

**UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA**  
**Faculdade de Ciências Humanas e Sociais**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM TRABALHO SOCIAL**

**“VIVER AOS BOCADINHOS”**

**(O PAPEL DO CUIDADOR INFORMAL DO IDOSO EM CONTEXTO  
DOMICILIÁRIO)**

**Aluna:** Alcina Amélia Alves Duarte Mangas

**Orientadora:** Professora Doutora Teresa Toldy

**Porto**

**2009**



**UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA**  
**Faculdade de Ciências Humanas e Sociais**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM TRABALHO SOCIAL**

**“VIVER AOS BOCADINHOS”**

**(O PAPEL DO CUIDADOR INFORMAL DO IDOSO EM CONTEXTO  
DOMICILIÁRIO)**

**Aluna:** Alcina Amélia Alves Duarte Mangas

**Orientadora:** Professora Doutora Teresa Toldy

**Porto2009**

**Autora:** Alcina Amélia Alves Duarte Mangas

**“VIVER AOS BOCADINHOS”**  
**(O PAPEL DO CUIDADOR INFORMAL DO IDOSO EM CONTEXTO**  
**DOMICILIÁRIO)**

**Orientadora:** Professora Doutora Teresa Toldy

*“Dissertação apresentada à Universidade  
Fernando Pessoa como parte dos requisitos  
para obtenção do grau de Mestre em Trabalho Social”*

*“ (...) estou no meu juízo e, por isso, é que sei que estou a dar muito trabalho e Deus Nosso Senhor podia-me levar”.*

*“Trabalhei muito e não valeu a pena, olhe, só valeu porque criei os meus filhos e eles organizaram a vida deles, mas não valeu a pena tanto trabalho para agora estar, aqui, presa numa cama”.*

*“Às vezes, gosto de contar as minhas histórias, outras vezes, apetece-me estar sossegada a pensar na minha vida, olhe, a pensar na minha morte”.*

*“Tenho saudades, saudades de ver o mundo”.*

**(idosa dependente, 99 anos)**

À avó Alcina  
E à memória da avó Delfina

## **AGRADECIMENTOS**

O meu sincero agradecimento a todas as pessoas que directamente ou indirectamente contribuíram para a concretização deste trabalho.

Na impossibilidade de a todas me referir, permito-me registar aqui o meu mais sincero agradecimento a algumas das pessoas que estiveram sempre presentes e que foram fundamentais para a elaboração deste trabalho.

À Professora Doutora Teresa Toldy, pela permanente e preciosa orientação, por me “obrigar” a não desistir, pela amizade, pelos ensinamentos, amabilidade, disponibilidade, incentivo e exigências constantes, decisivos para a concretização deste trabalho. A sua generosidade não tem fim.

Aos idosos que me deixaram entrar nas suas vidas. Aos que, infelizmente, já faleceram e aos que continuam a insistir em viver.

A todos os cuidadores que me concederam uma fatia do seu tempo. Pela generosidade com que partilharam, de forma íntima, por vezes comovida, o seu dia-a-dia a cuidar dos que lhes são próximos.

Ao Dr. Ricardo Armada, Director do Centro de Saúde de Vieira do Minho, pela disponibilidade e compreensão, fundamentais para a concretização deste trabalho.

Ao Prof. Luís Santos, por me incentivar a entrar neste mundo da investigação.

Ao Ricardo, por estar sempre presente, pela ajuda técnica e pelo apoio.

Ao Nando Zé, meu mano, por me ensinar que às vezes, vale a pena desfazer e refazer.

Aos meus maravilhosos pais, pelo eterno e único amor, pelo incentivo constante e pelo apoio incondicional em todas as alturas da minha vida, a minha eterna gratidão.

Bem hajam!

## RESUMO

Num contexto onde o índice de envelhecimento aumenta, acarretando dependência, e onde as respostas sociais formais são insuficientes e a família se altera, necessitando o idoso da prestação de cuidados, urge falar do papel dos cuidadores informais no domicílio.

Este estudo tem o objectivo geral de averiguar a relevância da rede formal e informal no apoio a idosos em contexto domiciliário. Procurou-se suportar o estudo numa forte componente teórica, a partir de uma investigação bibliográfica. O estudo empírico baseia-se numa metodologia qualitativa, com recurso à entrevista semi-estruturada, com questões abertas e em profundidade, aplicada aos cuidadores informais.

Os dados sugerem-nos que a rede informal de apoio é fundamental no processo de cuidar e que a conjugação entre a rede formal e informal é benéfica para os idosos e os cuidadores. Hoje, continua a ser a mulher a principal cuidadora em contexto domiciliário e o acto de cuidar está muito associado a uma obrigação repleta de afectividade.

## ABSTRACT

In a context where the rate of elderly citizens' increases and the formal social outputs as well as the changes in family become insufficient to answer the levels of dependency and care it implies, it's necessary to discuss the role of informal caretakers.

The objective of this research is to ascertain the relevance of the formal and informal elderly support networks in the domiciliary context. This was achieved by a deep theoretical bibliographical research while the empirical part is based on a qualitative sample methodology of informal caretakers with the use of open question, semi-structured interviews and in depth applied to informal caregivers

The resulting data suggests that the mix between both formal and informal support networks is of benefit for the elderly, being the informal one fundamental in this process. The women are still today the main caretaker in the domiciliary context and the caring act is very much related to an obligation filled with affection.

## RÉSUMÉ

Dans un contexte démographique où l'indice de vieillissement augmente, produisant de la dépendance, où les réponses sociales institutionnelles sont insuffisantes, et où la structure familiale se modifie, mettant en évidence la nécessité de l'appui social aux personnes âgées, il est urgent de débattre le rôle des prestataires informels d'aide à domicile.

Cette étude a pour but de déterminer l'importance du réseau formel et informel de l'appui à domicile aux personnes âgées. Nous supporterons notre argumentation sur une forte base théorique à partir d'une investigation bibliographique. L'étude empirique se basera sur une méthodologie quantitative ayant recours à des entrevues semi-structurées, avec des questions ouvertes et pertinentes, de prestataires d'aide à domicile informels.

Nos données nous suggèrent que le réseau informel d'appui est fondamental dans l'aide aux personnes âgées et que la conjugaison du réseau formel et informel est bénéfique pour les personnes âgées ainsi que pour les prestataires de service. Aujourd'hui, les femmes continuent à être les principales aide à domicile de ce segment de la population où les soins sont associés à un fort sentiment d'obligation plein d'affectivité.

## ÍNDICE GERAL

Índice Siglas.....	XII
Índice Figuras .....	XII
Índice de Gráficos.....	XII
Índice de Tabelas .....	XIII
Índice de Anexos .....	XIII
INTRODUÇÃO .....	14
PARTE TEÓRICA .....	20
Capítulo I – Envelhecimento .....	21
1.1. Idoso – uma categoria etária .....	21
1.2. Teorias explicativas do envelhecimento .....	24
1.3. Dependência e idosos.....	26
1.4. Considerações epidemiológicas e demográficas.....	28
1.4.1. Número de idosos a nível mundial – estimativas .....	30
1.4.2. Número de idosos a nível europeu - estimativas .....	31
1.4.3. Número de idosos em Portugal – estimativas .....	32
1.4.3.1. Número de idosos no distrito de Braga - estimativas .....	37
1.5. Consequências do envelhecimento .....	39
1.6. Qualidade de vida e envelhecimento .....	41
1.7. Espiritualidade .....	45
1.8. A (des) valorização das pessoas idosas numa sociedade envelhecida.....	46
Capítulo II – Idosos, Pobreza e Exclusão .....	48
2.1. Pobreza e exclusão – impacto nos idosos .....	48
2.2. Estado-Providência e sociedade-providência .....	52
Capítulo III – Redes sociais de apoio à terceira idade .....	60
3.1. Redes sociais de apoio formal .....	60
3.1.1. Rede social em Portugal .....	64
3.1.2. A rede social no concelho de Vieira do Minho .....	70
3.2. Redes sociais de apoio informal .....	73
3.2.1. Tipos de redes sociais de apoio informal.....	74
3.2.2. A família .....	76
3.2.2.1. A família e o Estado.....	86
3.3. O perfil do cuidador informal de idosos .....	86
3.4. Incorporação das redes de apoio informal na prestação formal de serviços sociais .....	88

ESTUDO EMPÍRICO.....	90
Capítulo IV – Metodologia .....	91
4.2. Objectivos de estudo .....	91
4.3. Técnicas, Instrumentos e Procedimentos.....	92
4.4. Instrumentos de recolha de informação .....	92
4.5. Caracterização sócio-demográfica da amostra .....	93
4.5.1. Caracterização sócio-demográfica dos cuidadores informais.....	94
Capítulo V – Análise e Discussão dos Resultados .....	97
5.1. Análise dos dados provenientes das entrevistas realizadas aos sujeitos cuidadores informais .....	98
5.2.1. Sobre o acto de cuidar.....	98
5.2.1.1. Caracterização do contexto em que ocorre o acto de cuidar.....	98
5.2.1.2. Tarefas implicadas no acto de cuidar.....	101
5.2.1.3. Dúvidas e dificuldades no acto de cuidar .....	105
5.2.1.4. Gestão do tempo no acto de cuidar.....	108
5.2.1.5. O acto de cuidar e apoios.....	110
5.2.2. Acerca do apoio informal .....	112
5.2.2.1. Relação familiar.....	113
5.2.2.2. Indisponibilidade para ajudar.....	113
5.2.2.3. Disponibilidade para ajudar .....	115
5.2.2.4. Obrigação, dever e afecto no acto de cuidar .....	117
5.2.2.5. O ciclo geracional do cuidar .....	120
5.2.2.6. O género do acto de cuidar .....	122
5.2.2.7. Relação económica .....	126
5.2.2.8. Adaptações na habitação.....	129
5.2.2.9. Relação extra-familiar.....	133
5.2.2.10. Apoio espiritual.....	135
5.2.3. Acerca do apoio formal.....	137
5.2.3.1. Relevância do apoio formal .....	137
5.2.3.2. Relevância ou irrelevância do papel do Estado .....	143
5.2.4. Sobre a visão da sociedade .....	149
5.2.4.1. Crítica social .....	150
5.2.5. Sobre a visão do cuidador.....	152
5.2.5.1. Bem-estar do idoso .....	153
5.2.5.1.1. Pensar na morte.....	153
5.2.5.1.2. Aceitar ser cuidado .....	154
5.2.5.1.3. Qualidade de vida do idoso.....	155
5.2.5.2. Bem-estar do cuidador .....	157
REFLEXÕES FINAIS .....	165
BIBLIOGRAFIA .....	177
ANEXOS .....	<b>Erro! Marcador não definido.</b>

### **Índice Siglas**

ADI – Apoio Domiciliário Integrado
AFI – Centro de Noite
CLAS – Concelho Local de Acção Social
CATI – Centro de Acolhimento Temporário para Idosos
CC – Centro de Convívio
CD – Centro de Dia
CN – Centro de noite
CSTF/CSF – Comissão Social Inter Freguesia/Comissão Social de Freguesia
FA – Família de acolhimento
IDS – Instituto de Desenvolvimento Social
INE – Instituto Nacional de Estatística
IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social
NE – Núcleo Executivo
OE – União Europeia
OMS – Organização Mundial de Saúde
PDS - Plano de Desenvolvimento Social
SAD – Serviço de apoio Domiciliário

### **Índice Figuras**

Figura 1– População em Portugal com mais de 65 anos de idade.....	35
Figura 2 - Área de influência do concelho de Vieira do Minho .....	71

### **Índice de Gráficos**

Gráfico 1 – Distribuição da população idosa.....	34
Gráfico 2 – Aumento do índice de dependência de idosos e decréscimo do índice de dependência de jovens na população portuguesa, entre 1960 e 1997.....	38

### **Índice de Tabelas**

Tabela 1 - Circuito do idoso dependente .....	28
Tabela 2 - Evolução da % da população jovem e da população idosa .....	33
Tabela 3 - Comparação entre o distrito de Braga e o restante país, com o grupo etário com idade igual ou superior a 65 anos.....	37
Tabela 4 - Estimativa da população com idade igual ou superior a 65 anos entre o distrito de Braga e o restante país. ....	37
Tabela 5 - Evolução do índice de envelhecimento nos concelhos da Região Ave.....	39
Tabela 6 - Índice de Dependência de Idosos nos concelhos da Região Ave .....	39
Tabela 7 - Dimensões e indicadores de qualidade de vida .....	44
Tabela 8 - Caracterização sócio-demográfica dos entrevistados .....	95

### **Índice de Anexos**

ANEXO A.....	<b>Erro! Marcador não definido.</b>
ANEXO B.....	<b>Erro! Marcador não definido.</b>
ANEXO C .....	<b>Erro! Marcador não definido.</b>
ANEXO D .....	<b>Erro! Marcador não definido.</b>
ANEXO E.....	<b>Erro! Marcador não definido.</b>
ANEXO F.....	<b>Erro! Marcador não definido.</b>
ANEXO G .....	<b>Erro! Marcador não definido.</b>
ANEXO H .....	<b>Erro! Marcador não definido.</b>

## **INTRODUÇÃO**

O presente trabalho constitui uma investigação como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Trabalho Social, pela Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, da Universidade Fernando Pessoa.

Dada a actualidade e complexidade do tema, este trabalho pretende apenas abordar uma realidade que tem de ser contextualizada, através de uma investigação sistemática, realizada no concelho de Vieira do Minho, que como tal, não pretende obter resultados generalizáveis.

Sabemos que qualquer investigação assenta numa interrogação sobre a realidade que, por sua vez, irá regular a obtenção de respostas.

De acordo com Giddens (2002), as interacções humanas constituem uma fonte de informação, constituída pelas diferentes formas de ser e estar de cada ser humano no seu contexto espacial e temporal.

Nas sociedades desenvolvidas, o aumento da esperança média de vida tem implicado também um aumento acentuado da população idosa com os problemas inerentes que esta nova situação implica.

A velhice e o cuidar de pessoas dependentes em contexto domiciliário tem sofrido o impacto das alterações ocorridas na família. Não se pode reduzir esta problemática a um único factor, mas sim ao resultado de um conjunto diversificado de factores. Condições familiares, económicas, sociais, relacionais e afectivas adversas, entre outros factores potenciadores, poderão não só gerar dificuldades no acto de cuidar, como também a necessidade de apoios formais. Acreditamos, deste modo, estar justificada a pertinência de compreender melhor este fenómeno, não apenas pela sua inquestionável actualidade, como também pela diversidade das dimensões que o constituem, alicerçadas em múltiplas especificidades, que lhe conferem uma identidade provida de grande complexidade.

Por outro lado, urge analisar o acto de cuidar como parte de um contexto cultural e científico emergente, que interroga as lógicas do paradigma mais tradicional e redutor, segundo o qual cuidar de pessoas idosas é algo simples. Importou-nos, por isso, explorar os significados que os sujeitos cuidadores de pessoas idosas atribuem às suas vivências, os seus obstáculos e as suas expectativas. A investigação tem demonstrado que cuidar de pessoas idosas em contexto domiciliário constitui uma realidade complexa e multifacetada.

As situações de dependência têm várias implicações na vida dos cuidadores e na vida das próprias pessoas com dependência, que necessitam de ajuda de terceiros para realizar as actividades de vida diárias, parcialmente ou totalmente, consoante o seu grau de dependência. A verdade é que estar dependente condiciona toda a vida do cuidador e altera as rotinas da vida do dependente e da pessoa que cuida dele. A qualidade de vida na velhice depende de constantes interacções ao longo da vida e não só de um elemento, por isso, reduzir a qualidade de vida ao acto físico de cuidar constitui um reducionismo.

Os idosos são cada vez mais uma responsabilidade do Estado, o que torna fundamental a existência de políticas de velhice, que salvaguardem os seus direitos.

As redes sociais de apoio formal e informal têm um papel importante relativamente às situações que o idoso dependente enfrenta diariamente. As redes informais de apoio são, sem dúvida, as redes que estão mais presentes. Neste sentido, a família continua a ter um papel preponderante no auxílio ao idoso dependente. A noção de família tradicional tem vindo a sofrer alterações ao longo dos tempos, com o aumento da esperança média de vida, com a redução da fecundidade, com a mulher a trabalhar fora da esfera doméstica, e com as novas formas de família, como refere Alarcão (2002). No entanto, a família continua a ter a função de protecção da pessoa idosa, sendo este auxílio familiar frequentemente mais importante e desejado que o prestado por serviços formais (Quaresma, 1996). Mas hoje, também há famílias que delegam a responsabilidade de cuidar dos seus idosos noutras instituições (Costa, 1998).

Deste modo, a questão que preside ao trabalho que agora se apresenta, e que nos acompanhou durante a pesquisa empírica, constituindo a nossa pergunta inicial era a de

saber quais são as vivências, obstáculos e expectativas que os sujeitos cuidadores atribuem ao cuidar da pessoa idosa dependente.

O objectivo geral do presente estudo, de carácter essencialmente exploratório, centra-se, fundamentalmente, em averiguar a relevância da rede formal e informal no apoio a idosos em contexto domiciliário.

