabalhistas. Muitas dessas pessoas, que já mal vivem, sobrevivem hoje sem rendimentos, aumentando o contingente populacional que requisita auxílios e

benefícios socioassistenciais, insuficientes e que não atendem todos aqueles que demandam um direito de cidadania estatal⁸. Essa situação contemporânea também tem levado muitas pessoas no Brasil a ficarem desalojadas por falta de meios de subsistência que lhes garanta uma habitação, agudizando um fenômeno já bem instituído no Brasil, relativo à população de pessoas sem abrigo – sujeitos que vivenciam uma avalanche de ruturas socioeconômicas, destacando-se os vínculos familiares fragilizados e/ou o sofrimento psíquico e não possuindo retaguarda. Em algumas cidades do Brasil, esse aumento de pessoas sem abrigo chegou a 25% durante a pandemia do covid-19 (Brasil, 2020).

Na unidade de saúde familiar – instituição mais próxima das pessoas, localizada nos territórios e cuja natureza é justamente cuidar das demandas que surgem no interior das famílias e das comunidades – percebemos o nítido e crescente aumento da população em busca de orientações sobre como aceder a políticas sociais de transferência de rendimentos; a des e subnutrição aumentaram, tornando-se mais comum no diálogo das pessoas atendidas a evidência de escassez de alimentos em casa, existindo apenas água e bolachas; também as notificações de tentativa de suicídio e outras violências autodirigidas aumentaram, já que a esperança e a perspectiva de futuro diminuíram. É escandaloso, por um lado, que um médico tenha que decidir entre salvar uma vida e não a outra em razão da escassez de recursos hospitalares; por outro lado, não é escandaloso que inúmeras famílias percam as suas possibilidades e esperanças (Yazbek, 2012) e lentamente

8 Mais de 42 milhões de brasileiros solicitaram auxílio emergencial (destinado a famílias que perderam o emprego durante a pandemia ou que estariam habilitadas por critério de rendimento) e tiveram o pedido negado pelo governo desde o início da pandemia do novo coronavírus. No entanto, a contradição também reside no fato de que as classes A e B tiveram 69% dos pedidos pelo benefício aprovados, enquanto taxa foi de 61% nas favelas. Além disso, 72% dos moradores de favelas brasileiras tiveram padrão de vida ainda mais rebaixado durante a pandemia. Esses dados são de pesquisa inédita do Instituto Data Favela, ainda em fase de publicação (Folha de S. Paulo, 2020).

mendiguem até à morte em razão da falta de recursos socioassistenciais.

Os assistentes sociais, que jamais deixaram de participar da “linha de frente” no combate ao novo coronavírus – atuando em diferentes instituições essenciais para a sociedade (sobretudo as instituições de saúde e de ação social) – defrontam-se com o velho desafio de *gestão da pobreza*, essa velha arma dos dominantes para controlo dos desvalidos. Por outras palavras, são convocados a responder ao aumento da pobreza e à radicalização da precariedade com recursos ínfimos e informais, especialmente considerando a diminuição do atendimento noutras instituições que não foram consideradas essenciais no período de quarentena (trata-se de exemplo dessa realidade, instituições ligadas ao poder judiciário).

Alguns exemplos dessa realidade remetem-se para a dificuldade em mediar os interesses das pessoas atendidas com as instituições sociais. A política previdenciária, por exemplo, passou por uma completa “virtualização” nos últimos anos. Os serviços deixam de atender pessoalmente ao público para se tornarem serviços digitais. Além de as pessoas mais pobres não conseguirem mais ter o seu acesso (por carência de computadores ou Internet nas suas casas), as plataformas digitais apresentam constantemente instabilidade e erros na concessão de auxílios e benefícios previdenciários. As linhas telefónicas não atendem os usuários e as pessoas veem-se obrigadas a solicitar apoio da justiça para obterem seus benefícios, o que é intensamente moroso. A função do assistente social, nestes casos, passa a ser a de mediador entre pessoas, realização de contatos para colegas de profissão nos diferentes setores da política social para facilitar um acesso que deveria ser universal e sem interposições que podem conectar-se a moralidades e subjetividades individuais.

Também é importante notar que, embora os assistentes sociais permaneçam nessa linha da frente, encontram-se frequentemente em condições de desproteção laboral, contando com poucos equipamentos de proteção individual e exercendo o trabalho social em situações de risco já que não deixaram de realizar ações importantes, tais como a visita domiciliária. Na unidade de saúde familiar, sobre a

qual repousa a realidade empírica para a reflexão que aqui se apresenta, observamos que apesar de os equipamentos de proteção individual serem oferecidos pelo serviço de saúde e a orientação ser a de uso obrigatório, momentos existiram em que se interromperam atendimentos por escassez desses mesmos materiais de proteção; as máscaras utilizadas pelos assistentes sociais são as mais simples (do tipo cirúrgicas, sem filtro e tripla proteção), além deles não terem contado com protetor facial no primeiro trimestre da pandemia. A distribuição de máscaras foi racionalizada (os profissionais médicos e enfermeiros foram orientados a trocar de duas em duas horas, mas a orientação foi diferente no que à equipe psicossocial diz respeito, uma vez que frequentemente realizaram turnos de quatro a cinco horas com o mesmo material).

A desproteção laboral também aparece durante as visitas domiciliárias. Muitos serviços optaram por não as realizar, mas percebendo a agudização das refrações da questão social nesse momento pandémico, os assistentes sociais veem-se perante um conflito ético, nomeadamente o de não poderem interromper visitas domiciliária às famílias mais necessitadas (cada situação foi estudada individualmente). Os assistentes sociais não obtiveram máscaras mais sofisticadas (do tipo N95/PFF2), nem outros materiais de proteção individual). Perante estes momentos de incerteza e de resistência profissional e cidadã, as equipes de intervenção social ficaram mais frágeis e suscetíveis à realização de juízos de valor, associado ao medo de contaminação (assim como os usuários do serviço apresentaram mais receio em sair na rua e desenvolveram síndrome de pânico diante da pandemia). Durante todo o momento pandémico, outros núcleos profissionais se negaram a participar em escalas de equipe com medo do risco de contrair o vírus (como, por exemplo, a realização da pré-triagem de pacientes com sintomas respiratórios e pacientes sem sintomas), ficando essa tarefa centrada, na maioria das vezes, às equipes compostas por enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais.

Esta realidade remete para a necessidade urgente de uma reconfiguração reflexiva de uma das ferramentas mais importantes em Serviço Social, a criação de relações de confiança entre os profissionais

e as pessoas com quem trabalham. A questão predominante remete para a gestão das emoções e gestão racional, ou, para uma decisão mais ou menos equilibrada entre a gestão da liberdade no exercício profissional e a gestão da segurança individual e comunitária.

O novo cenário mundial requer, com mais vigor, que os assistentes sociais sejam detentores, não apenas dos recursos socioassistenciais disponíveis para saciar as necessidades mais imediatas da população – neste caso, a fome – como também, de uma capacidade de elaborar análises éticas, políticas e teóricas em conjunto com a população atendida. Vale recordar que, apesar de muitas vezes a nossa identidade profissional atribuída (Martinelli, 1989) ser reificada como meramente técnica pelas equipas profissionais (como um profissional “fazedor” ou executor de políticas, que encaminha as pessoas para a rede socioassistencial e aciona recursos e benefícios disponíveis, já que essas são as necessidades mais imediatas), a profissão do Serviço Social tem uma razão muito mais radical (o que significa “tomar a coisa pela raiz” segundo a elaboração marxista) neste momento em que lida e enfrenta a covid-19: é imperativo contribuir para a construção da consciência de classe da população atendida e na elaboração de saídas coletivas e democráticas para o momento que vivemos, em oposição à responsabilização individual própria da razão neoliberal.

Poucas vezes o capitalismo foi tão patentemente mortal e suas contradições e limites estiveram tão explícitos. A piora das condições de vida e o literal encaminhamento da classe trabalhadora à morte – de covid ou de fome – tem potencial de catalisar as gigantescas lutas e resistências cotidianas de maneira mais organizada [...]. Eis, portanto, nossa tripla tarefa histórica na disputa que se dará no bojo desta reorganização: o combate ao desenvolvimentismo como concepção estratégica ou tática na luta socialista; o combate à noção de “homem universal” e ao não reconhecimento da concretude capitalista e da classe trabalhadora; o desafio de construir novas formas de organização condizentes com a nova realidade capitalista, sem

jogar fora a experiência histórica, mas sabendo criticá-la e superá-la (Gouvêa, 2020, p. 26).