Não podemos, contudo, deixar de mencionar que estas interrogações, à medida que o nosso trabalho foi avançando, designadamente através do aprofundamento bibliográfico, mas, também e essencialmente, dos contactos com os nossos entrevistados, foram dando origem a novas questões a que os diferentes capítulos do presente estudo procuram dar, ainda que obviamente providos de naturais limitações, alguma resposta.

A motivação inicial para as nossas interrogações prendeu-se, fundamentalmente e, antes de mais, com a experiência profissional da autora do presente estudo na área da dependência de idosos em contexto domiciliário, o que despertou a necessidade de aprofundamento da situação, para melhor entender os contornos desta dependência.

Ora, numa sociedade onde a expressão dos números de idosos dependentes aumenta cada vez mais, à semelhança da tendência europeia e mundial, torna-se premente consagrarmos apoios à pessoa dependente e a os seu cuidador. O concelho de Vieira do Minho, na Região do Vale do Ave, é o concelho que tem um índice de envelhecimento mais elevado (28,1%), o que nos levou a optar por realizar o estudo prático nesse concelho rural.

O nosso estudo foi concretizado através da realização de 14 entrevistas em profundidade a cuidadores informais (12 mulheres e 2 homens), familiares dos idosos de quem cuidam. Estas entrevistas foram realizadas em casa dos cuidadores, com marcação prévia.

Neste sentido, o nosso projecto partiu do pressuposto de que os idosos em contexto domiciliário que usufruem do apoio da rede informal de formal de apoio beneficiam de um melhor bem-estar. À medida que fomos avançando no nosso trabalho, e novas

interrogações foram surgindo, fomos complexificando a nossa análise, ao integrar as questões da rede informal de apoio.

Pretendemos, então, basicamente, com o nosso trabalho averiguar a relevância da rede formal e informal no apoio a idosos em contexto domiciliário.

O trabalho encontra-se organizado em duas partes distintas, mas complementares. Os capítulos, embora independentes, procuram responder às exigências de uma transversalidade inerente às diferentes interrogações científicas derivadas da nossa questão inicial.

Porque seguimos uma metodologia qualitativa, assumimos, desde já o carácter interpretativo dos nossos resultados. Corroborando Almeida (1995), assumimos esse carácter interpretativo não como uma veleidade, mas como uma responsabilidade perante os nossos entrevistados. Interpretamos o que os nossos entrevistados referiram, respeitando os tempos de silêncio, as pausas, o que nos disseram, por vezes, aspectos íntimos da sua vida, tentando não fazer juízos de valores e assumindo perante eles a responsabilidade de interpretar os seus discursos de uma forma o mais objectiva possível.

Trata-se de um trabalho objectivável também porque, a cada passo, apoiado nos imperativos de uma aproximação teórica na leitura dos resultados. Constituiu-se igualmente, nossa preocupação efectuar uma análise que respeitasse os objectivos de nosso estudo, numa lógica sequencial que nos permitisse, num primeiro momento, uma compreensão do apoio às pessoas idosos dependentes em contexto domiciliário.

Assim, no primeiro capítulo, procedemos à explicação do processo de envelhecimento, a dependência e a qualidade de vida., dado que o nosso trabalho se debruça sobre cuidadores de idosos.

No segundo capítulo, abordamos a questão da pobreza e exclusão, já que estas estão associadas aos idosos de quem os entrevistados cuidam e mesmo a alguns dos cuidadores, também eles em situação de exclusão.

No terceiro capítulo, fizemos uma aproximação às redes sociais de apoio. Começamos por analisar a rede formal de apoio, apesar de não ser o tema central do nosso trabalho, porque esta nos ajuda a entender a importância da rede informal e da sua integração na sociedade, bem como os apoios que a mesma pode receber. Na rede informal destacámos o papel da família, por todos os nossos entrevistados serem familiares e por ser a instituição mais presente.

A segunda parte no nosso trabalho encontra-se organizada em dois capítulos. No primeiro, apresentamos o nosso estudo empírico, definindo os objectivos. Além disso, identificamos, caracterizando, os instrumentos por nós concebidos, isto é, o guião de entrevista que é composto por 6 unidades de análise: 1.<sup>a</sup> caracterização sócio-demográfica do entrevistado; 2.<sup>a</sup> sobre o acto de cuidar; 3.<sup>a</sup> acerca do apoio informal; 4.<sup>a</sup> acerca do apoio formal; 5.<sup>a</sup> sobre a visão da sociedade; 6.<sup>a</sup> sobre a visão do cuidador e os procedimentos utilizados na sua aplicação. Por fim, fazemos a caracterização sócio-demográfica da nossa amostra.

No segundo capítulo, apresentamos a análise e discussão dos resultados do nosso estudo tendo em conta as diferentes unidades de análise realizadas pela análise de conteúdo construídas antecipadamente e que constituem os instrumentos de recolha de informação (Guião de entrevista).

Nas reflexões finais, tivemos como preocupação, por um lado, sintetizar as principais potencialidades do apoio informal a idosos em contexto domiciliário, e, por outro lado, identificar alguns elementos que acreditamos ser interessantes sob o ponto de vista científico para a compreensão de novas perspectivas na abordagem das questões relacionadas com o apoio informal.

No decorrer do nosso estudo, sentimos algumas limitações, nomeadamente, dificuldade em sistematizar os pontos fundamentais, e de alguma forma, uma emotividade que nos obrigou a um grande esforço de objectividade, apesar de, num trabalho com este carácter interpretativo, com uma metodologia qualitativa, haver sempre alguma margem de subjectividade. Tentamos sempre controlar esses sentimentos, para que o trabalho seja o mais objectivo possível.

Com a realização deste trabalho, tentámos contribuir para a abertura de perspectivas de análise científica em torno das potencialidades que os cuidadores informais possuem e para a perspectivação de formas mais aperfeiçoadas de articulação da rede formal com a informal, para que a relevância das duas seja realmente sentida pelos cuidadores e pelos idosos em contexto domiciliário.



## **Capítulo I – Envelhecimento**

### **1.1. Idoso – uma categoria etária**

A sociedade contemporânea viu surgir dois fenómenos radicalmente novos: a juventude, que intercala a infância e a idade adulta; e essas duas (por vezes três) décadas que separam a cessação da actividade profissional do momento em que insuficiências físicas e mentais suprimem a autonomia do indivíduo e fazem dele um velho (Ariés e Duby, 1991).

Muitas têm sido as designações dadas ao processo de envelhecimento: velhice, terceira idade. A terceira idade, devido ao aumento da esperança de vida, rapidamente ficou desajustada, sendo necessário falar na quarta idade para referir as pessoas com mais de setenta e cinco anos. Pessoas de idade; idosos; pessoas mais velhas – são algumas das expressões utilizadas, algumas com carácter mais estigmatizante do que outras, para identificar um grupo de pessoas que se caracteriza, essencialmente, por uma grande diversidade e heterogeneidade de situações.

A velhice pode ser definida como uma etapa da vida, ou melhor, como uma “sucessão de etapas de contornos pouco precisos e conteúdos multiformes” (Quaresma, 2006). A entrada na reforma, a passagem para uma condição de viuvez, a degradação física de forma perceptível e inibidora da autonomia, são fases estruturantes do ciclo de vida dos indivíduos não coincidentes no tempo e que, de facto, contêm realidades distintas em função do sexo, da idade cronológica dos indivíduos, do seu nível de instrução e da sua capacidade económica, mas que por si só, ou de forma conjugada, podem definir a entrada na velhice.

O conceito de “velho” foi variando ao longo dos séculos. No século XIII, era-se velho aos 30 anos. E, mesmo no século XIX, quarenta anos era já considerada uma idade avançada. O aumento progressivo da esperança de vida levou a que rapidamente se reformulassem os conceitos de “velhice” e “envelhecimento”. Para Beauvior (1970), os conceitos de “velhice” ou “velhos” servem apenas para designar um colectivo de indivíduos, com múltiplas variações no seu seio. Não se deve, por isso, associar estes conceitos a uma realidade homogénea em que as particularidades e individualidades se esbatem.

A idade surge, aparentemente, como um marco e uma forma relativamente precisa para identificar a partir de quando se é considerado idoso. Contudo, as características relativas ao desenvolvimento biológico, psicológico, mental e social, podem ser tão distintas entre indivíduos, que qualquer classificação se torna arbitrária, pois dificilmente encontramos critérios homogêneos que a fundamentem.

Segundo Simões (1990) e Almeida (1999), o envelhecimento é um fenómeno complexo e heterogêneo, podendo ser-se velho física e psicologicamente, de meia-idade ou jovem, socialmente. No entanto, os sessenta e cinco anos são a referência para o início do fenómeno do envelhecimento. De acordo com Rendas (*cit. in* Pinto, 2001), ainda se pode dividir a terceira idade em três faixas etárias, designadamente:

- Faixa etária dos idosos jovens, com idade igual ou superior a sessenta e cinco anos e até aos setenta e quatro anos;
- Faixa etária dos idosos, com idade igual ou superior aos setenta e cinco anos e até aos oitenta e quatro anos;
- Faixa etária dos muitos idosos, com idade igual ou superior aos oitenta e cinco anos.

Veras (1997) também refere que, actualmente, a própria designação de “terceira idade” (que abrange os “velhos - jovens”, com idades compreendidas entre cinquenta e cinco/setenta e cinco anos) passou a ser insuficiente e acrescentou-se a “quarta idade” (que abrange os “velhos - velhos”, isto é, que ultrapassam os oitenta anos).

Há autores que têm em conta diversas dimensões da idade para clarificar melhor o fenómeno de envelhecimento. De acordo com Marchand (2005), a idade pode ter várias dimensões:

- A dimensão cronológica, que é definida pelo tempo que decorre desde o nascimento até à morte;
- A dimensão biológica, que se refere aos diversos níveis de maturidade física;
- A dimensão psicológica, associada à evolução dos processos cognitivos e emotivos;

- A dimensão funcional, que se refere à capacidade de adaptação às exigências sociais;
- A dimensão social, respeitante aos papéis, hábitos e expectativas relativos à participação social.

Na mesma linha de pensamento, Rodriguez (*cit. in* Imaginário, 2005) determina cinco tipos de idade:

- Idade cronológica: aquela que um indivíduo apresenta em função do tempo percorrido desde o nascimento ao momento actual e que informa relativamente ao período histórico em que o indivíduo viveu;
- Idade biológica: aquela que corresponde ao estado funcional dos órgãos e das funções vitais, comparado com os padrões estabelecidos para cada idade ou grupo etário. Este conceito é muito mais fisiológico do que a idade cronológica;
- Idade funcional: determina a capacidade para manter os papéis pessoais e a integração social do indivíduo na comunidade;
- Idade psico-afectiva: corresponde à personalidade e às emoções do indivíduo e não está limitada à idade cronológica;
- Idade social: relativa à sucessão de papéis que a sociedade atribui à pessoa.

Vários autores consideram que o envelhecimento é muito mais abrangente e complexo que a idade estabelecida. Para Zimermen (2000), as características das pessoas idosas não são peculiares de uma faixa etária.

Na mesma linha de pensamento, Pimentel (2005) refere não haver uniformidade para estabelecer os limites em que começa e acaba a terceira idade, visto que os sessenta e cinco anos de idade como idade de reforma deixaram de ser a referência. Hoje, as pessoas reformam-se cada vez mais cedo, por razões que não se prendem só com a idade, mas sim e designadamente, com o desemprego, com a incapacidade e com a reforma antecipada, entre outros.

Lima e Viegas (1998) definem a velhice como um conceito referente à forma como cada sociedade conceptualiza esta fase do ciclo de vida, segundo uma construção social, inscrita numa conjuntura histórica.

São muitos os factores determinantes e desencadeadores do crescimento e do envelhecimento. Para Birren e Cunningham (*cit. in* Paúl, 1997), estes factores incluem a genética, o meio físico e social e ainda outros aspectos, como o pensamento e a escolha. Na perspectiva de Fernandes (2002, p. 24), o envelhecimento é:

“Um processo “inelutável” caracterizado por um conjunto complexo de factores fisiológicos, psicológicos e sociais específicos em cada indivíduo, podendo ser considerada o “coroamento” das etapas da vida.”

## **1.2. Teorias explicativas do envelhecimento**

As teorias relativas às causas do envelhecimento podem dividir-se em dois grandes grupos: as chamadas teorias gerais do envelhecimento biológico e as teorias do envelhecimento psicossocial (Berger et al. 1995).

Segundo Hespanha (1993), o processo biológico de envelhecimento é contínuo, progressivo e assemelha-se mais a um declive regular do que a um degrau de uma escala. São as sociedades humanas que “cortam” a vida em pedaços, não a natureza.

O envelhecimento é a perda progressiva e irreversível da capacidade de adaptação do organismo às condições do ambiente. O ritmo do processo de envelhecimento varia de pessoa para pessoa, de órgão para órgão e mesmo de célula para célula (Ladislav 1994).

As teorias do envelhecimento biológico em geral defendem que o envelhecimento é uma consequência de lesões sucessivas, que diminuem as probabilidades de sobrevivência do indivíduo (Berger et al. 1995). Estas teorias:

- A teoria imunológica defende que o sistema imunitário do indivíduo não distingue as células do organismo de substâncias estranhas, formando anticorpos

que atacam as células sãs, isto é, o envelhecimento dá-se por uma gradual degeneração do sistema imunológico;

- A teoria genética defende que o envelhecimento é programado biologicamente. As células são pré-programadas geneticamente para se dividirem apenas um determinado número de vezes, e logo após este limite de divisões, morreriam;
- A teoria do erro na síntese proteica defende que esta produz alterações da molécula do DNA que impedem a produção de proteínas essenciais para a vida;
- A teoria do desgaste defende que o organismo humano se desgasta com o uso;
- A teoria dos radicais livre defende que o aumento de produção de substâncias tóxicas pelo organismo ajuda ao envelhecimento;
- A teoria neuro-endócrina defende que as funções neuro-endócrinas regulam o envelhecimento celular.

O envelhecimento, pode também ser um fenómeno básico da vida do ser humano. Neste sentido, o modelo médico define-o como um processo básico, isto é, um fenómeno biológico inevitável e relativamente imutável (Paúl, 1997). Para Rodrigues (1998), envelhecer é um fenómeno existencial, como viver e morrer.

O envelhecimento é uma lei universal. Por se inscrever no ciclo biológico de nascimento, crescimento e morte, o significado social da velhice é definido cultural e historicamente, de acordo com uma determinada conjuntura (Hespanha, 1993). Por isso, as teorias do envelhecimento psicossocial defendem que este é uma consequência directa dos factores culturais e sociais, resultando da influência destes sobre o indivíduo. Neste sentido, Berger, et. al. (1995) refere:

- A teoria da actividade, que sublinha a necessidade do idoso continuar socialmente activo para obter maior satisfação na vida, mantendo a auto-estima e conservando a saúde, evidenciando-se, assim, a necessidade do idoso continuar activo;
- A teoria da desinserção, que demonstra que o envelhecimento é acompanhado de uma desinserção recíproca do indivíduo e da sociedade, ou seja, que o indivíduo põe fim de forma gradual ao seu empenhamento, ao retirar-se da sociedade. Segundo esta teoria, com a idade, a pessoa descompromete-se

socialmente (redução do número e da duração dos contactos sociais) e psicologicamente (desempenho afectivo e emocional, nas relações sociais);

- A teoria da continuidade, que sugere que, sendo o envelhecimento uma parte integrante do ciclo da vida, a pessoa mantém a continuidade dos hábitos de vida, as preferências, experiências e compromissos adquiridos ao longo de todo o ciclo da vida.

Para Fernandes (2002), o envelhecimento é um processo complexo, cujo funcionamento não se conhece em pormenor, sendo justificado por diversas teorias e não menos pontos de vista, a maioria deles, procedentes de aspectos particulares da velhice, carecendo ainda de fundamento lógico.

O autor acima referido afirma que se torna imperioso que as explicações para o processo de envelhecimento sejam elaboradas de forma mais integradora, para que, do envelhecimento, não se tenha uma visão ou visões unilaterais, que analisam os diferentes aspectos do mesmo como partes estanques.

Numa perspectiva holística, o comportamento dos idosos é visto como um todo, em que uma alteração no sistema biológico, um agravamento de uma deficiência sensorial ou motora, o desaparecimento de mais um ente querido da sua rede social de apoio, por exemplo, se confundem com uma disfunção do humor, apatia ou a perda de capacidades cognitivas (idem).

### **1.3. Dependência e idosos**

Nos últimos anos, tem-se assistido a um crescente envelhecimento da população e, conseqüentemente, a um aumento das situações de pessoas com limitações e ou dependência física. As situações de dependência, seja qual for o local onde o idoso esteja integrado (domicílio, hospital, lar de terceira idade, entre outros), têm implicações diversas na sua vida e na vida dos cuidadores (Lemos, 2000).

Lemos (2000), considera existirem quatro “categorias” de idosos, relacionadas com o seu grau de autonomia ou de dependência:

- *Autónomo*: idoso que é capaz de realizar, sem apoio de terceira pessoa, os cuidados de necessidade básica (higiene pessoal, autonomia na deslocação e capacidade de se alimentar);
- *Parcialmente dependente*: idoso que necessita de apoio de terceira pessoa na higiene pessoal ou na deslocação;
- *Dependente*: idoso que necessita de apoio de terceira pessoa para a satisfação das necessidades básicas (higiene pessoal, deslocação e alimentação), bem como de vigilância periódica no âmbito da saúde;
- *Grande dependente*: idoso que necessita de apoio permanente de terceira pessoa, para satisfação das necessidades básicas, bem como de cuidados permanentes de saúde.

Segundo as Orientações da intervenção articulada de apoio social e dos cuidados de saúde continuados, dirigidos às pessoas dependente – IIª Série do Diário da Republica, n.º 138 de 18/06/1998, pode dizer-se que uma pessoa é dependente quando apresenta uma perda mais ou menos importante da sua autonomia funcional e necessita de ajuda para poder desenvolver a sua vida diária. Normalmente, as causas de dependência de uma pessoa são múltiplas e variam bastante de pessoa para pessoa.

As pessoas dependentes têm em comum a necessidade de ajuda de terceira pessoa para realizar as actividades da vida quotidiana. Estas pessoas vêm diminuídas, em maior ou menor grau, a sua autonomia pessoal, isto é, a sua capacidade para realizar de forma independente as actividades da vida diária.

Por outro lado, diferenciam-se pelo grau de dependência que apresentam. Assim, algumas pessoas necessitam de ajudas mínimas, como o acompanhamento em algumas actividades, ao passo que outras requerem uma ajuda ampla e constante, como é o caso de pessoas que necessitam de ajuda para realizar a sua higiene pessoal ou para se alimentarem.

Os idosos dependentes ou grandes dependentes são, sem dúvida, a grande preocupação ao nível social.

Lemos (2000) traça os seguintes percursos dos idosos, ou de muitos idosos dependentes: os que estão em casa, quando ficam dependentes, continuam no domicílio ou são encaminhados para o hospital, através do centro de saúde, regressando, depois, novamente, ao domicílio (próprio ou de familiares), quando têm alta, ou sendo encaminhados para famílias de acolhimento ou lares de idosos. Actualmente, também podem ser integrados na Rede Nacional de Cuidados Continuados.

<b>Casa</b>			
Para onde é encaminhado através dos Centros de Saúde, e/ou devido ao seu agravamento do seu estado de saúde			
<b>Hospitalização</b>			
Permanente no hospital, por insuficiência de respostas sociais, onde, para além de ocupar uma cama, o custo do internamento é extremamente alto	Ao ter alta, porque no hospital não pode ser melhorado o seu estado de saúde, o idoso poderá ser encaminhado para casa de familiares, caso haja receptividade por parte destes, podendo ter o apoio domiciliário	Ao ter alta, porque no hospital não pode ser melhorado o seu estado de saúde, o idoso poderá ser encaminhado para a sua própria casa, onde poderá vir a ter o apoio domiciliário de que necessita	Ao ter alta, porque no hospital não pode ser melhorado o seu estado de saúde, o idoso é encaminhado para um lar de idosos.

**Tabela 1 - Circuito do idoso dependente**

A dependência, como refere Hockey e James (1993 *cit. in* Portugal, 2007), é uma possibilidade para qualquer indivíduo, ao longo do seu ciclo de vida. No interior da família, a dependência faz parte da trama de laços que se estabelecem entre os seus elementos e da constelação de princípios, mais ou menos conflitantes, que regem as relações no interior da rede.

#### **1.4. Considerações epidemiológicas e demográficas**

A velhice é, pois, uma construção das sociedades em que, pela melhoria das condições de vida, em geral, se alargou o período de tempo entre a cessação de actividade e a morte.

Nas sociedades desenvolvidas, o aumento da esperança média de vida tem implicado, também, um aumento acentuado da população idosa, com os problemas inerentes a esta nova situação.

O envelhecimento demográfico, entendido como o aumento do número de pessoas (em termos absolutos e relativos) com mais de sessenta e cinco anos de idade, é, hoje, um fenómeno incontornável e que se tem vindo a intensificar nas sociedades actuais.

O envelhecimento da população começa a ser pronunciado, assumindo um carácter epidemiológico e demográfico no período pós Segunda Guerra Mundial. As sociedades desenvolvidas contemporâneas caracterizam-se, em especial a partir da segunda metade do século XX, pelo envelhecimento demográfico. Não se trata de nenhuma epidemia ou doença, mas sim de uma simples constatação quantitativa. É que, durante milénios, a mortalidade e a fecundidade quase se equilibraram, com um ligeiro ganho para a vida. Este equilíbrio foi rompido essencialmente por duas razões, que são consequências da industrialização. A primeira é a queda vertiginosa da mortalidade infantil, devido à quase erradicação das doenças infecciosas. A segunda é o aumento da longevidade, como refere Fontaine (2000, p. 20):

“A esperança de vida não deixou de aumentar desde o século XVIII, nos países que vão conhecer a revolução industrial. Até ao século XVIII, a esperança de vida não excedia os 30 anos. Em 1956, ela era de 66 anos nos países desenvolvidos, e de 41 anos nos países em vias de desenvolvimento. Actualmente ela é da ordem dos 74 anos nos países industrializados e de cerca de 50 anos (com enormes disparidades) nos países em vias de desenvolvimento”.

Rosa (2000) refere que as estimativas da Organização das Nações Unidas (ONU) indicam que, em 2025, o número de pessoas idosas (sessenta ou mais anos) no mundo duplicará, passando dos actuais seiscentos milhões para mil e duzentos milhões. Os dados indicam ainda que, em cada dois milhões de pessoas que completam sessenta anos, 80 % vivem em países desenvolvidos. Prevê-se que mais de um terço da população passe a ser constituída por idosos, devido a vários factores, entre os quais, a diminuição das taxas de natalidade e fertilidade, a melhoria das condições de vida, a melhor cobertura das necessidades sociais e da saúde, a diminuição das taxas de mortalidade e o aumento de esperança de vida

Os resultados divulgados na II Assembleia Mundial Sobre o envelhecimento, em 1950, e referidos por Cardoso et al. (2008), indicam que as pessoas idosas representavam 8.2% da população mundial, valor que se viu aumentado em dez pontos percentuais no ano 2000. Em 2050, espera-se que os actuais seiscentos milhões de pessoas com mais de sessenta anos se transformem em dois mil milhões, o que equivale a cerca de 21% da população mundial. Se tal acontecer, haverá no mundo tantos idosos como jovens

De acordo com os dados do *Eurostat*, um em cada três cidadãos da União Europeia (UE) tem mais de cinquenta anos, e um em cada cinco ultrapassa os sessenta anos. Em 2050, poderá chegar aos 37%, face aos 20% actuais (Machado, 2003).

Segundo Rosa (2000), em 1999 os indivíduos com menos de quinze anos (jovens) e com mais de sessenta e cinco anos (idosos) representavam respectivamente, 31% e 7% da população total mundial. Neste contexto, a UE, com 17% de jovens e 16% de idosos, releva-se um espaço particularmente envelhecido a nível mundial. Entre 1090 e 1995, a esperança média de vida dos cidadãos da UE aumentou oito anos para os homens e sete para as mulheres.

Segundo uma comunicação da Comissão Europeia de 9 de Julho de 1997 (*cit. in* Relatório Demográfico, 1997), o ano em que a população activa começará a diminuir por motivos demográficos situa-se entre 2000 e 2010.

#### **1.4.1. Número de idosos a nível mundial – estimativas**

Rosa (2000) refere que, embora o crescimento demográfico seja uma tendência geral da EU, o ritmo e a intensidade do desenvolvimento variam muito de região para região. As regiões serão, portanto, afectadas pela evolução demográfica de diferentes maneiras, em diferentes momentos e em diferentes graus. O crescimento e o envelhecimento demográficos serão, assim, repartidos de forma desigual, podendo o mesmo país apresentar diversidade de situações. O aspecto mais marcante da demografia comunitária reside mesmo no aumento acelerado da relação numérica entre pessoas idosas e mais jovens (envelhecimento demográfico). Há duas possíveis explicações para o processo de envelhecimento: ao diminuírem, ano após ano, os efectivos de recém-nascidos, a quebra da fecundidade, iniciada em 1965, faz com que a base da pirâmide

etária seja cada vez mais estreita; a evolução em direcção a uma melhor qualidade de vida permitiu um aumento da esperança média de vida que se generalizou a partir da década de sessenta. Seja qual for o cenário, serão menos as pessoas no activo e estas terão de garantir um maior número de transferências financeiras para os grupos dependentes.

Portugal não é excepção a este quadro demográfico, que ilustra o rápido envelhecimento da população. Giddens (2002) apelida este fenómeno de “agrisalhamento da população”, enquanto Peterson (1999) se refere a esta transformação como uma “alvorada grisalha” (no original: *Gray Dawn*).

Segundo Lemos (2000), nos últimos quarenta anos, a população portuguesa sofreu profundas alterações em termos demográficos. Estas alterações, que se repercutem nos mais variados domínios da vida colectiva - no consumo, na saúde, no emprego, na protecção social e na própria economia - representam uma ameaça no que se refere ao equilíbrio da sociedade.

#### **1.4.2. Número de idosos a nível europeu - estimativas**

De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE) (1999), é possível encontrar fases distintas da evolução da população portuguesa desde a década de 60: um ligeiro acréscimo no início dos anos sessenta; decréscimo de 1964 a 1973; crescimento demográfico explosivo nos anos de 1974 e 1975, com taxas médias de crescimento de 3% e 5 %, respectivamente; crescimento elevado, mas mais lento, nos anos seguintes da década de setenta; desaceleração acentuada dos ritmos de crescimento demográfico durante a década de oitenta, com posterior passagem a taxas de crescimento negativas; ritmo de crescimento muito lento na década de noventa.

Em termos globais, entre 1960 e 1998, a população portuguesa atravessou um período de crescimento global (12,3%) para o qual contribuíram, não só as taxas de natalidade e de mortalidade, mas também, os fortes fluxos migratórios (saliente-se, pela sua importância, o caso dos retornados das ex-colónias). Consequentemente, Portugal sofreu profundas alterações na estrutura etária, nomeadamente, no que se refere à aceleração do envelhecimento demográfico (Lemos, 2000).

Rosa (2000) refere que, entre 1960 e 1998, se verificou um decréscimo em termos percentuais de 35,1% na população com idades compreendidas entre os zero e os catorze anos e um crescimento de 114% na população idosa (com mais de sessenta e cinco anos).

### **1.4.3. Número de idosos em Portugal – estimativas**

Segundo Lemos (2000), no período compreendido entre 1990 e 1998, a população portuguesa com mais de sessenta e cinco anos aumentou continuamente em termos absolutos e relativos face à totalidade da população em Portugal. Nestes anos, o acréscimo populacional total foi superior a cento e cinquenta mil efectivos. O número de idosos ultrapassou o milhão e meio de indivíduos em 1997.

Rosa (2000) afirma que o fenómeno de envelhecimento se traduziu por um decréscimo de 35,1% na população mais jovem, isto é, com idades compreendidas entre os zero e os catorze anos, e um incremento de 114,4% na população idosa, ou seja, com sessenta e cinco anos e mais anos. O grupo de jovens que, em 1960, representava 29,2% do total da população, viu essa posição reduzir-se a 16,9%, em 1998. Simultaneamente, o grupo dos idosos não deixou de crescer e elevou-se de 8,0% para 15,2%, no mesmo período. Segundo o INE (1999), a população idosa aproximou-se, em valores absolutos, da população jovem.

Em Portugal, a proporção de pessoas com sessenta e cinco ou mais anos duplicou nos últimos quarenta e cinco anos, passando de 8% no total da população, em 1960, para 17,1% em 2005 (INE, 2005). De acordo com o cenário médio das projecções demográficas mais recentes, elaboradas pelo INE, estima-se que esta proporção volte a duplicar nos próximos quarenta e cinco anos, representando, em 2050, 32% do total da população. Paralelamente, a população jovem diminuiu de 29% para 16% do total da população, entre 1960 e 2005, e irá atingir os 13%, em 2050. O ritmo de crescimento da população idosa e da população muito idosa é bastante superior ao da população total, quer no período retrospectivo, quer no período de projecção. De salientar também que a população em idade activa (quinze-sessenta e quatro anos) regista duas tendências distintas: o grupo de adultos jovens (quinze-vinte e quatro anos) reduziu a sua proporção na população total (12,2%), enquanto a população adulta (vinte e cinco-

sessenta e quatro anos) segue a tendência da população idosa (55,1%). Importa também referir que o índice de envelhecimento ultrapassou o índice cem, em 2000, e atingiu cento e dez, em 2005, sendo o fenómeno do envelhecimento mais forte entre as mulheres, como reflexo da sua maior longevidade. As projecções apontam para a possibilidade de o índice de envelhecimento poder atingir os 243 idosos por cada 100 jovens, porque a população continua a envelhecer.

Face ao exposto, podemos concluir que o envelhecimento demográfico surge por um aumento da proporção de pessoas idosas na população total (envelhecimento de topo), em detrimento da população jovem e/ou da população em idade activa (envelhecimento base).

O envelhecimento da população portuguesa tenderá a agravar-se nos anos futuros. A tabela apresentada a seguir representa a evolução das percentagens da população jovem e da população idosa, desde 1990 até 1999, e a projecção da sua evolução até 2020. É visível que as linhas se cruzarão no ano 2015.

	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2020
<b>0 a 14 anos</b>	1974	1745	1691	1734	1755	1709	1634
<b>65 e mais anos</b>	1344	1457	1547	1608	1654	1737	1830

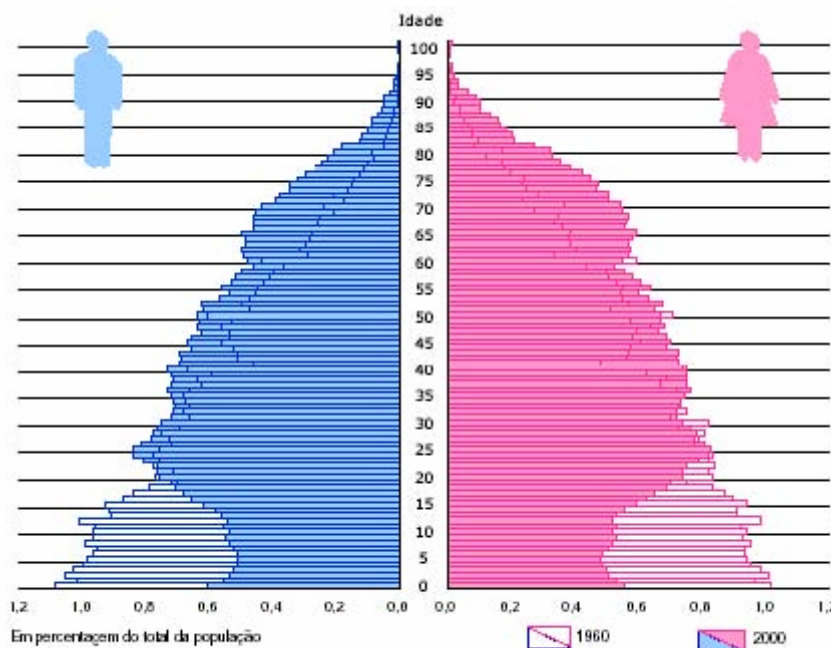
**Tabela 2 - Evolução da % da população jovem e da população idosa**  
(Fonte: INE, projecção calculadas no gabinete de estudos e conjuntura)

Estima-se ainda que, até ao ano de 2050, a percentagem de pessoas com sessenta e cinco anos e mais anos irá duplicar, passando de 16,5% em 2001, para 31,8%, em 2050 (Barros, 2005).

Em Portugal, as alterações na estrutura demográfica estão bem patentes na comparação das pirâmides de idades em 1960 e 2000.

Entre 1960 e 2000, a proporção de jovens (zero-catorze anos) diminuiu de cerca de 37% para 30%. Segundo a hipótese média de projecção de população mundial das Nações Unidas, a proporção de jovens continuará a diminuir, para atingir os 21% do total da população em 2050. Ao contrário, a proporção da população mundial com sessenta e cinco ou mais anos regista uma tendência crescente, aumentando de 5,3% para 6,9% do

total da população, entre 1960 e 2000, e para 15,6%, em 2050, segundo as mesmas hipóteses de projecção. De referir ainda que o ritmo de crescimento da população idosa é quatro vezes superior ao da população jovem. Em consequência das diferentes dinâmicas regionais, e à semelhança do que se verifica no Mundo, também no território nacional a distribuição da população idosa não é homogénea (Barros, 2005).