Se o recrudescimento da desigualdade e da desproteção social característicos do capitalismo (e agora expostos pela pandemia) produz miséria e desespero, o mesmo momento também produz as condições históricas para a revolta e para a resistência. Um exemplo mundial desta afirmativa têm sido as manifestações em torno do assassinato do homem negro norte-americano George Floyd, asfixiado por um policial. A onda de protestos em massa nos Estados Unidos contra a repressão policial está bastante conectada ao momento histórico e não diminuiu nem mesmo diante desta pandemia e do fato de os Estados Unidos serem um país campeão em número de mortes e de contaminação. A mesma realidade é observável em França com o movimento dos coletes amarelos, em Espanha com as marchas pela igualdade das mulheres no dia 8 de março, mas também em Portugal com as incidências que foram acontecendo associadas à luta antirracista. Está evidente, portanto, o cansaço dos dominados em terem as suas vidas tratadas como se não fossem vidas, como se não tivessem qualidade ou valor (Butler, 2006).

Até mesmo a organização coletiva foi atrapalhada pelo vírus, já que não é possível, como antes, realizar atividades coletivas com as famílias e comunidades. O desafio do Serviço Social nesses tempos foi, é e continuará a ser, por isso, encontrar outras formas de comunicação coletiva com os usuários dos serviços, tais como o acesso via plataformas digitais, o fortalecimento de meios de comunicação já existentes (como as rádios comunitárias) e a elaboração de materiais informativos sobre o funcionamento das instituições neste período histórico. Colocamos a título de exemplo alguns lares a norte do país que dispuseram de plataformas digitais para facilitar a comunicação familiar dos idosos, ou a criação de alternativas como cortinas de abraços, que permitissem o toque sem a possibilidade de contato e sensibilidade física. É importante que a profissão se aproprie das novas tecnologias sem esquecer da dimensão pedagógica e humanista que nos é constitutiva, de modo a que as nossas ações sejam

construídas a partir do conhecimento popular, que é parte da vida cotidiana (Heller, 1977). As limitações das tecnologias nas profissões sociais são imensas, no que respeita à intervenção social, esta deve ser considerada uma mais-valia na medida em que poderá permitir facilitar acessos, mas nunca substituir a racionalidade e emotividade humana. Ainda que as plataformas digitais (como o zoom, Skype, facebook entre outros) possam transparecer num primeiro momento um ótimo recurso num momento em que o contacto humano deve ser reduzido, num segundo momento esses mundos virtuais tornam-se incipientes pela ilusão social que deixam escapar. Não se olvide que as pessoas são animais sociais, e no que à realidade latina a culturização diz respeito, o contacto e a realidade real são bens essenciais. Não é de todo desejável que um conhecimento computacional substitua um conhecimento situacional.

Vale lembrar a importância histórica nesse momento das ações de monitorização e avaliação, que podem desenhar novas tomadas de posição criativas e resistentes pelas equipas multiprofissionais dos diferentes serviços sociais para enfrentar as expressões da questão social, agora acirradas.

Considerações finais

Assim como os assistentes sociais estão na linha de frente no combate do novo coronavírus, também as profissões mais precarizadas das sociedades estão nesta mesma linha de maneira desprotegida: um exemplo importante é aquele das categorias profissionais que passaram pelo processo de *uberização*, isto é, dos trabalhadores que prestam serviços a aplicativos de entrega de comida, motoristas de aplicativo, entre outros. Poderíamos citar aqui as trabalhadoras sexuais (cisgênero e transgênero), as empregadas domésticas e todos os trabalhadores que atuam na higienização ou na segurança de instituições públicas ou privadas; contingentes populacionais que sofrem com o subemprego, a informalidade e a precarização dos seus trabalhos e que, não por acaso, são em sua maioria pessoas muito pobres, negras e com baixo acesso à escolarização.

O aumento da precarização e do desemprego também se traduz no aumento da criminalidade (e, antes disso, da repressão policial violenta nas comunidades que já foram etiquetadas como “perigosas”), da revolta e da violência como expressões do desespero. O serviço social nesse contexto tem o desafio proeminente de defender que todas as vidas merecem ser vividas, desvendando – no campo académico e na intervenção – os mecanismos (in)visíveis que mantêm algumas populações em condições de subalternização. Nesse sentido, é compromisso ético-político do serviço social colocar-se ao lado dos dominados na luta por outro projeto de sociedade, não confundindo, parafraseando a célebre frase de Malcolm X, “a reação do oprimido com a violência do opressor”.

Certamente um governo pode evitar a violência e diminuir o número de mortes quando investe em política social e quando não escolhe salvar a economia em detrimento de salvar a vida dos indivíduos. Se toda a violência é mesmo a expressão trágica de necessidades não atendidas (Rosemberg, 2006), o que precisamos é de um estado máximo no domínio social como resposta ao desamparo e o de mudar realidades a partir do que se aprendeu com a história. Esta, no entanto, será uma utopia enquanto a ordem económica for a capitalista, mas será inatingível?

Bibliografia

- BAI, Y., Lin, C. C., Lin, C. Y., Chen, J. Y., Chue, C. M., & Chou, P. (2004). Survey of stress reactions among health care workers involved with the SARS outbreak. *Psychiatric Services, 55*(9), 1055-1057.
- BARRY, J. M. (2004). *The Great Influenza: The Epic Story of the Deadliest Plague in History*. New York: Viking Press.
- BUTLER, J. (2006). *Vida precária: el poder del duelo y la violencia*. Buenos Aires: Paidós.
- CANNON, M. A. (1919). Medical Social Work and the Influenza Epidemic. *The Hospital Social Service Quarterly, 1*(1), 15-21.
- Folha de S. Paulo (2020). *Em quarentena, 72% dos moradores de favelas têm padrão de vida rebaixado*. Retrieved Jun 20, 2020, from Folha de S. Paulo, web site: <https://cutt.ly/7uHHQOG>.
- GOUVÊA, M. M. (2020). A culpa da crise não é do vírus. In E. Moreira et. al. (Orgs). *Em tempos de pandemia: propostas para a defesa da vida e dos direitos sociais*. Rio de Janeiro: Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

- HARRIS, L. I. (1919). Epidemic of Influenza. *The Hospital Social Service Quarterly*, 1, nº1, 3-14.
- HELLER, A. (1977). *Sociología de la vida cotidiana*. Barcelona: Ediciones Península.
- IAMAMOTO, M. V. (2019). Renovação do Serviço Social no Brasil e desafios contemporâneos. *Serviço Social & Sociedade*, 136, 439-461. doi:10.1590/0101-6628.188
- KANANDA N. (2020). *Mais moradores de rua em Vila Velha*. Retrieved Jun 20, 2020, from Tribuna Online, web site: <https://tribunaonline.com.br/mais-moradores-de-rua-em-vila-velha>
- LOEB, M., McGeer, A., Henry, B., Ofner, M., Rose, D., Hlywka, T., ...Walter, S. D. (2004). SARS among critical care nurses, Toronto. *Emerging Infectious Diseases*, 10(2), 251-255.
- MARTINELLI, M. L. (1989). *Serviço Social: identidade e alienação*. São Paulo: Cortez.
- MARX, K. (1982). Teses sobre Feuerbach. In: Marx, K. & Engels, F. *Obras escolhidas em três tomos*. Tomo I. Lisboa: Avante! pp. 1-3.
- MASCARO, A. L. (2020). *Crise e pandemia*. São Paulo: Editora Boitempo.
- MBEMBE, A. (2011). *Necropolítica*. São Paulo: N-1 Edições.
- ROSENBERG, M. (2006). *Comunicação não-violenta: técnicas para aprimorar relacionamentos pessoais e profissionais*. São Paulo: Editora Ágora.
- ROSOFF, P. (2008). The Ethics of Care: Social Workers in an Influenza pandemic. *Social Work in Health Care*, 49 - 59.
- RUDERMAN, C. et al. (2006). On pandemics and the duty to care: whose duty? who cares? *BMC Medical Ethics*, 7(1), 5. doi.org/10.1186/1472-6939-7-5
- SHIAO, J. S., Koh, D., Lo, L. H., Lim, M. K., & Guo, Y. L. (2007). Factors predicting nurses' consideration of leaving their job during the SARS outbreak. *Nursing Ethics*, 14(1), 5-17.
- TAUBENBERGER, J. K., & Morens, D. M. (2006). 1918 influenza: the mother of all pandemics. *Emerging Infectious Diseases*, 12(1), 15-22.
- TEIXEIRA, Solange Maria. (2020). Envelhecimento, família e políticas públicas: em cena a organização social do cuidado. *Serviço Social & Sociedade*, 137, 135-154. doi:10.1590/0101-6628.205
- U.S. Department of Health and Human Services (2005). HHS Pandemic Influenza Plan, p. S3-8. Retrieved Jun 20, 2020, from CDC.Gov, web site: <https://www.cdc.gov/flu/pdf/professionals/hhspandemicinfluenzaplan.pdf>
- WONG, T. W. et al. (2005). The psychological impact of severe acute respiratory syndrome outbreak on healthcare workers in emergency departments and how they cope. *European Journal of Emergency Medicine*, 12(1), 13-18.
- YAZBEK, M. C. (2012). Pobreza no Brasil contemporâneo e formas de seu enfrentamento. *Revista Serviço Social & Sociedade*, 110, 288-322.

COMBATER O ISOLAMENTO DOS IDOSOS EM TEMPOS DE PANDEMIA⁹

Sara Melo
Joana Guedes
Óscar Ribeiro

Resumo

O contexto pandémico em que vivemos, provocado pela COVID-19, obrigou os Estados à definição de medidas limitadoras da livre circulação da população, particularmente de grupos de risco ou tendencialmente mais vulneráveis. De entre estes, destacamos as pessoas mais velhas residentes em estruturas residenciais ou na comunidade. Em razão da idade avançada ou de doenças crónicas debilitadoras da saúde, uma parte deste grupo encontra-se numa situação de maior vulnerabilidade à solidão e ao isolamento social. De salientar que muitas pessoas perderam as suas formas habituais de se conectarem com a família e/ou com as entidades provedoras de serviços sociais e de saúde. Neste sentido, a reflexão apresentada pretende dar conta das consequências deste isolamento imposto aos idosos no plano da saúde, e muito em particular na saúde mental. Tratando-se de um momento especialmente desafiante para a intervenção gerontológica, também o podemos entender como uma oportunidade para os profissionais combaterem os estereótipos etários que se reforçaram com a Covid-19; para alertarem para a necessidade de mensuração dos fenómenos da solidão e do isolamento social, repensando em intervenções cada vez mais ajustadas; e para exercitar o treino e a reflexão sobre a intervenção social em momentos de crise. Neste contexto, destacamos as intervenções mediadas pela tecnologia como um contributo a considerar nestes tempos (ainda) de incerteza que se vivem.

Palavras-chave: isolamento social; pandemia; envelhecimento.

⁹ O texto não é escrito ao abrigo do acordo ortográfico.

A pandemia do COVID-19 representa uma enorme crise global de saúde, com severas repercussões sociais e económicas, que está a obrigar a mudanças súbitas na vida das pessoas e dos sistemas sociais e de saúde, à escala planetária. Em Portugal, o primeiro caso foi registado a 2 de Março de 2020 e a 11 de Março de 2020 foi possível ver decretada a COVID-19 como pandemia pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Este acontecimento inusitado tem obrigado a uma contínua definição de estratégias tendentes à sua contenção. De entre estas, destacam-se o papel central das medidas de saúde pública, particularmente o isolamento, a quarentena, o distanciamento social e a contenção da comunidade (Wilder-Smith & Freedman, 2020). Tratando-se de medidas necessárias, não restam dúvidas que funcionam como importantes factores geradores de stress, mesmo para pessoas e famílias livres do vírus, com claras repercussões ao nível da saúde mental de indivíduos, sobretudo dos que se encontram mais isolados.

Se, efetivamente, as indicações emitidas diariamente pela Direção Geral de Saúde (DGS) foram tendendo a limitar a livre movimentação da população por razões de saúde pública, mais incisivas foram sendo relativamente às pessoas idosas residentes na comunidade, por se entender que o grupo dos mais velhos se encontra mais susceptível a efeitos gravosos decorrentes da Covid-19. Relativamente às Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI), as indicações DGS, emitidas por orientação n.009/2020 de 11 de Março de 2020, deixaram claro que “por motivos de saúde pública, não são permitidas visitas”, devendo as instituições “garantir os meios para que os residentes possam comunicar com os familiares, nomeadamente videochamada ou telefone” (DGS, 2020). Adicionalmente, o Governo decretou, com início a 16 de Março, a suspensão de atividades de apoio social desenvolvidas em Centros de Dia, devendo sempre que necessário ser garantida a domiciliação dos serviços. Face à evolução da situação epidemiológica do país, a DGS informou que as visitas às ERPIs podiam ser retomadas, a partir do dia 18 de Maio, desde que respeitado um conjunto de regras. Contudo, um mês depois, e

face ao surgimento de novos focos de infeção e a uma necessidade de maior controlo na propagação da doença, a DGS volta a recomendar a suspensão da realização de visitas aos utentes, caso existam situações de Covid-19 na resposta social. Quanto à abertura dos Centros de Dia, à data da entrega deste artigo (25 de Junho) continua suspensa. Estas medidas, dolorosas, mas necessárias, têm contribuído indubitavelmente para que as pessoas mais velhas se encontrem muito mais circunscritas nas suas oportunidades de interação social.

Para tentar atender aos efeitos mais nocivos desta pandemia, a OMS emite um conjunto de recomendações preventivas da saúde mental (WHO, 2020) dirigidas à população em geral, às famílias que enfrentam um confinamento nunca antes experimentado, aos profissionais que mais diretamente lidam com este fenómeno e que se encontram em posição privilegiada para atender às consequências mais imediatas desta pandemia, e a públicos específicos pela sua condição de maior isolamento ou vulnerabilidade. Porque a crise requer uma mudança de comportamento em larga escala, impõe-se, neste contexto, refletir sobre as consequências que a solidão e o isolamento social provocam nos mais velhos e sobre a ação dos profissionais que operam no campo da intervenção social com estes públicos. Serão elas importantes para delinear estratégias de intervenção que atenuem as ameaças que o vírus provoca ao nível da conexão social e dos relacionamentos sócio-emocionais de pessoas mais velhas.

Consequências do isolamento nos idosos

Na ausência de uma vacina eficaz contra o vírus, uma das estratégias mais eficazes para a prevenção da Covid-19 e para o retardamento desta pandemia reside na prática comportamental de distanciamento social, ou melhor, distanciamento físico. O termo “distanciamento social” pode implicar que é preciso cortar interações significativas, enquanto que o termo útil alternativo de “distanciamento físico” pode ajudar a destacar o facto de que a conexão social pode ser possível mesmo

quando as pessoas estão fisicamente separadas (Bevel *et al.*, 2020), designadamente pela mediação tecnológica. Contudo, como se sabe, a mudança de comportamentos, particularmente na esfera das interações sociais mais promotoras da proteção individual e da saúde coletiva, pode ser muito difícil.

Todos os seres humanos desenvolvem a necessidade intrínseca de se manterem conectados com outros, dando origem a que este distanciamento seja sentido como algo profundamente artificial e “antinatural”. Com a necessidade de se refugiarem em casa e com solicitações permanentes nesse sentido, muitas pessoas idosas perderam as formas usuais de se conectarem com as redes de suporte primário e com as entidades provedoras de serviços sociais e de saúde, passando a estar muito (mais) tempo sozinhas. Muitas das estratégias tradicionais para envolver os idosos tornaram-se obsoletas se considerarmos o “novo normal”. Locais de refeição, atividades sociais e de exercício físico, interações pessoais relacionadas com a saúde ou com atividades recreativas, compromissos voluntários e de emprego estão entre as oportunidades de envolvimento social suspensas (Berg-Weger & Morley, 2020). As instruções políticas no sentido do enclausuramento em casa, a opção pela entrega ao domicílio de compras ou medicamentos, e o evitamento de contactos com família e amigos têm efetivamente contribuído para um isolamento das pessoas, sem precedentes. Com efeito, este auto-isolamento necessário para reduzir a transmissão do vírus e minimizar a propagação do mesmo irá afetar desproporcionalmente as pessoas idosas cujos contactos únicos ou principais se situam fora do espaço doméstico, tornando prementes ações que possam contribuir para mitigar os seus efeitos nefastos (Armitage & Nellums, 2020). Estas estratégias de mitigação devem considerar, por isso, a morbilidade psicológica e psiquiátrica associada aos efeitos da pandemia. Dados recentes sobre a experiência do isolamento social e da solidão demonstram que a estrutura e o papel da rede social estão fortemente interligados com sintomas de ansiedade e depressão na população idosa em geral (Santini, *et al.*, 2020), não havendo dúvidas sobre a

relação entre a solidão, sobretudo dos que vivem sós ou são viúvos e o desenvolvimento da depressão geriátrica (Kabátová, Putekova & Martinkova, 2016). Contrariamente, as conexões sociais com um companheiro, uma família ou outros contextos coletivos aumentam as chances de sobrevivência em situações difíceis ou ambientes hostis e conduzem a uma percepção de gasto de tempo iminentemente gratificante por relação ao tempo passado sozinho (Hawkey & Cacioppo, 2010).