Fonte: INE/DECP, Estimativas e Recenseamentos Gerais da População

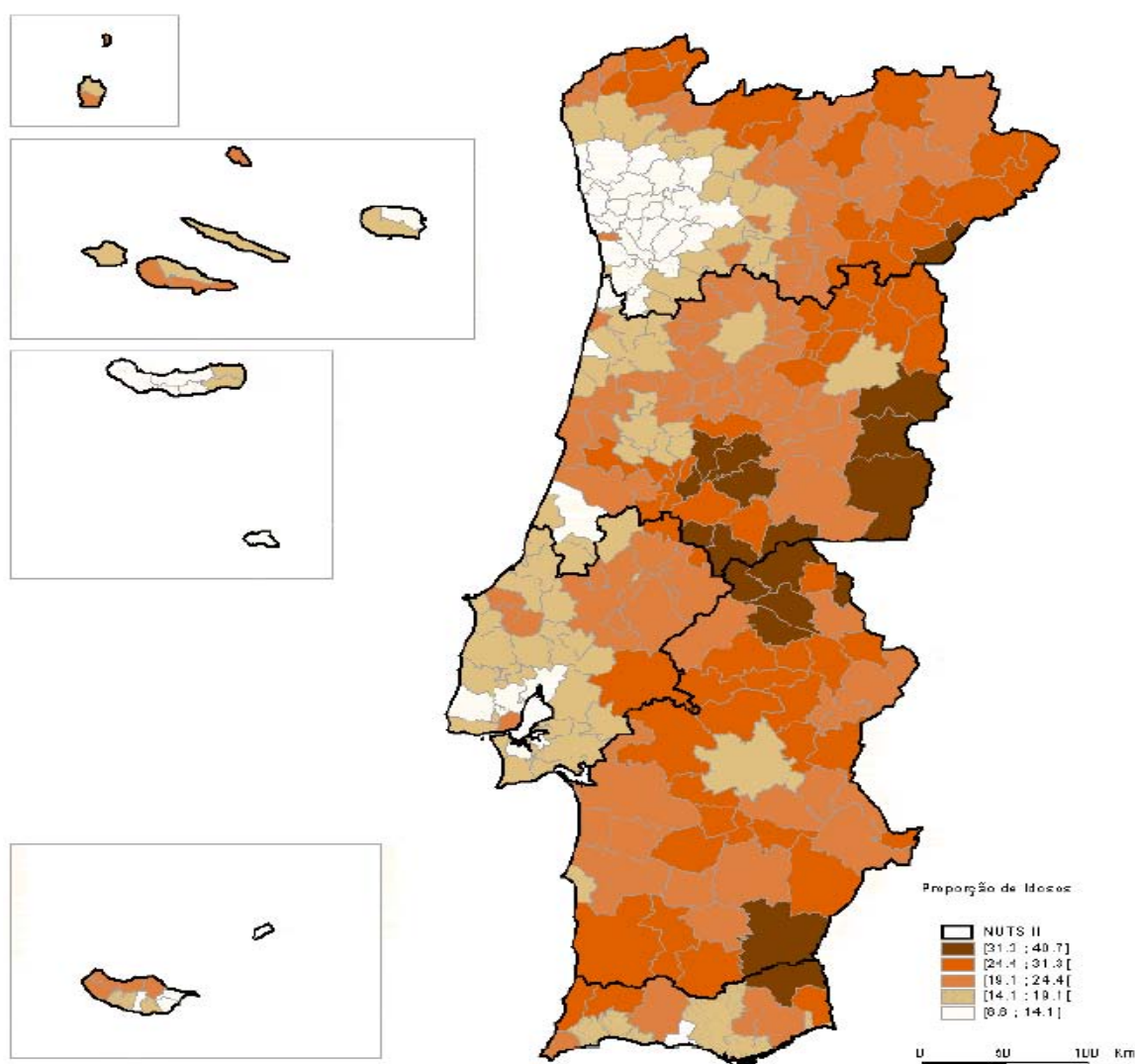
**Gráfico 1 – Distribuição da população idosa**

Barros (2005) refere que o envelhecimento drástico da população acarreta consequências a todos os níveis da sociedade.

Em 2001, a população idosa apresentou, pela primeira vez, um valor superior ao dos habitantes com menos de quinze anos (16,4% e 16,0% respectivamente). No futuro, a manutenção destas tendências, mesmo que se verifique uma ligeira recuperação da fecundidade, conduzirá, inevitavelmente, ao agravamento dos níveis de envelhecimento da população, particularmente, devido ao crescimento do número de habitantes muito idosos e a um processo de declínio demográfico.

De acordo com um estudo apresentado pelo Instituto para o Desenvolvimento Social (IDS) (1999), em Portugal, entre 1991 e 1997, aumentou em cerca de 159 000 o número de pessoas com mais de sessenta e cinco anos. No mesmo período, o número de pessoas

com oitenta e cinco e mais anos de idade sofreu um acréscimo de mais de 14 000. Ainda, no mesmo intervalo de tempo, o índice de envelhecimento subiu de 71,4% para 88,5% e o índice de dependência subiu de 20,7 para 22,2. Relativamente ao peso da população com sessenta e cinco e mais anos no total da população, há sete distritos que se situam abaixo da média nacional (13,6%) e todos os outros acima da mesma. Há distritos, no nosso país, nos quais esse grupo etário representa mais de 22% da população.



**Figura 1– População em Portugal com mais de 65 anos de idade**

Fonte: INE/DME, Serviço de Geoinformação

Santana et al. (2008) refere que, segundo os dados do INE (2008), a população residente em Portugal Continental aumentou 6,9% nos últimos dezasseis anos, mas o crescimento no grupo etário com sessenta e cinco e mais anos (65+) foi de 34,6%, tendo passado de 14,0% (1.328.36) para 17,6% (1.787.344). Quanto à população com oitenta e cinco e

mais anos (85+), quase duplicou: em 1991 representava 1,0% (91.058), tendo-se estimado que em 2007 residiriam 173.164 indivíduos com 85+ (1,7% da população) em Portugal continental. As projecções elaboradas pelo INE prevêm que, em 2040, as populações com (65+) e (85+) serão, respectivamente, de 28,8% e 3,8% do total de residentes. Em 2007, o índice de envelhecimento era de 116 indivíduos com (65+) por cada cem (zero a catorze anos), podendo atingir 224/100, em 2040. Prevê-se que o índice de dependência de idosos, que era de vinte e seis por cada cem indivíduos em idade activa, aumente para 49/100, em 2040, se as hipóteses do cenário base das projecções se verificarem. A esperança de vida à nascença aumentou quatro anos e meio em quinze anos. Passou de 74,2 anos, em 1991, para 78,7 anos, em 2006, sendo mais elevada nas mulheres. Por exemplo, em 2006, a esperança de vida para os homens era de 75,4 e para as mulheres de 81,9.

O aumento da esperança de vida, associado a baixas taxas de fecundidade, tem ditado um futuro inevitável de “duplo envelhecimento” das pirâmides demográficas, que se expressa num aumento do número de pessoas mais velhas e no decréscimo do número de jovens, gerando-se aquilo que alguns autores designam de “inversão demográfica” ou “desequilíbrio intergeracional” (Fernandes, 2001).

O processo de envelhecimento é acompanhado de um aumento expressivo de uma “nova geração de pessoas muito idosas”, na medida em que a população com setenta e cinco anos reforçou a sua posição representando, em 2007, 47,7% da população idosa (mais de sessenta e quatro anos). No mesmo ano, a população com oitenta e mais anos significava 24% do total da população idosa residente, ou seja, 4,2% da população total. O envelhecimento populacional assume uma dimensão feminina. Pela sua maior esperança de vida, e devido à sobremortalidade entre a população masculina, as mulheres representavam, em 2007, em Portugal, 58,2% da população com sessenta e cinco ou mais anos. Olhando de outro modo, 19,7% das mulheres tinham mais de sessenta e quatro anos e 5,3% mais de setenta e nove anos: para os homens, estas percentagens eram de 15% e 3%, respectivamente (Cardoso et al., 2008).

Face a este cenário, facilmente se concluirá que, ao invés das gerações se sucederem, é cada vez mais provável que coexistam, permitindo aos avós, e em particular às avós e bisavós, conhecerem e conviverem durante mais tempo com filhos, netos e/ou bisnetos,

o que constitui uma grande oportunidade de desenvolvimento pessoal, e, simultaneamente, um enorme desafio social.

#### 1.4.3.1. Número de idosos no distrito de Braga - estimativas

O estudo empírico realizou-se no distrito de Braga, pelo que apresentamos de seguida dados específicos sobre o mesmo. De acordo com os censos de 1991, existem no distrito de Braga 72 685 pessoas cuja idade é igual ou superior a sessenta e cinco anos, representando 9,7% do total da população do distrito (no País, este grupo etário representa 13,6%).

Na análise concelhia, verificam-se assimetrias que variam entre um mínimo de 7,9%, no concelho de Guimarães, e um máximo de 16,6%, no concelho de Terras de Bouro. No total de indivíduos com sessenta e cinco e mais anos, estão incluídos 1218 “grandes idosos” que têm noventa e mais anos. Os “grandes idosos” correspondem a 1,7% de toda a população idosa deste distrito.

Grupo etário	Braga	País
65/79 anos	59099	1085455
80/89 anos	12368	234206
> e igual 90 anos	1218	22560
<b>Total</b>	<b>72685</b>	<b>1342221</b>

**Tabela 3 - Comparação entre o distrito de Braga e o restante país, com o grupo etário com idade igual ou superior a 65 anos.**

(Fonte: INE, Censos 1991)

Ano	Braga	%	País	%
1991	73 880	9,9	1 364 940	13,8
1992	75 260	10,0	1 384 590	14,0
1993	77 100	10,1	1 406 490	14,2
1994	78 600	10,2	1 431 090	14,4
1995	80 620	10,4	1 456 550	14,7
1996	82 410	10,6	1 477 540	14,9
1997	84 090	10,7	1 500 810	15,1

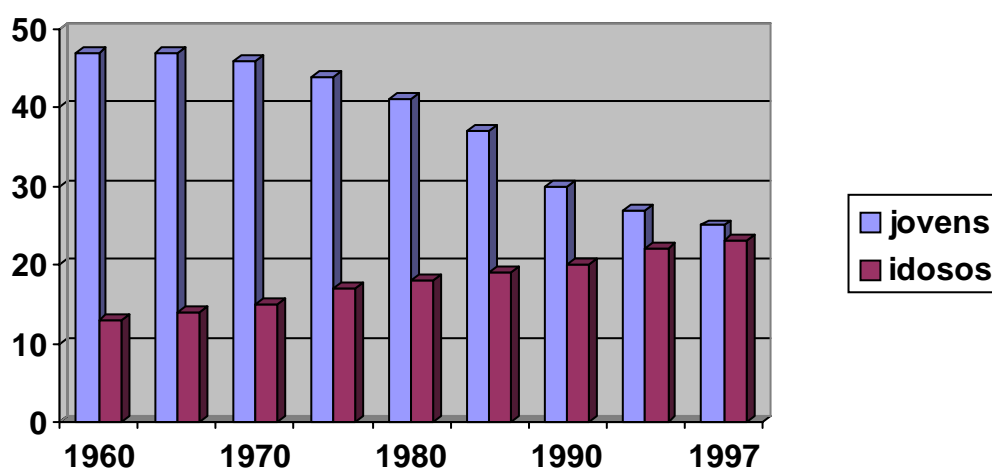
**Tabela 4 - Estimativa da população com idade igual ou superior a 65 anos entre o distrito de Braga e o restante país.**

(Fonte: INE, Censos 1991)

Pelas estimativas do INE, verifica-se que a população de Braga com sessenta e cinco ou mais anos tem revelado uma evolução que se traduz por um aumento gradual do seu número. Esta variação é semelhante à que se constata a nível do País, onde a população idosa tem aumentado regularmente. Entre 1991 e 1997, observou-se que a percentagem

dos idosos com sessenta e cinco e mais anos, relativamente ao universo da população do distrito de Braga, subiu de 9,9% para 10,7%. No que concerne ao total da população do País, constatou-se uma subida de 13,8% para 15,1%.

O aumento no número de idosos tem-se traduzido também em índices de dependência destes (percentagem da população com mais de sessenta e cinco anos, relativamente à população em idade activa) cada vez mais elevados, ao mesmo tempo que o índice de dependência dos jovens (percentagem de população jovem, com menos de catorze anos, em relação à população em idade activa) tem vindo a diminuir. Como se pode ver pelo gráfico, o índice de dependência dos idosos praticamente duplicou entre 1960 e 1997 (Carvalho, 2004).



**Gráfico 2 – Aumento do índice de dependência de idosos e decréscimo do índice de dependência de jovens na população portuguesa, entre 1960 e 1997.**

(Adaptado de Carvalho, 2004)

Como referido anteriormente, o estudo empírico do presente trabalho realizou-se no concelho de Vieira do Minho, que pertence ao distrito de Braga, pelo que apresentamos de seguida dados específicos sobre o mesmo.

O envelhecimento e a dependência têm vindo a aumentar. De acordo com um estudo do Instituto para o Desenvolvimento Social (IDS) (1999), entre 1991 e 1997, o índice de envelhecimento no distrito de Braga aumentou de 41,1 para 51,8. Este aumento foi constante ao longo deste intervalo de tempo e acompanhou a subida verificada a nível nacional, cujo índice passou de 71,4 para 88,5. Simultaneamente, e decorrente das

oscilações do número de pessoas idosas, o índice de dependência dos idosos passou, no distrito de Braga, de 14,9, em 1991, para 15,6, em 1997. Repare-se que, a nível nacional, este índice subiu de 20,7, em 1991, para 22,2, em 1997.

<b>Concelhos</b>	<b>Índice de envelhecimento (N.º) em 2003</b>	<b>Índice de envelhecimento (N.º) em 2006</b>
Cabeceiras de Basto	90,6	96,1
Fafe	75,0	83,7
Guimarães	56,0	66,9
Mondim de Basto	94,3	104,8
Póvoa de Lanhoso	81,3	90,3
<b>Vieira do Minho</b>	<b>115,0</b>	<b>128,1</b>
Vila Nova de Famalicão	61,5	70,9
Vizela	45,5	55,8

**Tabela 5 - Evolução do índice de envelhecimento nos concelhos da Região Ave**  
Fonte: INE, Anuário Estatístico da Região Norte, 2006

<b>Concelhos</b>	<b>Índice de envelhecimento (N.º) em 2006</b>
Cabeceiras de Basto	26,3
Fafe	20,3
Guimarães	16,3
Mondim de Basto	25,4
Póvoa de Lanhoso	22,6
<b>Vieira do Minho</b>	<b>28,1</b>
Vila Nova de Famalicão	17,3
Vizela	14,3

**Tabela 6 - Índice de dependência de idosos nos concelhos da Região Ave**  
Fonte: INE, Anuário Estatístico da Região Norte, 2006

Podemos afirmar que, na Região do Ave, o concelho de Vieira do Minho, é o concelho que tem um índice de envelhecimento mais elevado (28,1%), o que nos levou a optar por realizar o estudo prático nesse concelho rural.

### **1.5. Consequências do envelhecimento**

Todos os níveis da nossa sociedade são afectados pelo fenómeno da velhice. De acordo com Pinto (2001), a sociedade terá que encarar pelo menos dois problemas, que será necessário debater: primeiro, o aumento de pessoas idosas activas, que torna necessárias novas estruturas sociais e novas oportunidades a criar para esta população; segundo, o número acrescido de pessoas idosas a necessitar de apoio requer uma intervenção nos cuidados de saúde e nos cuidados sociais, resultando daqui consequências económicas.

Sob o plano social, constata-se que os idosos são excluídos cada vez mais cedo da vida profissional, dependendo totalmente da protecção social, que não lhes assegura mais que um poder de compra cada vez mais fraco. Ao perderem a ocupação do emprego, perdem, conseqüentemente, diferentes papéis na sociedade. Os idosos sentem-se excluídos pelas mudanças de vida que se foram operando, o que gera sofrimento, solidão, impossibilidade de intimidade nas relações e improdutividade. Já no plano cultural, aparecem profundas modificações, a par do aumento do tempo de lazer, enquanto que, num plano mais geral, o desafio fundamental reside em permitir às pessoas não só que morram o mais idosas possível, mas também que vivam uma velhice bem sucedida (Fontaine, 2000).

Segundo Remi Lenoir (*cit. in* Fernandes, 1997), o surgimento das primeiras reformas resultou, por um lado, da necessidade de renovar a classe operária, substituindo aqueles que vão perdendo a força para trabalhar e, por outro lado, de ser preciso evitar a generalização de situações de pobreza extrema e abandono a que ficavam sujeitos os trabalhadores que atingiam certa idade e iam perdendo faculdades. Hoje, porém, envelhece-se precocemente para o mercado de trabalho e as situações de reforma têm múltiplas causas, podendo ser atribuídas antes dos limites legais para o efeito, por razões que ultrapassam questões de saúde dos indivíduos: pode, nomeadamente, ser antecipada na sequência de reestruturações empresariais, pode resultar de factores como o desemprego. Estamos, pois, perante uma nova categoria de discriminação (o “etarismo”) que tem um papel relevante nas novas condições de funcionamento do mercado de trabalho, para quem os indivíduos a partir dos 40 anos são velhos, face aos “novos paradigmas da organização das empresas, dos mercados e da população” (Centeno, 2006).

Por outro lado, e na sequência da melhoria das condições de vida e do aumento da esperança de vida, os indivíduos dispõem de mais anos para viver e, em geral, também há cada vez mais pessoas ditas “idosas” que vivem de forma mais saudável, com mais autonomia, com mais meios económicos.

Uma perspectiva holística do conceito de envelhecimento activo obriga mesmo a pensar num prolongamento da participação das pessoas no emprego, para o qual o mercado não está, de todo, preparado.

Vive-se, pois, um tempo em que idade biológica e idade social estão dessincronizadas (Quaresma, 2006), isto é, um tempo em que é patente um desfasamento entre a idade da reforma e aquele em que a velhice se torna biologicamente perceptível, levando alguns autores a afirmar que “a noção de envelhecimento demográfico, ao ser construída sobre uma categoria de idade fixa, contribui para mascarar a evolução real da idade, em termos da qualidade dos anos vividos e conquistados à morte” (Fernandes, 1997). E se “a idade de entrada na reforma já não serve como “ponto de entrada” para a velhice (...), já não serve para definir o idoso” (Costa, 1993) o que, sem abandonar a perspectiva etária, deve servir para melhor procurar e compreender as heterogeneidades que se podem encontrar dentro da pretensa homogeneidade, criada pela consideração de uma classe de idade.

### **1.6. Qualidade de vida e envelhecimento**

Rosa (2000) refere que, em lugar de se pensar em soluções para manipular a evolução da população ou para se travar o envelhecimento demográfico, é tempo de se aceitar o curso dos factos, porque o perfil da população não será mais como era no passado e, dadas as implicações dessa mudança de panorama populacional sobre os mais variados sectores a sociedade, há mais do que razões para que se encare, sem subterfúgios, que todas as medidas e políticas deverão concertar-se em formas de adaptação dos modelos de organização colectiva.

O problema da velhice não é, como parece, um problema que as nossas sociedades conheçam bem. Pelo contrário, é um problema novo, porque, anteriormente, o devir da morte era rápido e inexorável. A convivência com a doença e com a dependência vieram colocar novos desafios às nossas sociedades (Parreira, 2006).

O envelhecimento populacional acarreta preocupações, uma vez que pode significar anos de sofrimento e infelicidade, anos de perdas, incapacidades e dependência. O gradual envelhecimento das populações suscitou a necessidade de se avaliar a qualidade de vida dos indivíduos. O bem-estar integral do ser humano, produto da complementaridade entre a componente física e a emocional, contribui decisivamente para o nível de satisfação pessoal do idoso.

O envelhecimento como fenómeno social é um dos desafios mais importantes do século XXI. A qualidade de vida dos idosos é um tema de importância crescente, a par de outros assuntos gerontológicos, tais como a idade da reforma, os meios de subsistência, o estatuto do idoso na sociedade, a solidariedade intergeracional e a sustentabilidade dos sistemas de segurança social e de saúde.

O termo “qualidade de vida” surge nos anos sessenta com o intuito de superar as limitações da concepção existente, segundo a qual, o bem-estar estava relacionado com aspectos puramente económicos. A qualidade de vida de cada época é definida pelos valores que cada grupo social atribui à forma de viver. Com a sociedade em constante evolução, também as variáveis que definem a qualidade de vida evoluem, dependendo de aspectos culturais, económicos e sociais (Dasil, 2004).

A qualidade de vida é um evento multideterminado e, na perspectiva de Lawton (*cit. in* Diogo 2006), a qualidade de vida na velhice depende da constante interacção de muitos elementos ao longo da vida, pelo que a sua avaliação envolve critérios sionormativos e intrapessoais ligados às relações actuais, passadas e prospectivas, entre o idoso e o ambiente.

A expressão “qualidade de vida” tem sido encarada sob múltiplos pontos de vista e tem variado de época para época, de país para país, de cultura para cultura, de classe social para classe social e, até mesmo, de indivíduo para indivíduo.

A qualidade de vida é um estado de bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença ou incapacidade física. Na qualidade de vida cabem cinco elementos: saúde física, saúde psicológica, nível de independência, relações sociais e ambientais. (Ribeiro, 2005).

Parreira (2006) considera que o construto da qualidade de vida se insere na perspectiva da pessoa humana como um sistema vivo e activo que se auto-organiza por diferenciação e integração de múltiplas facetas e se auto-regula nas mais variadas respostas. Ruiz (2001) afirma que a qualidade de vida e a saúde não são sinónimas, tendo a primeira uma componente subjectiva e podendo ser considerada a diferença

entre o actual e o ideal. Este autor entende que a qualidade de vida abarca não só a saúde, mas também o meio ambiente, o salário e o estilo de vida.

O conceito de qualidade de vida visa promover um envelhecimento saudável, segundo a Organização Mundial de Saúde (1994):

*“Qualidade de vida é a percepção que o indivíduo tem da sua posição na vida dentro do contexto da sua cultura e do sistema de valores de onde vive, e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito muito amplo, que incorpora de uma maneira complexa a saúde física de uma pessoa, o seu estado psicológico, o seu nível de dependência, as suas relações sociais, as suas crenças e a relação com características proeminentes no ambiente. À medida que um indivíduo envelhece, a sua qualidade de vida é fortemente determinada pela sua capacidade de manter a autonomia e a independência”.*

As principais dimensões da qualidade de vida, segundo Verdugo et al. (2001) são:

- Bem-estar emocional: saúde emocional da pessoa, familiares e amigos;
- Relações interpessoais: interacção positiva ou negativa com e entre pessoas de seu meio;
- Bem-estar material: consecução e relação com objectos, a característica física dos ambientes em que vivem;
- Desenvolvimento pessoal: relacionado com os resultados positivos que se alcança;
- Bem-estar físico: saúde da pessoa, familiares e amigos;
- Autodeterminação: directamente relacionada com a própria vontade, sem qualquer influência de terceiros;
- Inclusão social: bem-estar colectivo e valores: situações sociais, económicas, políticas que a pessoa percebe de seu meio sócio-cultural;
- Direitos: relação com valores humanos.

Segundo o modelo de Verdugo et al. (2001), as dimensões de qualidade de vida têm indicadores, designadamente:

Dimensões	Indicadores
Inclusão social	Integração comunitária e participação
Bem-estar físico	Saúde e ócio
Relações interpessoais	Interacções e família
Bem-estar material	Emprego e estatuto económico
Bem-estar	Emocional, felicidade e auto-conceito
Autodeterminação	Escolhas, autonomia e controle pessoal
Desenvolvimento pessoal	Educação e capacidades
Direitos	Direitos humanos básicos e respeito

**Tabela 7 - Dimensões e indicadores de qualidade de vida**

**Fonte:** Verdugo et al. (2001, p. 38). *El Concepto de Calidad de Vida en los Servicios Humanos*.

A qualidade de vida é, pois, um conceito multidimensional, que engloba critérios objectivos e mensuráveis, como o funcionamento fisiológico ou a manutenção das actividades da vida diária, bem como componentes subjectivas, comumente designadas por satisfação de vida, que traduzem o balanço entre as expectativas e os objectivos alcançados. (Paúl et al., 2005),

Para Ferrans e Powers (1992), a qualidade de vida está relacionada com a percepção individual de bem-estar, variando da satisfação à insatisfação, em relação aos domínios da vida que são importantes para o indivíduo. Na avaliação da qualidade de vida devem ser considerados factores como a saúde, a actividade física, o nível sócio-económico, o estado psicológico, emocional, espiritual e a família, no sentido do apoio familiar que os indivíduos recebem.

A qualidade de vida na velhice depende de elementos em interacção, sendo produto de uma história que se vai delineando à medida que os indivíduos e as sociedades se desenvolvem: a avaliação da qualidade de vida envolve, pois, a comparação com critérios objectivos e subjectivos, associados a normas, valores sociais e individuais, sujeitos a alterações no decorrer do tempo (Neri, 2001). As condições objectivas podem ser verificadas por observadores externos, mediante parâmetros conhecidos e

replicáveis (por exemplo, as condições físicas do ambiente, lazer e educação, as características da rede informal e o apoio proporcionado por eles, competências dos indivíduos). As condições subjectivas são verificadas de maneira indirecta, com base numa relação dos indivíduos com as condições objectivas de que dispõe, o grau em que lhes parecem satisfatórias e com base nos efeitos no bem-estar individual e colectivo. Assim, a qualidade de vida é organizada por vários domínios, devendo a sua avaliação ser conjunta, como um sistema complexo.

O grupo de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde esteve implicado na definição deste conceito, através do desenvolvimento de um projecto em 14 países. Assim, foi avaliada empiricamente a multidimensionalidade do construto. Desta avaliação resultou a emergência de quatro dimensões que têm em conta a percepção do indivíduo.

A primeira é referente ao *domínio físico* e diz respeito à funcionalidade física e da saúde (dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, actividade da vida quotidiana, dependência de medicação ou tratamento e capacidade de trabalho). O *domínio psicológico* refere-se às emoções (positivas e negativas), à auto-estima, à imagem corporal, à capacidade de pensar e apreender, à espiritualidade e às crenças pessoais. O *domínio social* envolve as relações pessoais com a família e amigos e o suporte social que compreende o apoio que recebe a partir destas relações pessoais. O *domínio ambiental* refere-se à segurança física e protecção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde, participação e oportunidades de recreação e lazer, ambiente físico e transporte (OMS, Grupo WHOQOL, 2000).

### **1.7. Espiritualidade**

É importante a dimensão espiritual na assistência integral nos cuidados de saúde. A espiritualidade proporciona ao paciente, fragilizado e ansioso, um sentido para a sua existência, um estado de paz e segurança, perfaz as suas crenças e dispõe-no a resistir com mais alento diante do seu estado de dependência (Trigo *cit. in* Lourenço, 2004).

A experiência de uma doença grave leva, muitas vezes, as pessoas a enfrentarem-se com questões de profundo significado e sofrimento. Se o indivíduo for deixado sem

vigilância, pode experimentar um enorme isolamento. Segundo Puchalski (2003), a espiritualidade está no centro dos seres humanos. É uma parte que ajuda a encontrar sentido, em especial, no meio da confusão e do sofrimento. Se é da responsabilidade dos profissionais de saúde e outros prestadores de cuidados prestar aos pacientes a oportunidade de serem apoiados no seu meio, na sua dor e no sofrimento, as questões da espiritualidade também são fundamentais

A maioria dos idosos anseia pelo cuidado espiritual, sobretudo, na presença de uma doença crónica ou crise emocional. No entanto, alguns cuidadores hesitam, porque consideram que é “pouco científico” e pouco relevante no tratamento médico. Contudo o cuidado espiritual não é uma entidade separada do cuidado físico e do suporte psicossocial. A doença e o sofrimento trazem sempre consigo mais angústias e tal requer um acompanhamento espiritual privilegiado, o que subentende a necessidade de confortar e tranquilizar (Trigo *cit. in* Lourenço, 2004).

### **1.8. A (des) valorização das pessoas idosas numa sociedade envelhecida**

O envelhecimento demográfico da população transposta consigo alguns paradoxos, sendo a desvalorização social da velhice um dos mais significativos, o que lhe confere uma dimensão própria. Na realidade, num momento em que as sociedades se transformam no sentido de um aumento significativo do número de idosos e de uma redução expressiva do número de jovens, ser velho é desvalorizado. “Os velhos são tão numerosos que já não interessam a ninguém: é a escassez, bem o sabemos, que cria o valor” (Ariés e Duby, 1991).

Outrora, os mais velhos eram considerados como fonte de sabedoria, conhecimento e experiência acumulada e a velhice era entendida mais como uma promoção, do que como a uma decadência. “Nas civilizações orais, os velhos são os depositários da memória colectiva e, quando a esperança de vida é breve, o mero facto de se ter sobrevivido suscita admiração e respeito” (Ariés e Duby, 1991). Este privilégio atribuído aos mais velhos não conseguiu, porém, sobreviver ao ritmo crescente das inovações tecnológicas e às mudanças nos sistemas de valores que têm marcado as sociedades actuais. As transformações são tantas, e tão rápidas, que a actualização leva a melhor sobre a experiência. A pessoa idosa a quem se recorria, e cuja opinião era

sobejamente respeitada, deixa de ser contemporânea da sua própria história e assume um lugar secundário, até porque passa a ser caracterizada pela ausência de produtividade e de consumo.

De valor em si mesmo, a pessoa idosa é percebida, agora, como um problema social, como uma carga, como uma pessoa dependente e incapaz de decidir por si, “incapaz não necessariamente pelo estado das suas faculdades, mas incapaz porque lhe foi retirada a legitimidade social para o fazer” (Pereira *cit. in* Ribeirinho, 2005).

Segundo Lemos (2000), nos nossos dias, envelhecimento é o oposto entre o crescimento económico, os novos cenários tecnológicos e as respectivas repercussões sociais, uma vez que as grandes transformações aos dois primeiros níveis vieram inaugurar uma nova fase da vida do homem enquanto ser social. O envelhecimento humano, contínuo e heterogéneo, manifestando-se com características particulares em cada homem, parece, assim, ser o único entre os das espécies biológicas que oferece a possibilidades de se interpretar e orientar. O progressivo envelhecimento da população, a dispersão, cada vez maior, do núcleo familiar, a diminuição do número de filhos e a integração da mulher no mercado de trabalho, faz com que a atenção para com as pessoas idosas seja uma preocupação cada vez maior.

Tradicional e culturalmente, a família, era o apoio de primeira linha, para o idoso. Actualmente urge a necessidade de apoio social e de saúde ao idoso, de acordo com Pinto (2001, pp. 162-163):

“O apoio social por parte do estado é ainda tímido verificando-se que compete a Instituições Particulares de Solidariedade Social uma grande parte desse apoio (...). À falta de estruturas de apoio integrado (social/saúde) acresce a falta de articulação entre serviços de saúde e serviços sociais. Verifica-se ainda que a população idosa não é tratada por profissionais com formação específica.”

## **Capítulo II – Idosos, Pobreza e Exclusão**

Apesar das reconhecidas evoluções ao nível das condições de vida da população, é sobejamente conhecida a vulnerabilidade da população idosa, em Portugal, face às situações da pobreza. De acordo com Costa, et al. (2008), em 2004, embora as pessoas idosas representassem 23,6% da população pobre, eram um grupo com elevada vulnerabilidade à pobreza, particularmente acentuada entre os muitos idosos. Com efeito, 23,7% das pessoas com idades entre os 65 e 74 anos são pobres, essa percentagem sobe para 35,6% nos maiores de 74 anos.

Se considerarmos o universo das pessoas idosas pensionistas, podem ser assinalados dois perfis de pobreza. Por um lado, deparamo-nos com situações de reprodução continuada de uma pobreza tradicional. Neste quadro, os indivíduos sempre tiveram baixos rendimentos e a passagem para a reforma, ou a condição de pensionista, surge enquanto prolongamento de uma já existente precariedade económica, cuja alteração se situa ao nível da principal fonte dos rendimentos. Por outro lado, deparamo-nos com situações de empobrecimento, que surgem, precisamente, na passagem à condição de pensionista. Esta mudança de estatuto poderá representar uma quebra no rendimento de que se dispunha anteriormente e levar à condição de pobreza (Cardoso, et al. 2008).

Se a pobreza monetária tem uma tão grande incidência na população idosa; se os recursos financeiros são recursos fundamentais para aceder aos padrões de vida, costumes e actividades disponíveis numa dada sociedade, não será difícil perceber as implicações que uma tal situação terá ao nível da exclusão das pessoas idosas por relação a tais padrões de vida.

### **2.1. Pobreza e exclusão – impacto nos idosos**

Actualmente, os termos de Pobreza e Exclusão Social reapareceram, constituindo um desafio importante para as políticas sociais dos Estados-Membros da União Europeia. Trata-se de um desafio para a coesão da Comunidade no seu conjunto, apelando para um esforço constante e crescente de solidariedade. Determinadas categorias da nossa sociedade são especialmente vulneráveis, designadamente os pobres que vivem em situação de desemprego de longa duração, os jovens à procura do primeiro emprego, os

indivíduos em situação de trabalho precário e os idosos pensionistas, entre outros. Os recursos são insuficientes para lhes assegurar um nível de vida acima dos limiares da pobreza (Rodrigues, 2000).

Segundo Costa, et al. (2008, p.26), a pobreza constitui “uma situação de privação, resultante da falta de recursos”. Neste entendimento, a ideia de pobreza é indissociável da noção de privação (não satisfação das necessidades básicas). A “privação” expressa-se em más condições de vida, relacionadas, normalmente, com a ausência de satisfação das necessidades mais básicas, como a alimentação, vestuário, condições habitacionais, transportes, comunicações, condições de trabalho, possibilidades de escolha, saúde, educação, cultura, formação profissional e participação na vida social e política.

Mas, como refere Bartolli (*cit. in* Coutinho, 2003), a pobreza deixou de ser vista apenas como privação de rendimentos, o que veio pôr em evidência o seu carácter multidimensional, isto é, não é só uma questão de ausência de rendimentos, mas de condições de existência no seio de um conjunto económico, social e histórico.

A pobreza e a exclusão, segundo Castel (1995), exprimem a emergência de uma nova condição feita de privação material (apesar de esta aparecer menos intensa), de degradação moral, e principalmente, de "des-socialização". A similitude entre os dois conceitos não é, porém, absoluta, na medida em que a pobreza surge a partir do processo algo violento de industrialização que rebaixa o homem ao trabalho, enfraquece a sua vontade e o debilita, enquanto que a exclusão, tal como a entendemos diariamente, corresponde a um processo de expulsão da esfera produtiva das populações menos qualificadas.