Enquanto seres sociais que são, os seres humanos depositam expectativas num ambiente social protetor para viver e prosperar. Por outro lado, as percepções de isolamento e solidão aumentam os sentimentos de vulnerabilidade e provocam deficiências na atenção, cognição, afeto e comportamento que afetam a morbilidade e a mortalidade pelo impacto que causam nos mecanismos genéticos, neurais e hormonais (Hawkey & Cacioppo, 2010). É inegável, igualmente, que a solidão e o isolamento estejam associados a um pior desempenho cognitivo em adultos mais velhos (Shankar, Hamer, MacMunn & Steptoe, 2013), desprovidos que se vêm de contactos promotores de estímulos vários, designadamente conversacionais. Acautelando-se o risco de cair numa generalização abusiva, será de prever que uma parte expressiva das pessoas mais velhas com vulnerabilidade física e patologias crónicas esteja confrontada com maior risco de enfrentar sintomas graves de Covid-19, estando também por isso altamente susceptível aos efeitos deletérios do isolamento. A vivência desta patologia e o distanciamento físico que provoca ameaçam agravar sentimentos de solidão e podem produzir consequências negativas na saúde a longo prazo (Bavel *et al.*, 2020).

A solidão enquanto “problema significativo de saúde pública”, principalmente entre os idosos mais sós, traz consigo implicações na qualidade de vida que decorrem de estados de saúde física e mental debilitados. Porém, as repercussões da solidão em razão da pandemia estima-se que possam estender-se a uma utilização mais acentuada dos cuidados de saúde, particularmente de consultas de medicina geral e familiar habitualmente tidas como a operacionalização de elos de ligação privilegiada entre os idosos e o sistema de saúde.

De facto, idosos mais sós poderão procurar a manutenção (e eventual compensação) das suas relações sociais com um médico por meio dessas consultas, atendendo à necessidade de interação e estímulo interpessoal. Além de minimizarem uma fonte potencial de sofrimento, a identificação e o direcionamento de intervenções para idosos sós pode diminuir significativamente as consultas médicas e, por inerência, os custos com saúde (Gerst-Emerson & Jayawardhana, 2015).

Apontamentos para reflexão dos profissionais

Reconhecer a heterogeneidade do “grande grupo de risco”

A reflexão e a intervenção gerontológica têm muito para oferecer durante esta crise, na perspectiva de minimizar os resultados negativos que lhe estão associados, e melhorar a saúde e a qualidade de vida das pessoas mais velhas. Contudo, quando falamos das pessoas mais velhas não podemos ignorar que a população idosa é muito heterogênea, desafiando o estereótipo etário que veio à tona com a Covid-19 (Swinford, 2020). Esta pandemia conduziu o público em geral a considerar a população idosa como um grupo monolítico e homogêneo, uma categoria vulnerável, potencialmente sorvedora de recursos úteis, necessitada de preocupações especiais ou estando a residir em ERPIs. A realidade, com efeito, é que se trata de um grupo com um conjunto muito diversificado de características e capacidades.

Já reforçamos que se trata de grupo especialmente vulnerável à solidão e ao isolamento social, na sequência de uma vulnerabilidade física crescente, da perda de entes queridos e, neste contexto, de políticas de confinamento altamente constrangedoras. Mas nem todos os idosos vivem a solidão e o isolamento social. Da mesma forma, não estamos a negar que o avançar da idade não esteja positivamente associado à gravidade da Covid-19 e à mortalidade desta doença. Contudo, esta relação está mais condicionada pela existência de doenças crónicas e sistemas imunológicos mais fracos, condições associadas à idade, mas

que não dependem exclusivamente da mesma. A associação imediata de que o aumento da idade cronológica significa uma diminuição necessária da saúde não se verifica linearmente. A título de exemplo, para um segmento surpreendentemente grande da população idosa americana, a idade cronológica não é um marcador relevante para entender, medir ou experimentar um envelhecimento saudável, sendo que qualidade de vida relacionada com a saúde varia amplamente em todas as faixas etárias (Lowsky, Olshansky, Bhattacharya, & Goldman, 2014).

Ao invés de assumirmos categorizações absolutistas, baseadas em estereótipos etários prejudiciais e redutores, torna-se útil reconhecer que a vulnerabilidade à infeção viral varia na população mais velha e que os adultos mais jovens também estão em risco. Por outro lado, não podemos deixar que generalizações abrangentes sobre o envelhecimento obscureçam o impacto da diversidade de papéis produtivos que muitos idosos continua(ra)m a assumir durante esta pandemia. São disso exemplo o apoio e suporte à família e aos netos, que uma parte dos idosos continuou a prestar, não obstante os potenciais riscos para a sua saúde; a confecção de máscaras e materiais de proteção individual; a resposta voluntária face às carências e necessidades atuais das comunidades, nomeadamente alimentares; e a intervenção direta no tratamento da doença. Atente-se, ilustrativamente, ao número de profissionais de saúde mais velhos que trabalham na linha da frente de combate a esta pandemia e o número de médicos reformados que responderam ao apelo de reforço do Sistema Nacional de Saúde. Estas contribuições reforçam a ideia de envelhecimento produtivo, conceito que se associa a uma perspectiva otimista sobre as capacidades dos idosos, valorizando os contributos e papéis por si desempenhados – seja em meio familiar, por via da transferência de tempo, translação de dinheiro e funções educativas, promoção social, trabalho sénior, ou mesmo no meio político (Gonçalves, Martin, Guedes, Cabral-Pinto, & Fonseca, 2006). Compete, pois, aos profissionais que intervêm neste campo gerontológico, enfatizar que a idade cronológica é um indicador pobre para caracterizar um grupo,

como também o é para lidar aprioristicamente com o vírus ou avaliar a contribuição (ou peso) para o bem comum neste período de crise.

Mensurar o isolamento social e a solidão em pandemia

A COVID-19 veio alertar para uma necessidade acrescida dos profissionais que trabalham na área da gerontologia dedicarem especial preocupação ao diagnóstico das situações de solidão e de isolamento social, uma vez que este treino, enquanto parte de uma avaliação contínua das necessidades dos idosos é frágil, e este conhecimento aprimorado poderia conduzir ao desenvolvimento e adaptação de intervenções baseadas em evidência, no tratamento destes fenómenos (Berg-Weger & Morley, 2020). Dados recentes do Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS), em parceria com a Administração Regional de Saúde do Norte (ARS Norte), revelam que 9 em cada 10 idosos em tratamento médico sofrem de solidão, ou seja, 91% dos idosos seguidos nos cuidados de saúde primários, sendo que um terço reporta mesmo níveis graves de solidão (Pimenta, 2019). Estes dados revelam que se trata de um problema endémico que requer estudo e diagnóstico contínuo e intervenções adequadas.

Num momento em que a maioria das pessoas experimentou solidão e isolamento social, será de melhor compreensão que estes fenómenos não se devam perpetuar num mundo pós-pandemia, principalmente quando nos reportamos a um público mais velho. Conhecendo os fatores que colocam idosos em risco de solidão e isolamento social, tais como viver em contexto rural, a idade avançada, morar sozinho ou em estrutura residencial, viuvez, baixo nível de escolaridade e rendimento, mau estado de saúde, baixo nível funcional, a falta de visão e a perda auditiva e falta de amigos (Savikko, Routasalo, Tilvis & Strandberg, 2005) torna-se possível pensar em intervenções que compensem as perdas que derivam de mudanças na vida social, eventos naturais ou mesmo das dificuldades originadas pelo próprio processo de envelhecimento. A título de exemplo, e sem qualquer pretensão a uma

análise exaustiva de possíveis instrumentos de rastreio comumente utilizados, sugere-se o uso da: (1) Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6), para avaliação do nível de apoio percebido e recebido por familiares, amigos e vizinho. Validada para a população portuguesa (Ribeiro et al., 2012), revela-se com elevado potencial para providenciar informação útil sobre as redes familiares e de amizade; (2) Escala de Recursos Sociais, que integra um questionário mais amplo de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos (OARS-Older Americans Resources and Services) e foi traduzido e validado para o português europeu (Rodrigues, 2008). Esta subescala dos recursos sociais avalia as redes sociais na sua extensão e qualidade e permite classificar os recursos sociais do idoso de totalmente insatisfatórios até muito bons; a Escala de Solidão da UCLA, que avalia a percepção do indivíduo sobre o sentimento de solidão que experiencia. Existe uma versão resumida (UCLA-USL-6) adaptada para a população portuguesa (Neto, 2014) que define que quanto mais alta for a pontuação final obtida, maior o nível de solidão da pessoa.

Para além destes instrumentos muito usados na prática gerontológica, torna-se fundamental analisar também as redes sociais virtuais potencialmente dinamizadas em período de confinamento e cuja manutenção se revela fundamental em tempos de incerteza. Acresce a esta avaliação também a identificação de pessoas-chave na rede de contacto (e.g., confidentes, elos de ligação à comunidade em período de maior confinamento, vizinhos) e, sobretudo, acautelar uma cuidadosa avaliação da frequência de contactos. Tipo, estrutura, extensão de contactos são fundamentais para uma avaliação cuidadosa da realidade social de cada idoso assim como, naturalmente, apurar o grau de satisfação com as mesmas e possíveis formas de a aumentar face aos recursos, designadamente tecnológicos, tornados disponíveis e/ou usados agora com outra mestria. Por último, distinguir a solidão, isolamento e solidão de quem também possa ter visto na pandemia a oportunidade para efectivamente estar só. Vejamos os idosos, pois, pela lente da heterogeneidade de vivências e sentires também.

Saber intervir em crise

Neste momento da história, aprender a trabalhar em complexidade será uma marca indelével de sucesso para todos os desafios que se possam seguir (Nissen, 2020), daí a importância de pensar criativamente sobre os papéis dos profissionais na área da intervenção gerontológica face a possíveis cenários de crise, tais como cenários de pandemias, terrorismo, catástrofes coletivas ou guerras.

Dado que vivemos numa era de eventos súbitos e imprevisíveis, potencialmente geradores de trauma, um melhor conhecimento sobre a intervenção em crise, uma eficiente utilização dos recursos disponíveis e um uso adequado de métodos de intervenção destinados a minimizar o dano psicológico, permitirá às pessoas a continuidade da sua vida com um mínimo de afectação e consequências posteriores (Pereira, 2015). Neste sentido, reveste-se de especial importância treinar os profissionais para avaliar as necessidades de uma comunidade ou contexto institucional em momento de crise ou desastre, o que pode ocorrer em várias fases: a fase de preparação – avaliando necessidades, fatores de risco e pontos fortes, fornecendo informação e educação sobre os processos de preparação, estabelecendo apoio para o plano de desastre, e organizando registos prévios de públicos potencialmente em maior risco; a fase de resposta ao desastre – fornecendo informação sobre abrigo e evacuação, resolvendo barreiras à tomada de decisão, avaliando o impacto junto dos públicos do deslocamento e realojamento, prestando atenção redobrada a públicos especialmente vulneráveis, como pessoas idosas ou com deficiência; a fase da recuperação do desastre – avaliando e tratando o stress pós-traumático, aferindo potenciais dificuldades financeiras, considerando as perdas da comunidade e construindo resiliência comunitária (Kusmaul, Gibson e Leedah, 2018).

A este respeito, pensamos que esta pandemia tornou claras as dificuldades dos profissionais de, em tempo real, intervirem para atender à multiplicidade de desafios que se impuseram e continuam a impor. Se considerarmos o crescente número de pessoas que enfrentam eventos traumáticos (desastres naturais, conflitos armados globais, refugiados,

etc), é importante ponderarmos os papéis profissionais em momentos de crise e nas respostas de recuperação necessárias, pois são óbvios os problemas sociais que se geram, como os problemas económicos, a destruição, a perda de rendimentos, de casa, de recursos comunitários, tornando uma crise num fenómeno multidimensional (Iravani e Parast, 2014).

No caso concreto da Covid-19, podemos enunciar, apenas a título de exemplo, algumas dificuldades sentidas pelos profissionais que trabalham junto de públicos mais velhos, neste período de crise inesperada: questões sobre a mudança de comportamentos protetores da saúde individual e coletiva; dificuldades na realização de planos de contingência definidores de regras sobre os procedimentos a adoptar em contexto de coabitação residencial; programas de intervenção no combate ao isolamento social, especialmente de pessoas idosas que vivem sós; acompanhamento e apoio às famílias afastadas dos seus entes queridos idosos; intervenções com pessoas idosas institucionalizadas que, privadas das visitas dos seus familiares se viram com a sua situação demencial e/ou depressiva agravada; dificuldades na contratação de recursos humanos preparados para trabalhar com pessoas mais velhas, dada a necessidade de recursos adicionais em situação de contágio ou devido às exigências do próprio trabalho de equipa em “espelho”; dificuldades ao nível da articulação concertada com entidades várias que operam em cenários de pandemia: segurança social, municípios, proteção civil, IPSS`s, hospitais, delegados de saúde, direcção geral de saúde, entre outras.

Se a pandemia do COVID-19 forçou o mundo a mudar a maneira como as pessoas vivem, aos profissionais são proporcionadas oportunidades para avaliar as suas respostas em tempos de crise, identificando lições a aprender e aprimorando estratégias de intervenção em vários campos, nomeadamente para enfrentar a solidão e isolamento social dos mais velhos.

Intervenções com idosos

Aos profissionais que operam no terreno, e que atendem às populações mais vulneráveis ao Covid-19,

são exigidas competências de criatividade acrescentadas para se manterem em relação com os seus pacientes ou clientes idosos e famílias, no sentido de que estes permaneçam conectados, aliviando a solidão, o isolamento social e a ansiedade. Deste modo, iniciativas de âmbito social ou na área da saúde pública podem reduzir o isolamento percebido, facilitando integração de redes sociais e participação em atividades comunitárias, protegendo assim o desenvolvimento de distúrbios afetivos (Santini, et al., 2020). Se já se havia sugerido que o uso da tecnologia por parte das pessoas mais velhas aumenta o conhecimento, suscita laços familiares mais estreitos e conduz a uma maior conexão geral com a sociedade (Delello & McWhorter, 2015), não restam dúvidas de que neste contexto as interações sociais são cada vez mais dependentes do uso da tecnologia, a qual traz benefícios para o bem-estar, principalmente aumentando o sentido de conexão com outras pessoas e com a sociedade em geral (Haslam, 2020).

Atendendo à pandemia da Covid-19, Zubatsky, Berg-Weger, & Morley (2020) aceleraram o desenvolvimento de telessaúde para fornecer apoio social e aliviar a solidão de pessoas idosas através

de atividades interativas. Partiram do modelo de uma intervenção psicossocial baseada em evidência, designada de “Círculo de Amigos”, inicialmente pensada para contextos comunitários presenciais, para promover a socialização entre pessoas idosas. O protocolo do grupo implicaria 12 encontros, durante um período de 3 meses, cobrindo áreas diversas, como referenciado na tabela 1. Embora inicialmente pensada como uma intervenção em grupo presencial, muitas pessoas revelavam não ter suporte económico, transporte ou apoio familiar para os levar para as sessões na comunidade. Apesar de reconhecerem desafios para os idosos destas intervenções on-line e barreiras ao uso da tecnologia para configurar serviços desta natureza na sua residência, os autores advogam que a incorporação das inovações tecnológicas na vida dos mais velhos é a chave para ajudar a prevenir o risco de mais solidão. Para minimizar essas dificuldades, reconhecem a importância do envolvimento do cuidador na facilitação dos processos e motivação dos seus entes queridos, sendo que o facilitador realiza a chamada telefónica inicial para o participante e o cuidador, antes do início do grupo. O Círculo de Amigos seria, neste

Tabela 1. *Adaptação dos grupos de Círculo de Amigos - da versão presencial para a Telessaúde (Zubatsky, Berg-Weger, & Morley, 2020)*