Há, no entanto, uma distinção conceptual necessária para a apreensão deste fenómeno social. Segundo Pereirinha (1997):

*“O conceito de pobreza analisado enquanto situação de escassez de recursos de que um indivíduo, ou família, dispõem para satisfazer necessidades consideradas mínimas, acentua o aspecto distributivo do fenómeno (a forma como os recursos se encontram distribuídos entre os indivíduos ou famílias numa sociedade). Já o conceito de exclusão social acentua os aspectos relacionais do fenómeno, quando encaramos este conceito enquanto situação de inadequada integração social”.*

É por volta da década de 60, em pleno período de prosperidade económica, que surge a noção de exclusão. Designava, então, não o fenómeno de degradação do mercado de emprego e de enfraquecimento dos laços sociais, mas antes, a sobrevivência visível e envergonhada de uma população mantida à margem do progresso económico e da partilha dos benefícios (Darras, 1966).

A discrepância entre o crescente bem-estar da população e estes "excluídos" é tida como chocante. Mas, apesar de alguns programas sociais, a sociedade da abundância e a civilização do progresso não parecem ser capazes de obviar os mecanismos de reprodução desta miséria tenaz (Aron, 2000).

Na perspectiva de Capucha (1998, p. 210):

*“Existe um conjunto de direitos e deveres normativamente inscritos nas estruturas sociais e explicitamente consagrados em documentos que expressam os grandes consensos que fundam os compromissos entre os membros de uma sociedade”.*

Assim sendo, interrogamo-nos sobre o distanciamento entre o que está legislado e a prática. No plano teórico, os direitos e deveres que expressam o exercício da cidadania assentam no direito à liberdade de expressão, direito à escolha dos seus representantes e governantes, direito à privacidade, ao associativismo, bem como direitos e deveres sociais e culturais, direito à educação e à cultura, à habitação, ao acesso a cuidados de saúde, à protecção social e cívica, à participação social, etc.

É através da materialização destes direitos que o indivíduo, enquanto membro de uma comunidade, detentor de uma nacionalidade, adquire o estatuto de cidadão. Contudo, na opinião de Capucha (1998, p. 211),

*“Produzem-se situações de exclusão social porque a sociedade não oferece a todos os seus membros a possibilidade de beneficiar de todos esses direitos nem de cumprir alguns deveres que lhes estão associados”.*

A sociedade, não oferecendo aos seus membros o benefício de todos os direitos, torna-se geradora de situações de exclusão social, levando a que membros da sociedade mais

desfavorecidos percam o estatuto de cidadania plena, o que os impede de participar nos padrões de vida considerados “normais” pela sociedade.

A cidadania surge, neste contexto como uma necessidade, sem a qual não se torna viável a inflexão dos fenómenos de exclusão. Nas sociedades actuais, o trabalho (indivíduo - produtor) e o exercício da cidadania (indivíduo – cidadão) constituem a base da dignidade individual, sendo também em seu torno que o sistema social se organiza (o estatuto de cada um de nós decorre, primeiro que tudo, da actividade profissional que exerce). É na medida em que o indivíduo é autónomo, devido ao seu trabalho (principal vector de integração social), que o pode também ser na sua prática de cidadão.

No seguimento desta ideia, falar na inflexão dos fenómenos da exclusão passa não só por uma auto-sustentação da vida material, como, também, pela satisfação das necessidades de sociabilidade e expressão da dignidade. Nalgumas situações - como as de pobreza - o acesso aos direitos e regalias que a cidadania confere está vedado ou limitado, conduzindo a processos de exclusões. Dito de outra forma, a pobreza é determinada pela exclusão, total ou parcial, dos direitos sociais de cidadania.

A pobreza representa, pois uma forma de exclusão social, ou seja, não existe pobreza sem exclusão social. O contrário, porém, não é válido. Com efeito, existem formas de exclusão social, que não implicam pobreza. Um bom exemplo desta última situação respeita aos idosos. É certo que os grupos etários mais elevados são mais vulneráveis à pobreza do que os mais jovens, contudo, o problema específico do idoso não é a pobreza, mas sim o isolamento.

Os idosos são socialmente excluídos da sociedade em geral (*mainstream society*), independentemente do seu nível de rendimento. Esta forma de exclusão é causada pela organização da sociedade e pelos estilos de vida correntes (Costa, et al., 2008). As situações de exclusão conduzem a um “afastamento progressivo e cada vez mais grave das pessoas do “estilo de vida” corrente na sociedade a que pertencem e dos sistemas sociais que a integram. A exclusão social das pessoas idosas implica, muitas vezes, que estas passem por estados de privação e carências múltiplas: relacionais; afectivas;

psicológicas; e de convivência, que resultam, principalmente, da sua idade (Costa, 1993).

René Lenoir contribuiu para alargar o campo de reflexão acerca da exclusão ao defini-la, não como um fenómeno individual, como o entendiam os discípulos da tese da "pobreza voluntária", mas como um fenómeno social cujas origens devem ser procuradas nos princípios do funcionamento das sociedades modernas. Também para este autor, não se trata de um fenómeno marginal, que toca as franjas dos sub-proletários, mas antes de um processo que afecta cada vez mais pessoas e se propaga, tal como um cancro social, em todos os meios (Lenoir, 1974).

A associação do termo pobreza ao de precariedade alarga o âmbito da questão para um conjunto de situações instáveis, geradoras de dificuldades novas para grupos da população considerados pobres. A precariedade permitiu, nos anos 80, atrair as atenções para um fenómeno que viria a chamar-se a "nova pobreza". Daí que, segundo Castel (*cit. in* Guerra e Chitas, 1998), esta “nova pobreza” apareça:

*“Como resultado de uma série de rupturas de pertença e de fracassos na constituição dos laços sociais (...) O que está ameaçado não é apenas a segurança de emprego; é também uma inserção relacional através de um duplo vector familiar (...) e cultural, quer dizer, de uma forma de habitar o espaço e partilhar valores comuns”.*

Para Xiberras (1993, p.28):

*“As formas mais visíveis, ou mais chocantes, do processo de exclusão residem na rejeição para fora das representações normalizantes da sociedade moderna avançada. Numa sociedade onde o modelo dominante continua a ser o ‘Homo Economicus’ convém participar na troca material e simbólica generalizada. Todos aqueles que recusam ou são incapazes de participar no mercado serão logo percebidos como excluídos”.*

## **2.2. Estado-Providência e sociedade-providência**

Hoje, a pobreza em Portugal é claramente influenciada pelas insuficiências do modelo de protecção social que se desenvolveu no nosso país. Rodrigues (2000, p. 196) chama-

nos a atenção para o facto de Portugal ser um dos países mais atrasados no contexto Europeu ao nível das políticas sociais, sobretudo, devido à sua:

*“ (...) fraqueza política e financeira, que comprometeu todos os mecanismos de acção social, ao passo que nos países da Europa ocidental se desenvolvia um eficaz modelo de Estado Providência, interventor nos vários domínios sociais e que conseguiu promover a criação de respostas institucionais face aos principais problemas sociais emergentes, com evidentes impactos ao nível da qualidade de vida das populações”.*

Almeida et al. (1994, pp. 5-6), por seu turno, afirmam:

*“O regime democrático trouxe consigo a consagração jurídica de um conjunto de direitos sociais que, com amplitudes e ritmos variáveis, tem vindo a adquirir materialidade institucional, em domínios como os da segurança social, da educação ou da saúde. No entanto, as taxas de cobertura e o alcance das políticas, os níveis das prestações, a qualidade e a eficácia dos serviços não conseguiram ainda, em termos globais, ultrapassar enormes limitações”.*

Segundo Mozzicafredo (1997), a estrutura do Estado-providência em Portugal, como na maior parte das sociedades democráticas e industrializadas, caracteriza-se por três dimensões:

- O desenvolvimento de políticas sociais gerais e de políticas compensatórias de protecção de determinados segmentos da população;
- A implementação de políticas macroeconómicas e de regulação da esfera económica privada;
- O estabelecimento formas de conciliação, isto é, a institucionalização da concertação entre parceiros sociais e económicos em torno de grandes objectivos, como o crescimento económico e a diminuição das desigualdades sociais.

De acordo com Caeiro (2008), o Estado-providência, nos contornos que hoje lhe conhecemos, é baseado na ideia da igualdade, determinante do conceito de justiça social, pretendendo-se uma maior capacidade de intervenção ao nível da distribuição da riqueza e no apoio aos mais desfavorecidos.

A intervenção do Estado-providência dirige-se de forma específica para a melhoria do bem-estar da população e supõe, no essencial, quatro tipos de intervenção:

- As *transferências sociais*, ou seja, as transferências de fundos públicos de um grupo social para outro, sendo as pensões as mais importantes, e a transferência de fundos dos trabalhadores e dos empresários para os beneficiários ou pensionistas dos sistemas de segurança social;
- Os *serviços públicos*, como a saúde, a educação, os serviços de ajuda familiar (infantários, serviços de apoio domiciliário, habitações assistidas, residência para a terceira idade, etc), habitação social e outros que aprovencionam serviços aos indivíduos;
- As *intervenções normativas*, nas quais o Estado não fornece nem financia serviços, mas intervém para regular a protecção a trabalhadores, consumidores e habitantes. Incluem-se aqui, as políticas públicas de âmbito ocupacional, ambiental ou de consumo;
- As *intervenções públicas*, no sentido da geração de postos de trabalho, criando condições favoráveis para que o sector privado as produza e, quando isso não acontece, estimulando e facilitando a criação de postos de trabalho no sector público.

Mozzicafredo (1997) refere que as políticas sociais têm vindo a caracterizar-se por uma relativa descontinuidade na sua implementação e por uma alteração na sua orientação. Têm sido, sobretudo, privilegiados os casos de forte necessidade, como sejam os diversos tipos de pensões e as prestações sociais em termos de acção social.

Ora a crise do Estado-providência também está directamente relacionada com a mudança demográfica, o envelhecimento e alteração dos padrões familiares. Esta é uma situação que tem vindo a afectar Portugal nas últimas décadas, com tendência para o agravamento. É também um aspecto comum nos países europeus, caracterizados pelo envelhecimento da população e pela inversão da pirâmide etária, fruto de circunstâncias, sobretudo científicas (melhoria da assistência médica e medicamentos) e outras com aquela relacionada (acréscimos da esperança de vida, redução da taxa de natalidade,

etc.). Estas circunstâncias têm efeito directo na despesa pública, aumentando a procura e, por consequência, a despesa com pensões (Caeiro, 2008).

Barreto (2004) refere que o número de idosos aumenta cada vez mais. Proporcionalmente, aumenta o número, de pessoas reformadas, podendo a carência económica ser uma consequência do número elevado de idosos com poucos recursos, pois pode acarretar a ruptura do sistema de pensões tal como o conhecemos. Mas o aumento do número de idosos não é menos um problema social, pois o recrudescimento da população inactiva levanta múltiplas questões: ocupação de lazer, do isolamento, da dependência, do lugar na sociedade e na família, etc. O idoso é cada vez mais uma responsabilidade da sociedade, do Estado e das Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), visto que muitas vezes as famílias se desresponsabilizam.

Sendo que os idosos são cada vez mais uma responsabilidade do Estado, torna-se fundamental que existam políticas de velhice, que salvaguardem os seus direitos. Segundo Fernandes (1997), por políticas de velhice entende-se o conjunto das intervenções públicas, ou acções colectivas, que estruturam, de forma explícita ou implícita, as relações entre velhice e sociedade. Uma análise aprofundada das políticas permite equacionar em que circunstâncias e segundo que processos o problema da velhice se inscreve nas preocupações dos políticos e é efectivamente assumida pelo Estado. (Este é, neste caso apenas, uma das instâncias institucionais, provavelmente a principal, a quem é socialmente confiado o encargo dos idosos).

Anne-Marie Guillemard (*cit. in* Fernandes, 1997) estudou a interacção entre o Estado e a sociedade em França e procurou evidenciar o sentido oculto das orientações públicas das políticas sociais de velhice, através da reconstituição das relações sociais subjacentes às políticas, dos usos sociais que delas se foram fazendo e dos seus significados em geral. Deste procedimento, a autora identificou duas grandes tendências que classificou em duas concepções de velhice: uma velhice invisível e uma velhice identificada.

A velhice invisível, sem forma definida, é invisível, na medida em que a solidariedade para com os idosos é, praticamente, uma solidariedade familiar, privada, remetida para o interior do espaço doméstico.

Fernandes (1997) refere a universalização do direito às reformas e o início de um processo em que a velhice está perfeitamente identificada como uma idade da vida marcada pela passagem da etapa de trabalho remunerado à de não trabalho remunerado.

A velhice invisível vai sendo uma velhice socialmente identificada e a passagem à reforma ritualiza a entrada nesta última etapa da vida.

A pensão enquanto fonte de rendimento das pessoas assume uma importância extrema. As pensões de velhice representavam em 1994, cerca de 62% do total os pensionistas. Em 20 anos, a população de pensionistas triplicou (Mozzicafredo, 1997).

Analisando a evolução das pensões (mínima e social) face ao limiar de pobreza, verifica-se que o maior grau de severidade da mesma (medido pela distância entre o valor das pensões face à linha de pobreza, sendo que, quanto maior a distância entre o rendimento auferido e o valor da linha de pobreza, mais severa é a situação de pobreza) está, de facto, associado aos valores baixos das pensões, sobretudo, da pensão social, cujas prestações se situam muito abaixo da linha de pobreza (Bruto da Costa, et al 2008).

De acordo com Cardoso, et al. (2008), os valores das pensões (social e mínima) continuam a manter-se sistematicamente abaixo da linha de pobreza. Em 1995, a pensão social situava-se nos 87,29€ mensais (1222,06€/ano), encontrando-se a linha de pobreza nos 190,12€ mensais (2661,77€/ano). No ano de 2004, o valor da linha de pobreza corresponde ao valor mensal de 296,2€ (4146,4€); nesse mesmo ano, o valor da pensão social situava-se nos 151,84€ mensais (2125,76€/ano). Em 2008, o valor da pensão social corresponde a 181,91€ mensais. Torna-se importante referir o Complemento Solidário para Idosos (CSI), medida à qual se reconhece potencial na redução da pobreza entre a população idosa, pois ela é uma prestação de carácter diferencial que permite aproximar os recursos dos pensionistas com pensão de velhice e de sobrevivência (ou equiparada) à linha de pobreza. Em 2008, o valor da pensão de velhice para quem tem menos de 15 anos de descontos é de 236,47€, entre 15 a 20 anos, é de 263,76€, de 21 a 30 anos, é de 291,05€ e de 31 anos e mais, é de 363,81€. O valor do complemento de dependência 1.º grau é de 90,96€ e o de 2.º grau é de 163,72€. Costa, et al. (2008), refere que 44% dos pobres em pobreza persistente são pensionistas.

Para Pinsky e Pinsky (2005), a luta pelos direitos sociais está longe de estar encerrada, mas mudou de direção. Anteriormente, os direitos sociais estavam a cargo do Estado, assim como a prestação de serviços que deles decorriam, como a assistência à saúde, a educação, e a previdência social. Agora, é a própria sociedade civil que se torna a protagonista da solução dos problemas que os direitos sociais pretendiam prevenir.

Rodrigues (2000) aponta para o facto de, em Portugal, o modelo de Estado-providência, ter tido sempre pouca visibilidade, estruturando-se, ao invés, “formas correlativas”, características de uma Sociedade-providência, que Santos (1993) define como:

*“Mecanismos de compensação criados a partir dos grupos sociais e das suas instituições, núcleos de vizinhança ou formas complementares de organização paralela ao Estado”.*

De facto, a insuficiência de resposta do Estado-providência em relação às situações de carência e de dificuldade é suprimida através das redes de solidariedade assentes no parentesco e nas relações sociais continuadas (Santos, 1990 e Hespanha 1993 *cit. in* Nunes, 1995).

A sociedade-providência pode ser encarada, segundo (Nunes, 1995), como uma configuração de “redes de relações de interconhecimento”, de reconhecimento mútuo e de entreatajuda, baseadas em laços de parentesco e de vizinhança, através das quais pequenos grupos sociais trocam bens e serviços.

Para Costa, et al. (2008), a sociedade (local, nacional, regional ou global) é constituída por um conjunto de sistemas sociais, podendo alguns deles ser considerados como básicos ou essenciais. A pertença às esferas da existência humana (família, grupo de amigos, etc) – todas situadas no domínio dos laços sociais – é fundamental para que uma pessoa possa considerar-se e esteja efectivamente, incluída na sociedade. Porém, a relação de uma pessoa com a sociedade não depende apenas dos laços sociais. A inclusão na sociedade depende também do posicionamento dos indivíduos relativamente ao domínio económico, quer no que se refere aos sistemas geradores de rendimentos, quer à possibilidade (ou não) de aquisição de bens e serviços indispensáveis ao funcionamento em sociedade.

A vida em sociedade é, pois moldada também pela relação que estabelecemos com diversas instituições, pelas características dos territórios que habitamos, pelas referências identitárias que construímos e que nos permitem ser reconhecidos e reconhecermos-nos como parte dessa sociedade, e pela construção das memórias individual e colectiva que permitem um processo de ancoragem social essencial à inclusão.