Tema	Atividades presenciais	Atividades de telessaúde
Artes criativas e actividades inspiradoras	<ul style="list-style-type: none"> - Visitas de/ou a artistas, músicos ou poetas - Participar em eventos culturais ou exposições de arte - Actividades em grupo como cantar, cozinhar, dança ou jogos - Criar uma obra de arte com colagens 	<ul style="list-style-type: none"> - Trazer os palestrantes convidados via vídeo; usar a caixa de diálogo para o feedback do grupo. Gravar os convidados para reproduzir mais tarde. - Mostrar fotografias de viagens ou de lugares únicos por onde se tenha viajado. - Criar um simples projecto em casa (com assistência do cuidador se necessário).
Exercícios em grupo e discussão de temas relacionados com a saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Caminhadas na natureza - Treino de Força e Equilíbrio - Dança - Hidro-ginástica - Yoga/Tai Chi - Exercícios leves/alongamentos 	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver uma rotina de exercícios em casa (no chão ou com cadeira) onde o facilitador possa demonstrar os mesmos virtualmente e em directo. - Partilhar terapias físicas/terapias ocupacionais através de vídeo com recomendações de exercícios.
Escrita terapêutica e partilha /reflexão	<ul style="list-style-type: none"> - Escrever, partilhar e reflectir sobre o passado, sobre os sonhos ou sentimentos de solidão - Trazer um diário ou escritos da semana anterior - Discussões sobre solidão, amizade e outros tópicos 	<ul style="list-style-type: none"> - Criar diários entre sessões (escritos à mão ou em computador). - Facilitador mostra citações inspiradoras ou passagens através de vídeo. - Participantes incentivados a escrever em blog experiências das suas vidas, fazendo um uso interativo dos escritos com outros.

sentido, uma escolha apropriada para optar pela telessaúde, em grande medida devido a poder melhorar a socialização na comunidade, facilitar a conversa em grupo e pela flexibilidade de incorporar atividades. Escrita terapêutica, artes criativas e exercícios físicos podem ser realizados no conforto de casa e os participantes podem reproduzir gravações de sessões para lembrar dicas e comentários do grupo.

Estes esforços conducentes ao uso da internet são mais bem-sucedidos quando as pessoas mais velhas são ajudadas, pelo que não só o acesso à internet, mas sobretudo o treino adequado para o seu uso, parecem apoiar o bem-estar e a conexão pessoal e social dos idosos vulneráveis, para além de melhorias cognitivas significativas ao longo do tempo (Morton et al., 2018). Neste sentido, importa considerar não só as disparidades no acesso às tecnologias, mas sobretudo a literacia digital, especialmente quando consideramos uma parte considerável dos idosos portugueses, reforçando a tese de que intervenções para promover conexões sociais possam ser particularmente benéficas para indivíduos com baixos níveis de educação (Shankar, Hamer, McMunn, & Steptoe, 2013). Por outras palavras, uma atenção especial e ajuda acrescida devem ser prestadas às pessoas menos familiarizadas com as tecnologias para que efetivamente o seu uso se torne amigável e se retire o devido proveito das conexões digitais (Bavel et al., 2020).

Um outro grande desafio é tornar as interações virtuais significativas, para alcançar e envolver os idosos que experimentam isolamento social. Acreditamos que as intervenções possam ter mais sucesso quando questionamos interactivamente os adultos mais velhos sobre os seus interesses, preferência e necessidades, quer seja por videoconferência para a construção de programas de aprendizagem virtual interativa (Hilton, Levine, & Zanetis, 2019), quer seja através de webcastings ao vivo e vídeos com interesse para reforçar as oportunidades de aprendizagem ao longo da vida (Botner, 2018). Usar as tecnologias de forma didáctica, aproximada aos interesses das pessoas e temporalmente síncronas, demonstra-se uma estratégia adequada para gerar empatia e

conexão. Contrariamente, o uso passivo de redes sociais pode não contribuir para o sentido de pertença e conexão social que as intervenções profissionais pretendem. O uso passivo do Facebook conduz mesmo a declínios no bem-estar afetivo (Verduyn, et al., 2015). É exatamente por esse motivo que é tão importante trabalhar com adultos mais velhos para ajudá-los a manter conexões baseadas em grupos. Encontrar a melhor maneira de fazer isso é um desafio em tempo de pandemia, mas precisa ser uma prioridade (Haslam, 2020).

Na perspectiva de reforçar a saúde das pessoas em tempos de pandemia, torna-se necessário pensar em estratégias e intervenções que incluam as dimensões sociais (e.g., assistência social e apoio familiar), psicológicas (e.g., acompanhamento através de psicoterapia on-line ou psiquiatria on-line) e físicas (teleconsulta médica), garantindo a prescrição de medicamentos para os pacientes que necessitem de continuidade de tratamento (Pereira, Oliveira, Costa, Bezerra, & Pereira, 2020). Do mesmo modo, a gestão de uma doença pode ser facilitada por meio da psicoeducação através da Terapia Cognitivo Comportamental (TCC). Mesmo que realizado on-line, um protocolo de tratamento contendo componentes da TCC demonstra reduzir sentimentos de solidão, depressão, ansiedade geral e preocupação, melhorando a qualidade de vida dos participantes (Käll, et al., 2020), podendo controlar melhor problemas psiquiátricos e psicossociais.

Mas as conexões sociais não se podem cingir apenas ao uso da tecnologia, sobretudo quando as pessoas não têm os recursos, a capacidade ou a confiança para a usar, tornando todo o processo de combate ao isolamento social ainda mais desafiador. Não podemos ignorar que esta crise se instalou de forma rápida e imprevista, não permitindo assegurar a preparação das pessoas idosas, nem mesmo dos profissionais e famílias, bem como a resolução de barreiras com a rapidez e velocidade necessárias. Importa considerar outras estratégias que garantam ligação entre pessoas idosas e as suas redes de apoio. Estas intervenções poderiam simplesmente envolver contacto telefónico mais frequente com outras pessoas importantes, família próxima e amigos, organizações voluntárias,

profissionais de saúde ou projectos de extensão comunitária fornecendo o apoio possível face a todo este isolamento imposto (Armitage & Nellums, 2020). Em suma, para além de actividades e contactos pessoais facilitados virtualmente através de dispositivos individuais e videoconferência e dos equipamentos de protecção individual dos profissionais em visitas ou na prestação de cuidados, passam a fazer parte da prática quotidiana de trabalho dos profissionais a realização de chamadas telefónicas diárias, a prestação de serviços de entrega ao domicílio, as visitas virtuais e por telefone a serviços de saúde, assim como a realização de um trabalho educativo de prevenção da saúde e de actualização de notícias (Berg-Weger & Morley, 2020). Já nos contextos residenciais, como as famílias não podem visitar os seus entes queridos, os profissionais dedicam grande parte do seu tempo a fornecer actualizações diárias sobre os residentes e vêm-se forçados a desenvolver formas inovadoras para visitas familiares através da janela do face time, do whatsapp, skype ou zoom; organizam actividades que possam ser desenvolvidas nos quartos ou actividades em grupo com distanciamento físico apropriado; visitas compassivas a pessoas em final de vida (Berg-Weger & Morley, 2020).

É vital que se continue a prestar a assistência necessária para que os que se encontram em maior risco de isolamento e solidão não piorem a sua condição à medida que esta pandemia se prolongue, sob pena de piorarem o seu estado físico e mental ao longo do tempo.

Conclusão

O contexto de pandemia que agora vivemos, pelo distanciamento físico que impõe com vista à protecção da saúde coletiva, lança desafios inequívocos à preservação da saúde física e mental, sobretudo se considerarmos de modo especial as pessoas idosas que vivem sós. Mas esta crise não deve ser lida pelos profissionais da gerontologia apenas pela lente da ameaça ou da irreversibilidade das suas consequências. Contrariamente, deve ser capitalizada, também, como uma

oportunidade adicional para que os profissionais aprendam sobre esta experiência, aumentem o planeamento dos cuidados e se posicionem de forma única para intervir face às consequências que o isolamento social provoca, desenvolvendo e testando intervenções ajustadas ao “novo normal”.

Enquanto o mundo procura obter mais conhecimentos para a resposta a esta pandemia, os profissionais de gerontologia podem continuar a combater as lógicas de pensamento idadistas, reforçando continuamente a heterogeneidade da população mais velha e os múltiplos contributos que aporta em distintas esferas; podem evoluir nas suas habilidades tecnológicas, e expandir o uso da tecnologia como uma opção viável para a prestação de serviços, a par das intervenções tradicionais; podem aprender mais sobre a intervenção em crise e no pós-crise, considerando os efeitos stressores que daqui advêm e as necessidades acrescidas que idosos e familiares podem experimentar (depressão, ansiedade, desafios financeiros...); e podem desenvolver novas abordagens e práticas para enfrentar a solidão e o isolamento social baseadas em evidência.