A esfera do social enquanto domínio fundamental de inclusão remete-nos, desde logo, para a importância das redes de sociabilidade (família, vizinhança territorial ou profissional e amizade), da sua existência ou não e do seu funcionamento (desde a simples coexistência à entajuda efectiva). Porém, importa referir que a concretização de muitos desses relacionamentos se baseia, desde logo, na composição do próprio agregado familiar e pode configurar várias situações: desde uma inexistência real e/ou funcional de um suporte familiar (levando com frequência à institucionalização), às múltiplas configurações dos agregados familiares, que condicionam e alimentam a extensão e o funcionamento das redes de sociabilidade e, conseqüentemente, os laços sociais que se estabelecem (Santos, 1993).

Por outro lado, as pessoas e as famílias relacionam-se necessariamente com os sistemas geradores de rendimentos que lhe permitem a obtenção de recursos financeiros provenientes de uma ou várias fontes de rendimento. Para a maioria das famílias, a principal fonte de rendimento é o mercado de trabalho. Para outros – por exemplo, os reformados – o principal recurso financeiro de que dispõem é a pensão de velhice ou invalidez.

Para Costa (2002), a diversidade de formas de pobreza impede que se pense num único tipo de acção para todas as situações. Este autor enumera um conjunto de princípios orientadores.

Um primeiro princípio orientador descrito por este autor relaciona-se com o facto de ser necessário perceber que, para resolver o problema da “privação”, é necessário implementar medidas e acções, embora salvaguardando que esta intervenção só resolverá o problema da pobreza se, para além de solucionar a “privação”, “conduzir o pobre a uma situação de auto-suficiência em matéria de recursos, isto é, quando o pobre

puder ganhar a vida através de uma das formas correntes na sociedade em que vive”. “Em certo sentido, a eficácia de uma acção de luta contra a pobreza mede-se pela sua capacidade de, a certa altura, se tornar desnecessária” (idem, p.52).

O princípio orientador para resolver o problema da “privação” é fundamental para que, posteriormente, as famílias estejam em condições de se tornarem autónomas e auto-suficientes, na sociedade em que vivem.

Outra distinção a considerar “reside no carácter preventivo e/ou curativo da acção”. Relativamente à “acção preventiva”, trata-se de eliminar antecipadamente, as causas de pobreza relacionadas com o emprego, as baixas pensões, o baixo nível de instrução e de qualificação profissional, o acesso à saúde, entre outros.

No que se refere à “acção curativa”, esta terá de resolver a “privação” por carência, as consequências da pobreza, ou seja, “perdas psicológicas e sociais, hábitos e comportamentos, etc”, e as causas de pobreza anteriormente referidas”. Deve-se ter em atenção o facto de a privação ser, normalmente, múltipla (em educação, saúde, habitação, alimentação, vestuário, transportes, etc.)” (ibidem).

Para existir a acção preventiva e curativa é necessário o apoio da rede da formal e informal.

### **Capítulo III – Redes sociais de apoio à terceira idade**

Em Portugal, os idosos constituem um grupo significativo da população, pelo que cada vez mais se torna necessário encontrar e desenvolver mecanismos, por forma a equilibrar a relação envelhecimento/qualidade de vida. É que não basta que vivam muitos anos. É importante que se associe o envelhecimento cada vez mais ao prolongamento da vida com qualidade. As redes sociais de apoio têm um papel positivo relativamente às situações que o idoso enfrenta diariamente (Lemos, 2000).

Para Gotlieb (1981 *cit. in* Paúl, 1997), as redes sociais de apoio surgem ligadas a um resultado em termos de bem-estar da pessoa. São relativas às forças sociais, no ambiente natural, contribuindo para a manutenção e promoção da saúde das pessoas.

Um sistema de apoio é uma rede de apoio social: um conjunto de pessoas ligadas por um conjunto de laços, por exemplo, relações de apoio emocional, formando uma rede social, limitada do ponto de vista analítico, que apenas toma em consideração laços de apoio e que assume que estes laços só podem formar uma única estrutura integrada (Wellman, 1981).

Segundo Paul (1997), as redes sociais de apoio aos idosos podem ser divididas em dois grupos principais, as redes de apoio formal e as redes de apoio informal. Por sua vez, o apoio que estas redes prestam pode ser dividido no:

- Apoio psicológico - ligado à satisfação de vida e ao bem-estar psicológico;
- Apoio instrumental - que pressupõe a ajuda física em situações de diminuição das capacidades funcionais dos idosos de perda de autonomia física, temporária ou permanente.

#### **3.1. Redes sociais de apoio formal**

Compreender as respostas institucionais ao envelhecimento é algo fundamental no processo de compreensão do fenómeno em si mesmo, na medida em que, ao ultrapassar a esfera privada, a velhice emergiu também como categoria de acção política.

Ao reunir em si um vasto, complexo e diversificado conjunto de situações, com fortes repercussões em diferentes domínios sociais, o fenómeno do envelhecimento obriga, actualmente, a novas interrogações, a novas perspectivas de análise, a novas percepções do que é o envelhecimento e a velhice, que devem orientar novas linhas de actuação política.

Se, até ao final da década de 60, os problemas da população idosa não tinham sido objecto de uma política social específica, cabendo à família a responsabilidade de prover sustento aos seus ascendentes, a partir de meados da década de 70, após as mudanças políticas ocorridas a 25 de Abril de 1974, a nova Constituição da República, no seu artigo 63º, consagra o direito à Segurança Social e explicita, pela primeira vez, a obrigatoriedade de definição de uma política referente à população idosa (Quaresma, 1988):

*“O estado promoverá uma política da Terceira Idade que garanta a segurança económica das pessoas idosas e a política da Terceira Idade deverá ainda proporcionar condições de habitação e convívio familiar e comunitário que evitem a superem o isolamento ou a marginalização social das pessoas e lhes ofereçam as oportunidades de criarem e desenvolverem formas de realização pessoal através de uma participação activa da comunidade (artigo 63º da Constituição da República da 1976)”.*

É a partir da década de 80 que começa a ser notório o desenvolvimento de respostas sociais alternativas a uma institucionalização permanente e em massa (nos chamados “asilos”) que, até então, se constituía, praticamente, como única resposta disponível. Começa, então, a considerar-se que a integração dos indivíduos num universo que lhes é estranho e cuja dimensão não permite, na maior parte das vezes, um tratamento individualizado, acaba por contribuir para um reforço do isolamento social das pessoas idosas, originado pelo afastamento do seu meio social de pertença (Casanova, et al, 2001).

O apoio formal inclui os serviços estatais de Segurança Social e os organizados pelo poder local, a nível concelhio ou de freguesia, criados para servir a população idosa, sejam eles lares, serviços de apoio domiciliário (SAD), centros de dia (CD), ou centros de convívio (CC) (Paúl, 1997).

De acordo com Fernandes (1997), a década de 90 é identificada como um marco fundamental na política de equipamentos e serviços destinados à população idosa, enquanto reflexo de mudanças de actuação política, que tende a privilegiar a permanência da pessoa idosa no seu quadro de vida habitual.

No quadro dos suportes formais de velhice, podem distinguir-se em traços largos, dois grandes tipos de respostas institucionais:

- O apoio institucional de assistência diária permanente, representado aqui pelos lares/residências e, mais recentemente, pelas famílias de acolhimento (FA);
- O apoio institucional parcial, que reúne um conjunto de serviços locais, permitindo à pessoa idosa a permanência em sua casa. Falamos de centros de convívio, centros de dia e serviço de apoio domiciliário.

Segundo o Guião Técnico, n.º 3 (1996), os lares deverão assegurar as necessidades básicas, habitacionais, sociais e psicológicas, através de serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas, incentivando as relações familiares e garantindo uma vida confortável, um ambiente calmo e humanizado, de forma a contribuir para a estabilização ou retardamento do processo de envelhecimento.

As respostas sociais que prestam apoio institucional de forma parcial, para além de proporcionarem condições mais favoráveis à permanência da pessoa na sua casa, vêm dar resposta à satisfação de necessidades básicas (alimentação, higiene pessoal e habitacional, tratamento de roupas, bem como prestação de cuidados de saúde de origem física e psicossocial) e ajudar na prevenção do isolamento e solidão, através da dinamização lúdica e cultural (Casanova, et. al., 2001).

A influência dos progressos científicos-tecnológicos na organização das famílias, aliada ao acentuado envelhecimento demográfico, gerou, na nossa sociedade, a busca de alternativas à falta de disponibilidade das famílias para atenderem os seus idosos, passando estas, na maior parte dos casos, pela institucionalização nos chamados “Lares de Terceira Idade” (Madeira, 1999).

Em Portugal, perante o envelhecimento progressivo da população, a sociedade civil e o Estado tiveram de se organizar com o objectivo de criar novas respostas sociais para atender ao número crescente de idosos. Oficialmente, as respostas sociais reconhecidas pela Segurança Social para idosos em Portugal são: centros de dia (CD), centros de convívio (CC), serviço de apoio domiciliário (SAD), apoio domiciliário integrado (ADI), lares de terceira idade (lares), residências, centros de acolhimento temporário para idosos (CATI), centros de noite (CN) acolhimento familiar de idosos (AFI) (Jacob, 2001).

Em 1976, começou a elaboração de uma política, que ainda hoje se segue, de prevenção e de manutenção das pessoas no seu domicílio o maior tempo possível. O serviço de apoio domiciliário (SAD) consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio, a indivíduos e famílias quando, por motivos de doença, deficiência ou velhice ou por outro impedimento, não possam assegurar temporária ou permanentemente a satisfação das suas necessidades básicas e/ou actividades da vida diárias. Esta resposta social assegura os seguintes serviços: transporte e distribuição de refeições, prestação de cuidados de higiene pessoal e de conforto, tratamento de roupa, arrumação e pequenas limpezas no domicílio, colaboração na prestação de cuidados de saúde, acompanhamento ao exterior, animação e aquisição de bens no exterior.

Nos finais dos anos 90, o serviço de apoio domiciliário (SAD) é alargado para o domínio da saúde, em conjunto com os Centros de Saúde, o que origina o apoio domiciliário integrado (ADI), que une a resposta social com a resposta de saúde. Este é um serviço que se concretiza através de um conjunto de acções e cuidados pluridisciplinares, flexíveis, abrangentes, acessíveis e articulados, de apoio social e de saúde a prestar no domicílio, cujo planeamento e avaliação cabe a uma equipa de cuidados integrados. Esta resposta funciona a cargo das IPSS e dos centros de saúde, em conjunto, visando a promoção do autocuidado (Pimentel, 2005).

Segundo Gil (1999), o recurso às redes de apoio formal tende a ser cada vez mais procurado. No futuro, prevê-se o surgimento de novas respostas para esta população, assim como a evolução de algumas respostas tradicionais.

As redes de apoio formal não se limitam aos lares e têm vindo a diversificar o seu leque de serviços, nomeadamente através da criação de outras valências. De facto para muitos idosos, as redes de apoio informal são incapazes de preencher as necessidades existentes, quer devido à inadequação da rede, quer porque as suas necessidades ultrapassam a capacidade de apoio proveniente desse sistema. Para estes, os serviços domiciliários formais constituem a possibilidade que lhes resta para se manterem a viver na comunidade. Os apoios formais são uma fonte importante de apoio, quer instrumental, quer afectivo (Finch 1989 *cit. in* Portugal, 2007).

### **3.1.1. Rede social em Portugal**

A Rede Social em Portugal foi criada pelo Decreto-Lei n.º 115/2006. A Resolução do Conselho de Ministros 197/97, de 18 de Novembro (RCM 197/97), com Declaração de Rectificação n.º 10-0/98, de 30 de Maio, começou a ser implementada em Portugal, desde Janeiro de 2000. Como tal, a descrição que se segue é subsidiária dos seguintes diplomas legais: Resolução do Conselho de Ministros 197/97, de 18 de Novembro (RCM 197/97) e Decreto-Lei n.º 115/2006. Baseia-se ainda em informações do Instituto da Segurança Social, 2005, e no Pré-diagnóstico Social, 2004, do concelho de Vieira do Minho.

A Rede Social, segundo o Decreto-Lei n.º 115/2006, é um programa estruturante e um instrumento fundamental no processo de desenvolvimento local e consolidação social, pela adopção de processos de planeamento estratégico territorializado (concelhio) como base da intervenção social, servindo para “incentivar o surgimento de redes de apoio integrado de âmbito local” (de acordo com a Resolução do Conselho de Ministros 197/97, de 18.11.97 e Declaração de Rectificação n.º10-0/98 de 30.05).

O Programa Rede Social, criado pela Resolução do Conselho de Ministros 197/97, de 18 de Novembro (RCM 197/97), com Declaração de Rectificação n.º 10-0/98, de 30 de Maio, e regulamentado pelo Decreto-Lei 115/2006 de 14 de Junho, começa a ser implementado em Portugal, com carácter experimental, entre Janeiro de 2000 e Março de 2001, englobando 41 concelhos piloto, constituindo seu objectivo o alargamento a todo Continente – 308 concelhos - até ao ano de 2006.

Conforme a RCM 197/97, designa-se por rede social o conjunto das diferentes formas de entreatajuda, bem como das entidades particulares sem fins lucrativos e dos organismos públicos que trabalham no domínio da acção social e articulem entre si e com o Governo a respectiva actuação, com vista à erradicação ou atenuação da pobreza e exclusão social e à promoção do desenvolvimento social.

Assim sendo, não constitui objectivo do Programa a criação de novas estruturas, mas antes, a rentabilização e maximização dos recursos que já existem, numa lógica de actuação assente na articulação e integração das intervenções no local, através da definição de projectos de desenvolvimento comuns.

De acordo com o Programa Rede Social (2001), a Rede Social aparece como um resultado desta vontade de intervir sobre o social de uma forma inovadora, onde a recuperação das tradições nacionais no campo da entreatajuda familiar e das solidariedades sociais se apresenta como um elemento fulcral para a sua sustentação metodológica e operacional. Num país que tende a valorizar a actuação e intervenção individual, as acções em rede devem ser perspectivadas como uma aposta na diversificação e densificação das relações entre os actores locais, abrindo-se, desta forma, um novo espaço para a rentabilização dos recursos, para a multiplicação dos efeitos, para o planeamento estratégico e para a difusão de boas práticas ao nível da intervenção social.

Tal como indica a Resolução do Conselho de Ministros nº197/97 de 18 de Dezembro, que deu início à Rede Social, o trabalho no âmbito deste programa está alicerçado na tradição secular de entreatajuda familiar e de solidariedade mais alargada que serve de suporte à acção de várias instituições particulares e de várias iniciativas de acção social espalhadas pelo país.

De facto, o nosso país tem fortes tradições no que concerne à existência de redes de entreatajuda ao nível das famílias, vizinhança, da vida profissional, cultural e desportiva, e é nesta filosofia de base que a Rede Social assenta, apoiando-se nos valores da solidariedade social já existentes ao nível dos diversos âmbitos de actuação, promovendo, desta forma, um aumento da consciência colectiva face aos problemas sociais.

A Rede Social constitui, portanto, “um fórum de articulação e congregação de esforços e baseia-se na adesão livre por parte das autarquias e das entidades públicas ou privadas sem fins lucrativos que nela queiram participar” (RCM 197/97). Desta forma, desenvolve-se uma parceria alargada de diferentes entidades que actuam no mesmo concelho, e introduzem-se dinâmicas de respostas sociais; criando-se um sistema de informação local (Objectivos Específicos).

Na prossecução destes objectivos, e em conformidade com tudo o que o programa preconiza, a Rede Social assenta, conceptualmente, em cinco princípios de acção:

- Participação
- Integração
- Articulação
- Subsidiariedade
- Inovação

Com o princípio da *Participação* assume-se que a eficácia no combate à pobreza e exclusão social é tanto maior e mais efectiva quanto mais constituir um processo participado pelos agentes locais, incluindo a própria população, em todas as fases do mesmo. A lógica que subjaz a este princípio contraria o modelo centralizado da intervenção (modelo "tradicional" de acção, assente na intervenção cima para baixo), que tende a fazer daqueles agentes apenas meros destinatários, receptores ou executores de medidas definidas institucionalmente. Só através da participação (daqueles que vivenciam os problemas e os conhecem na sua plenitude) se acredita ser possível combater a causa dos problemas, nomeadamente da pobreza e da exclusão social, e mobilizar a população nesse sentido.

A *Integração* pode considerar-se como um dos principais princípios do Programa, já que a integração social exige intervenções multi-sectoriais e integradas, em resposta ao carácter multidimensional dos fenómenos da pobreza e exclusão social. É necessário haver uma convergência de medidas - económicas, sociais e ambientais - no quadro dum plano de intervenção executado e avaliado conjuntamente por todos os agentes locais, onde se articulem diferentes contribuições e diferentes recursos no sentido da

resolução dos problemas sociais. A Intervenção no Local tem de ser encarada como um Projecto global (partilhado, comum) de desenvolvimento.