Bibliografia

- ARMITAGE, R., & Nellums, L. B. (2020). COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. *The Lancet Public-Health*, 1. doi:doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30061-X
- BAVEL, J. J., Baicker, K., Boggio, P. S., Capraro, V., Cichocka, A., Cikara, M., & Willer, R. (2020). Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response. *Nature Human Behaviour*, 4, 460-471.
- BERG-Weger, M., & Morley, J. E. (2020). Editorial: Loneliness and Social Isolation in Older Adults during the COVID-19 Pandemic: Implications for Gerontological Social Work. *The journal of nutrition, health & aging*, 24(5), 456-458. Obtido de <https://doi.org/10.1007/s12603-020-1366-8>
- BOTNER, E. (2018). Impact of a virtual learning program on social isolation for older adults. *Therapeutic Recreation Journal*, 52, 126-139. doi:org/10.18666/TRJ-2018-V52-I2-8664
- DELELLO, J. A., & Mcwhorter, R. R. (2015). Reducing the Digital Divide: Connecting Older Adults to iPad Technology. *Journal of Applied Gerontology*, 17, 3-28. doi:org/10.1177/0733464815589985
- Direção Geral da Saúde. (11 de Março de 2020). Covid-19 – Orientação. Obtido de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0092020-de-11032020-pdf.aspx>

- GERST-EMERSON, K., & Jayawardhana, J. (2015). Loneliness as a Public Health Issue: The Impact of Loneliness on Health Care Utilization Among Older Adults. *American Journal of Public Health, 105*(5), 1013-1019. doi:10.2105/AJPH.2014.302427
- GONÇALVES, D., Martin, I., Guedes, J., Cabral-Pinto, F., & Fonseca, A. M. (2006). Promoção da Qualidade de Vida dos Idosos Portugueses através da Continuidade de Tarefas Produtivas. *Psicologia, Saúde & Doenças, 7*(1), 137-143. Obtido de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v7n1/v7n1a12.pdf>
- HASLAM, C. (2020). Ageing and Connectedness. Em J. Jetten, S. D. Reicher, S. A. Haslam, & T. Cruwys, *Together Apart The Psychology of Covid-19* (pp. 79-83). London: Sage Publications Ltd.
- HAWKLEY, L., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness Matters: A Theoretical and Empirical Review of Consequences and Mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine, 40*(2), 218-27. doi:10.1007/s12160-010-9210-8
- HILTON, D., Levine, A., & Zanetis, J. (2019). Don't lose the connection: Virtual visits for older adults. *Journal of Museum Education, 44*, 253-263.
- IRAVANI, M. R., & Parast, S. M. (2014). Examine the Role of Social Workers in Crisis Management. *Journal of Sociology and Social Work, 2*(1), 87-97. Obtido de <http://jsswnet.com/vol-2-no-1-march-2014-abstract-6-jssw>
- KABÁTOVÁ, O., Putekova, S., & Martinkova, J. (2016). Loneliness as a Risk Factor for Depression in the Elderly. *Clinical Social Work Journal, 7*(1), 48-52. doi:10.22359/cswhi_7_1_05
- KÄLL, A., Jägholm, S., Hesser, H., Andersson, F., Mathaldi, A., Norkvist, B. T., & Andersson, G. (2020). Internet-Based Cognitive Behavior Therapy for Loneliness: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Behavior Therapy, 57*(1), 54-68. doi:10.1016/j.beth.2019.05.001
- KUSMAUL, N., Gibson, A., & Leedah, S. N. (2018). Gerontological Social Work Roles in Disaster Preparedness and Response. *Journal of Gerontological Social Work, 61*(7), 692-696. doi:10.1080/01634372.2018.1510455
- LOWSKY, D. J., Olshansky, S. J., Bhattacharya, J., & Goldman, D. P. (2014). Heterogeneity in Healthy Aging. *The Journals of Gerontology Series A: Biological and Medical Sciences, 69*(6), 640-649. doi:10.1093/gerona/glt162
- MORTON, T. A., Wilson, N., Haslam, C., Birney, M., Kingston, R., & McCloskey, L.-G. (2018). Activating and Guiding the Engagement of Seniors With Online Social Networking: Experimental Findings From the AGES 2.0 Project. *Journal of Aging and Health, 30*(1), 27-51. doi:10.1177/0898264316664440
- NETO, F. (2014). Psychometric analysis of the short-form UCLA Loneliness Scale (ULS-6) in older adults. *European Journal of Ageing, 11*, 313-319. doi:10.1007/s10433-014-0312-1
- NISSEN, L. B. (2020). An Open Letter to Social Work Students in the Time of COVID-19: The Future Is Calling. *New Social Worker, 27*(2), 10-12. Obtido de <https://www.socialworker.com/feature-articles/practice/open-letter-social-work-students-covid-19/>
- PEREIRA, M. (2015). *Intervenção Psicológica em Crise e Catástrofe*. Ordem dos Psicólogos Portugueses.
- PIMENTA, P. (2019, Julho 22). Nove em cada dez idosos em tratamento médico sofrem de solidão. *Jornal Público*. Obtido em 21 de Junho de 2020, de <https://www.publico.pt/2019/07/22/sociedade/noticia/nove-dez-idosos-tratamento-medico-sofrem-solidao-1880745>
- RIBEIRO, Ó., Duarte, L. T., Azevedo, M. J., Araújo, L., Barbosa, S., & Paúl, C. (2012). Versão Portuguesa da Escala Breve. *Revista Temática Kairós Gerontologia, 15*(1), 217-234. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.19/3430>
- RODRIGUES, R. (2008). Validação da versão em português europeu de questionário de avaliação funcional multidimensional de idosos. *Revista Panamericana de Salud Pública, 23*(2), 109-115. doi:10.1590/S1020-49892008000200006
- SANTINI, Z. I., Jose, P. E., Cornwell, E. Y., Koyanagi, A., Nielsen, L., Hinrichsen, C., & Koushede, V. (2020). Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): a longitudinal mediation analysis. *Lancet Public Health, 5*, e62-70. doi:10.1016/S2468-2667(19)30230-0
- SAVIKKO, N., Routasalo, P., Tilvis, R. S., & Strandberg, T. E. (2005). Predictors and Subjective Causes of Loneliness in an Aged Population. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 41*(3), 223-33. doi: 10.1016/j.archger.2005.03.002
- SHANKAR, A., Hamer, M., McMunn, A., & Steptoe, A. (2013). Social isolation and loneliness: relationships with cognitive function during 4 years of follow-up in the English Longitudinal Study of Ageing. *Psychosomatic Medicine, 75*(2), 161-170. doi:10.1097/PSY.0b013e31827f09cd
- SWINFORD, E., Galucia, N., & Morrow-Howell, N. (2020). Applying Gerontological Social Work Perspectives to the Coronavirus Pandemic. *Journal of Gerontological Social Work, 1540-4048* (Online). doi: 10.1080/01634372.2020.1766628
- VERDUYN, P., Lee, D. S., Park, J., Shablack, H., Orvell, A., Bayer, J., & Kross, E. (2015). Passive Facebook usage undermines affective well-being: Experimental and longitudinal evidence. *Journal of Experimental Psychology: General, 144*(2), 480-488. doi:org/10.1037/xge0000057
- WHO. (2020). *Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak*. WHO/2019-nCoV/MentalHealth/2020.1.
- WILDER-SMITH, A., & Freedman, D. O. (2020). Isolation, quarantine, social distancing and community containment: pivotal role for old-style public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak. *Journal of Travel Medicine, 27*(2), 1-4. doi:10.1093/jtm/taaa020
- ZUBATSKY, M., Berg-Weger, M., & Morley, J. (2020). Using Telehealth Groups to Combat Loneliness in Older Adults Through COVID-19 [published online ahead of print, 2020 May 11]. *Journal of the American Geriatrics Society*. doi:10.1111/jgs.16553

EM TEMPOS DE PANDEMIA, NASCE A SOLIDARIEDADE¹⁰

Sofia Nunes Lopes

Resumo

Neste texto reflete-se sobre os desafios que a COVID-19 veio trazer ao trabalho de proximidade que habitualmente os técnicos da União das Freguesias de Cedofeita, Santo Ildefonso, Sé, Miragaia, São Nicolau e Vitória já fazem. Incidindo numa área geográfica marcada pela crescente ocupação turística e problemas habitacionais daí decorrentes, nomeadamente despejos e desalojamento de moradores, a União de Freguesias viu crescer, na sequência da situação de pandemia, os pedidos de apoio social por parte de pessoas que até então nunca tinham tido tal necessidade. A criação de uma linha de emergência social revelou-se, assim, crucial para dar resposta ao crescente número de pedidos e implicou mudanças nos processos de intervenção até então existentes.

Palavras-chave: poder local; solidariedade; (nova) pobreza; pandemia COVID-19.

A União das Freguesias de Cedofeita, Santo Ildefonso, Sé, Miragaia, São Nicolau e Vitória, conhecida popularmente como Junta de Freguesia do Centro Histórico do Porto, sempre desenvolveu um trabalho de proximidade com a população, servindo como facilitadora de contactos entre as pessoas e outras instituições, como a Câmara Municipal do Porto, a Segurança Social, Centros de Saúde, etc. Este trabalho de proximidade enquadra-se, de acordo com o art.º 7º da Lei nº 75/2013, numa das atribuições de uma junta de freguesia: a ação social.

Neste momento, estão ao serviço, na área social da referida Junta de Freguesia, cinco técnicas: uma socióloga, duas psicólogas e duas assistentes sociais.

Para além daquele trabalho de proximidade com a população, desenvolvemos, igualmente, um apoio alimentar às pessoas economicamente carenciadas da freguesia. Há já alguns anos que apoiamos mensalmente famílias com um cabaz de alimentos. No início de 2020, estavam a ser apoiadas 65 famílias residentes na área geográfica da união de freguesias, essencialmente compostas por idosos com baixas reformas e famílias beneficiárias de RSI.

Em tempos de pandemia, a COVID-19 impôs-nos novas formas de prosseguir com o nosso trabalho, de modo a podermos continuar a desempenhar a nossa missão. Uma das medidas tomadas foi a divulgação de uma linha de emergência para necessidades de alimentação. E, através desta linha, até ao final de março, começamos a assistir a um aumento, ainda que lento, dos pedidos para apoio alimentar, constituindo um total de 79 famílias a serem apoiadas.

Antes da pandemia, o nosso trabalho social era maioritariamente ocupado com problemas habitacionais. No centro histórico do Porto, temos assistido nos últimos anos, ao “escorraçar” da população das casas que habitam há décadas com o objetivo de criar alojamentos locais e hosteis. O nosso trabalho consistia bastante na defesa destas pessoas, articulando com a CMP e com a Associação de Inquilinos.

Após a pandemia, as necessidades alimentares sobrepuseram-se aos problemas habitacionais. Com a proibição de despejos e com os despedimentos, os senhorios adquiriram alguma sensibilidade, flexibilizando os valores das rendas, de forma a permitir que as pessoas consigam manter as suas casas.

A pandemia trouxe uma nova realidade à junta de freguesia. Começamos a ser contactados por pessoas que nunca tinham necessitado dos organismos do poder local, que sempre tiveram a sua vida organizada e que, de um momento para o outro, se viram sem rendimentos para satisfazer as suas necessidades mais básicas como a alimentação.

A partir do mês de abril, aumentaram substancialmente os pedidos de cabaz alimentar. A União de Freguesias de Cedofeita, Santo Ildefonso, Sé, Miragaia, São Nicolau e Vitória integrou a Rede de Emergência Alimentar e foi a instituição de

¹⁰ O texto é escrito ao abrigo do acordo ortográfico.

referência desta rede para apoiar as famílias que morassem na sua área de atuação. Ou seja, para além da linha de apoio alimentar criada pela junta, começamos também a receber as listagens das pessoas que se inscreviam nesta Rede. Assim, num curto espaço de tempo, estávamos a apoiar 273 agregados familiares, num total de 621 pessoas (final do mês de abril).

Estes agregados eram constituídos maioritariamente por famílias com menores a cargo, em que pai e mãe ficaram sem trabalho. E, surpreendentemente, uma larga fatia destes pedidos eram de imigrantes brasileiros, população esta que até à data nunca tinha necessitado (ou solicitado) do apoio social da junta de freguesia. Quase todos com histórias semelhantes. Grande parte destes imigrantes trabalhavam na área da restauração, pensavam que tinham um contrato de trabalho e descobriram, com o despedimento, que não o tinham. Ou seja, perderam o trabalho, sem qualquer direito a subsídio de desemprego e sem ter família a quem recorrer para os ajudar nesta fase complicada. Descobrimos uma população que estava a ser claramente explorada, desconhecendo os seus direitos.

Além da população ligada à restauração, surgiram também algumas situações de pessoas ligadas a atividades de prestação de serviços pessoais, como cabeleireiros e esteticistas, que também estavam sem contrato de trabalho, só conhecendo a sua verdadeira situação laboral com a pandemia.

Outra fatia da sociedade que recorreu ao apoio alimentar, era aquela constituída por pessoas cuja profissão, de uma forma ou de outra, estava ligada às artes: atores, bailarinos e artesãos.

Com o encerramento das feiras e locais onde vendiam, também os vendedores ambulantes se confrontaram com a ausência de condições para garantir a sua alimentação.

A pandemia veio, assim, revelar um conjunto de situações de considerável precariedade laboral, nalguns casos associadas à ausência de direitos, que coloca estas pessoas em risco acrescido de vulnerabilidade social.

Deparamo-nos também com a situação de reclusos que saíram da cadeia, numa fase em que era praticamente impossível arranjar trabalho, tendo

de recorrer à junta de freguesia para assegurar uma necessidade básica, como a alimentação.

Outra realidade foram os indivíduos que moravam em quartos, sem possibilidade de confecção de refeições, e que ficaram sem trabalho. Se antes da pandemia conseguiam garantir a sua alimentação porque, estando ligados sobretudo às atividades de restauração, almoçavam e jantavam no local de trabalho, após a perda de trabalho deixaram de poder satisfazer esta necessidade. Face a esta carência, e uma vez que a junta de freguesia tinha disponível a cozinha de uma antiga creche, começamos também a confeccionar e a entregar refeições para esta população, à qual não bastava a oferta de um cabaz de alimentos.

Com uma subida de mais de 300% nos pedidos de apoio alimentar num tão curto espaço de tempo, colocou-se-nos outra questão: como arranjar alimentos para satisfazer tantos pedidos? Se antes as 65 famílias eram asseguradas por um cabaz mensal que recolhíamos no Banco Alimentar contra a Fome, este cabaz era de todo insuficiente para satisfazer 273 famílias. E, apesar dos nossos contactos alertando para o aumento considerável de famílias, em vez de aumentar a quantidade de bens alimentares, o Banco Alimentar viu-se forçado a diminuí-la, racionando os alimentos, em virtude de não lhes ser permitido fazer recolha nos supermercados e de terem aumentado as solicitações.

Como integramos a Rede de Emergência Alimentar, a junta de freguesia recebeu também um cabaz desta instituição. Mas mesmo assim, não era suficiente. Foi aí que se tornou claro que seria necessário apelar à solidariedade de todos. Começamos pelas grandes cadeias de supermercados, as quais ofereceram cabazes à junta de freguesia. Fizemos apelos nas redes sociais a particulares e a adesão excedeu todas as nossas expectativas. Graças ao apoio de tantos anónimos foi possível satisfazer todos os pedidos que nos iam chegando.

Outra realidade social que caracteriza a nossa freguesia são os idosos isolados. Com o início da pandemia, antecipámos a vulnerabilidade desta faixa da sociedade. Constituíam grupo de risco, não devendo sair de casa, o que colocava em causa a

garantia da satisfação das suas necessidades básicas. Com a junta de freguesia encerrada, foi criada outra linha de emergência, destinada a apoiar a população idosa da nossa freguesia. Esta foi também uma linha bastante procurada, quer pelos idosos, quer pelos seus filhos. Relativamente aos idosos, deparamo-nos com duas situações: a daqueles com recursos económicos, que solicitavam o apoio da junta de freguesia para a compra dos alimentos e da medicação que necessitavam; e a daqueles com fracos recursos económicos, que foram descobertos só nesta altura, e que contribuíram para engrossar o número de pedidos de apoio alimentar. Relativamente aos filhos destes idosos, recorriam também à junta de freguesia para que esta assegurasse as atividades que estes filhos antes faziam, nomeadamente a compra de bens alimentares e de medicação.

Para conseguirmos fazer face às novas realidades que nos iam surgindo, foi fundamental que uma equipa de funcionários da junta de freguesia assegurasse os serviços para os quais éramos procurados. Ou seja, funcionários que sempre trabalharam em serviços administrativos disponibilizaram-se para conduzir as carrinhas da junta, confeccionar e distribuir refeições, preparar os cabazes mensais de alimentos, ir aos supermercados fazer compras e às farmácias comprar medicação. A disponibilidade dos trabalhadores foi fundamental para garantir os novos serviços que a junta de freguesia teve de desenvolver. O envolvimento da equipa que foi constituída para desempenhar estas funções foi primordial para que tudo corresse tão bem.