O princípio da *Articulação* reflecte a exigência na intervenção dos diferentes agentes locais assentar no desenvolvimento de parcerias, cooperação e partilha de responsabilidades (criação de sinergias). A articulação da intervenção passa pela mobilização e maximização dos recursos endógenos à comunidade, e pela promoção de projectos colectivos, criados em torno de objectivos também eles colectivos. Isto implica que se associem responsabilidades em torno de objectivos de uma estratégia comum, partilhada por todos os parceiros e onde todos se revejam, por considerar os interesses (diferentes) de todos. Muito importante é que as parcerias funcionem de forma simples e sem burocracias, facilitando-se o diálogo, a participação e a tomada de decisões, no sentido da criação de soluções adequadas às necessidades da comunidade planeamento estratégico participado e coordenação da intervenção local, no sentido de, localmente, se racionalizarem respostas e rentabilizarem recursos. A Rede pode ser assumida em última análise, como um Programa Metodológico assente no Planeamento estratégico participado, e cujos principais e fundamentais instrumentos são o Diagnóstico Social e o Plano de Desenvolvimento Social (PDS).

A *Subsidiariedade* passa pela territorialização das respostas sociais, ou seja, é territorialmente mais próximo dos cidadãos, que se devem procurar e accionar as respostas para os problemas sociais. No local, devem ser experimentadas e inovadas soluções, no intuito de se ir ao encontro dos problemas reais, concretos da população, porque o local é, sem dúvida, o nível mais adequado para o desenvolvimento de processos participativos (democráticos), onde todos os agentes, quer sejam Estado, sociedade civil organizada ou cidadãos locais, se devem unir para a criação de oportunidades de mudança, para o desenvolvimento social e a integração social da população excluída. No fundo, segundo o princípio da Subsidiariedade, apenas deverá passar-se para outros níveis territoriais de resolução de problemas depois de se recorrer aos recursos e competências locais, que são sempre prioritários.

Finalmente, e não menos importante, o princípio da *Inovação*. Tendo em consideração os novos problemas e mudanças sociais emergentes que caracterizam a sociedade actual, é conveniente que, com a mesma rapidez, surjam novas respostas, sejam

accionadas políticas e instrumentos de intervenção inovadoras, adequadas às novas realidades. A Rede Social é, já de si, um Programa inovador, ao apostar na:

“Descentralização da intervenção social, no desenvolvimento de uma parceria estratégica baseada numa ampla democracia participativa e na introdução de metodologias de planeamento intersectorial da intervenção social no local” (IDS, 1999, p. 26).

No Local (em cada concelho), a concretização do Programa passa pela criação e dinamização do Conselho Local de Acção Social (CLAS) e das Comissões Sociais de Freguesia ou Inter-Freguesia (CSF /CSIF) – estruturas de parcerias; pela criação do Regulamento Interno do CLAS; pela elaboração do Diagnóstico Social; pela elaboração do Plano de Desenvolvimento Social concelhio; pela evaporação do Plano de Desenvolvimento Social (com a duração aconselhável no período inicial da implementação das Redes de 3/5 anos, mas posteriormente de 2 anos, acompanhando o PNAI - Plano Nacional de Apoio à inclusão) e respectivo Plano de Acção anual; e pela criação dum Sistema de Informação Local (IDS, 1999).

A implementação da Rede Social num determinado concelho obedece então a algumas etapas iniciais, a partir das quais todo o processo é agilizado, nomeadamente:

- 1.º - São identificadas as entidades para a sessão de lançamento do Programa, às quais se envia um mailing no sentido de garantir a sua presença. A responsabilidade da concretização desta acção recai sobre a Câmara do concelho em questão (entidade executora do Programa) e a Segurança Social (entidade promotora do mesmo);
- 2º - É realizada a Sessão de Informação para o lançamento do Programa, esclarecendo-se os parceiros presentes e mobilizando-os. Este é também o momento em que se constitui um Grupo Dinamizador interinstitucional para a condução do processo de implementação da Rede no Concelho, garantindo-se desta forma a continuidade do processo. Este Grupo é obrigatoriamente constituído pela Câmara Municipal, pela Segurança Social, e por mais três a cinco parceiros (com a presença de entidades sem fins lucrativos). São ainda distribuídas as "Fichas de Registo de Entidades no CLAS", para um registo provisório das entidades que integram este Conselho;

- 3º - Já a exercer funções, o Grupo Dinamizador (com o apoio de uma equipa técnica da Administração Central) elabora uma proposta de Regulamento Interno (para o CLAS e eventualmente também das Comissões Sociais Inter-Freguesias - CSIF - ou de Freguesia - CSF) e do Plano de Trabalho para o 1.º ano de implementação da Rede Social no Concelho, propostas enviadas atempadamente para todos os parceiros, no sentido de agilizar-se a 1ª sessão plenária CLAS, e obter-se desde logo alguns resultados;
- 4º - Realiza-se a 1ª reunião plenária, no sentido da formalização do CLAS. Recolhem-se as Fichas de Registo das entidades; aprecia-se, discute-se e aprova-se o Regulamento Interno e o Plano de Trabalho; constitui-se o Núcleo Executivo, que pode ou não coincidir com o Grupo Dinamizador: formaliza-se a constituição do CLAS (registada em Acta);
- 5º - São enviadas aos serviços centrais (aquando do início da implementação da Rede Social o IDS, Instituto de Desenvolvimento social, actualmente ISS, Instituto da Segurança Social) as cópias das Fichas de registo das entidades, bem como do Regulamento Interno e Plano de Trabalho aprovados;
- 6º - Iniciam-se os trabalhos para a realização da fase exploratória do Diagnóstico Social - O Pré-Diagnóstico.
- 7.º O CLAS e as CSIF/CSF, estruturas orgânicas da Rede Social, assumem-se como basilares no processo de implementação e consolidação do programa no local.

Conselho Local de Acção Social é constituído pelo Plenário e pelo Núcleo Executivo (NE).

O Plenário do CLAS é o órgão decisório da Rede Social, e tem uma função fundamentalmente deliberativa. Constitui um Fórum no âmbito do qual se traçam as grandes linhas estratégicas de intervenção em determinado Concelho, sendo que é a partir do mesmo que emanam as orientações relativas ao prosseguimento das acções e dos trabalhos. É no CLAS que se discutem, analisam e aprovam documentos; é o CLAS que emite os Pareceres Sociais, com carácter obrigatório, (Decreto-Lei 115/2006 de 14 de Junho).

O Núcleo Executivo (NE) do CLAS, principal dinamizador implementação e consolidação local da Rede Social, é constituído por um número restrito de entidades – entre cinco (5) e sete (7) - representadas quase invariavelmente por um técnico. Todas as questões técnico-metodológicas são da responsabilidade deste grupo operativo, do qual acaba por depender o maior ou menor dinamismo da rede social os trabalhos e documentos apresentados e apreciados no plenário são da preparação do NE.

As CSIF/CSF são estruturas próximas da população, e o foco da sua acção é resolução dos problemas locais no Local, fazendo jus ao princípio da subsidiariedade. A passagem para outras estruturas da Rede Social, para outras instâncias ou níveis, efectua-se apenas quando ao nível de freguesia a resposta parece ser inviável, e o problema não resolúvel.

Para além do CLAS e das CSIF/CSF, o modelo organizativo da rede nos locais não raro passa pela criação doutras estruturas, não previstas na Resolução do Concelho de Ministros, mas resultantes de processos de reflexão das equipas locais sobre o próprio processo de implementação local de Rede Social (ISS, 1999). Isto é, na processão dos objectivos do CLAS, e considerando as problemáticas priorizadas, a criação de Grupos de Trabalho temáticos, sectoriais ou territoriais, muitas vezes, faz todo o sentido, e tem vindo a ser encorajada. Normalmente, e porque a criação deste tipo de Grupos é sinónimo da consolidação e solidificação da Rede no local, surge numa fase mais tardia, e como o objectivo de reflectir tematicamente e/ou operacionalizar acções, projectos e definir de propostas de intervenção.

### **3.1.2. A rede social no concelho de Vieira do Minho**

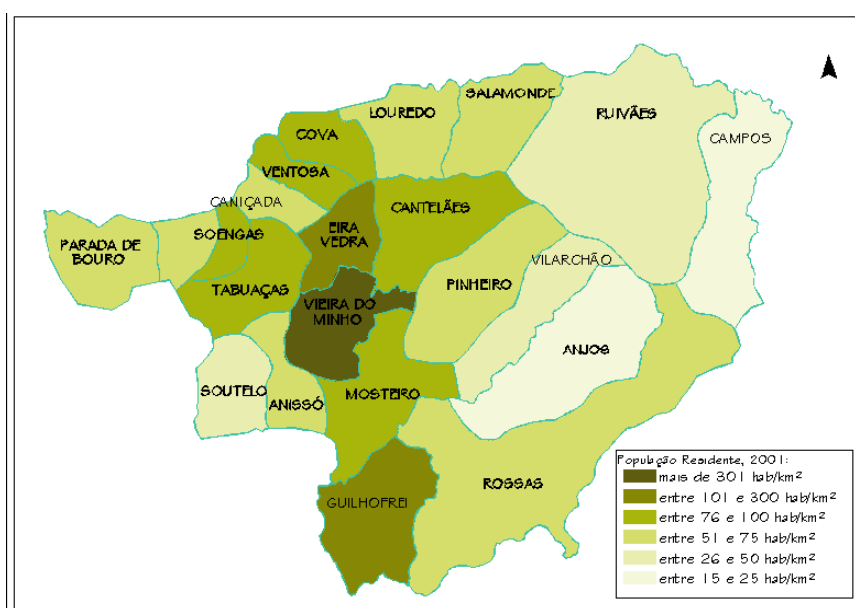
A Rede Social surge como um incentivo ao aparecimento e à constituição de redes locais de apoio social, as quais, por sua vez, têm como objectivo fomentar o envolvimento dos agentes e activar meios de resposta, conjugar esforços de diferentes entidades em prol do desenvolvimento social e otimizar as respostas existentes a nível local e inovar no que concerne às medidas de política social.

Em termos operacionais e concretos, a Rede Social materializa-se na constituição dos Conselhos Locais de Acção Social (CLAS) de âmbito concelhio e nas Comissões

Sociais (Inter) Freguesias (CSF). É através destes dois órgãos que se tem vindo, no concelho de Vieira do Minho, a dar corpo à noção de Rede Social.

Vieira do Minho é um Concelho do distrito de Braga com uma área total de 218.5 Km<sup>2</sup>, distribuído por vinte e uma freguesias. Tem como limites, a Norte e Este, o concelho de Montalegre; a Sudoeste, o concelho de Cabeceiras de Basto; a Sul, o concelho de Fafe; a Oeste o concelho de Póvoa do Lanhoso; e a Noroeste, os concelhos de Amares e Terras de Bouro.

É uma região montanhosa, predominantemente rural, caracterizada pelo isolamento da população, dispersão geográfica (densidade populacional de 67 habitantes por Km<sup>2</sup>) e dificuldades de acessos.



**Figura 2 - Área de influência do concelho de Vieira do Minho**

Desde os censos de 1991, o concelho de Vieira do Minho viu diminuir a sua população residente de 15 775 para 14 724 indivíduos (7285 indivíduos são do sexo masculino, 49% da população total e 7439 do feminino, 51% da população total), o que corresponde a uma variação total negativa de 7%. Esta população encontra-se distribuída pelos seguintes escalões etários:

- Menos de 14 anos: 2 527(17.2%);

- 15/24 anos: 2 388 (16.2%);
- 25/64 anos: 7 020 (46.7%);
- 65 ou mais anos : 2789(18.9%).

Note-se que o concelho de Vieira do Minho foi o único, em toda a região do Ave, a perder população, apresentando uma dinâmica populacional de tendência negativa, marcada pela baixa natalidade e pelo envelhecimento populacional (Diagnóstico Social, 2004).

Do ponto de vista demográfico, importa também referir que Vieira do Minho era, em 2001, um concelho marcado pelo envelhecimento populacional (o índice de envelhecimento é 101,6%).

Com efeito, dos 14 724 indivíduos que residem no concelho, cerca de 2 789 (18,9%) pertencem ao grupo etário dos sessenta e cinco ou mais anos. No período intercensitário, denotou-se um claro aumento da população mais velha e, paralelamente, uma redução da população mais nova, acompanhando a tendência geral das regiões mais interiores e ruralizadas do país. A percentagem de pessoas com mais de sessenta e cinco anos, porém, é muito superior à da Região Norte, que, em 2001, se ficava pelos 11,4%. O envelhecimento populacional é, não raras vezes, associado à diminuição do crescimento natural, nomeadamente, à diminuição progressiva da taxa de natalidade (Pré-diagnóstico, 2004).

De acordo com os dados do INE relativos a 2001, o número de indivíduos residentes em idade escolar (com menos de quinze anos de idade) diminuiu 32.1%, assim como diminuiu em 12% o número de residentes com idades compreendidas entre os quinze e os vinte e quatro anos de idade. Por outro lado, verificou-se um aumento de 4.2% do número de pessoas cujas idades oscilam entre os vinte e cinco e os sessenta e quatro anos e um aumento de 6.9% do número de pessoas com sessenta e cinco ou mais anos.

Num período de dez anos, o concelho de Vieira do Minho assistiu a um envelhecimento populacional, tanto na base, como no topo da pirâmide etária. O decréscimo das taxas de natalidade, e portanto, a diminuição da dimensão média das famílias, dada a adoção por parte desta população de modelos de vida mais urbanizados, conduz a que o

envelhecimento populacional se torne numa realidade cada vez mais expressiva. Aliás, esta é uma tendência que se verifica em todo o país, onde o número de pessoas com idade superior a vinte e cinco anos é cada vez maior e onde o número de pessoas com idade inferior a catorze anos se torna cada vez mais diminuto (idem).

### **3.2. Redes sociais de apoio informal**

Elkain (*cit. in* Chadi, 2000) refere que o conceito de rede social pode ser definido como um grupo de indivíduos, membros de uma família, vizinhos, amigos, capazes de prestar os cuidados necessários a um indivíduo ou a uma família.

Com o aumento da idade, as redes sociais vão ficando cada vez mais reduzidas, uma vez que à velhice se associa uma diversidade de barreiras que dificultam a manutenção de relações que são assinaladas pela instabilidade. As perdas relacionais (morte de familiares, amigos), a vulnerabilidade pessoal (diminuição da saúde física e mental) e os obstáculos ambientais e contextuais (diminuição de recursos económicos; estereótipos sociais) são algumas dessas barreiras. Como tal, com o avanço da idade, verifica-se que as redes sociais ficam menores, reforçando a função nuclear da família (já que existe uma diminuição clara da rede de amigos). Reduzem-se os níveis de mutualidade, ou seja, o idoso recebe mais do que dá (Sousa, 2004).

Uma das funções mais relevantes da rede social no que diz respeito aos idosos é cuidar. Cuidar é uma noção familiar e quotidiana difícil de definir. Inclui diferentes dimensões, elementos e componentes que são interpretadas de diversas formas. Alcón (*cit. in* Imaginário, 2005) afirma que o cuidar é uma forma de relação que inclui desenvolvimento, um tipo de experiência que requer respeito pela outra pessoa e, por sua vez, uma relação em que a dedicação é essencial.

Vários são os autores que se têm ocupado da problemática da prestação do ponto de vista dos prestadores de cuidados. Para Nolan (1996), Paúl (1997) e Brito (2002), o processo de prestação de cuidados é um processo complexo e dinâmico, caracterizado por constantes variações, ao longo do tempo, das necessidades e sentimentos de quem recebe os cuidados e de quem os presta, em função da própria evolução da doença e da situação de dependência, do contexto familiar e da fase do ciclo familiar, das redes de

apoio social, dos sistemas de crenças e, fundamentalmente, de como o cuidador percebe todos esses factores.

### **3.2.1. Tipos de redes sociais de apoio informal**

As redes sociais de apoio informal são constituídas por aspectos morfológicos ou estruturais, como o tamanho, a composição a densidade e acessibilidade. Além destas, há outra abordagem que considera os padrões interactivos, como o conteúdo e o respectivo apoio, o grau de reciprocidade, a durabilidade, intensidade e frequência do contacto entre os elementos da rede (Auslander e Litwin, 1990, *cit. in* Paúl 1997).

De acordo com Paúl, (1997) e Jani-Le Bris (1994), as redes de apoio informal ao idoso podem subdividir-se em dois grandes grupos:

- As constituídas pela família do próprio idoso;
- As constituídas pelos amigos, vizinhos.

O papel das redes familiares assenta no apoio necessário aos indivíduos na última fase da vida, quando as suas capacidades funcionais diminuem e a autonomia não é mais possível. Os cuidados informais provêm de dois grupos: por um lado, os fornecidos pela própria família do idoso, e por outro lado, pelos amigos e vizinhos. Estes dois grupos desenvolvem as suas actividades em dois domínios: apoio psicológico, ligado à satisfação da vida e ao bem-estar psicológico, apoio instrumental, que pressupõe ajuda física em situações de diminuição das capacidades funcionais do idoso, e perda de autonomia física temporária ou permanente. Os amigos e vizinhos do idoso parecem desempenhar também um papel preponderante no apoio à velhice, principalmente, do ponto de vista emocional, mas também da ajuda instrumental, verificando-se esta última mais em situações de ausência de familiares

De acordo com Wellman (1981), as redes sociais de apoio informal, são constituídas por:

- O conteúdo dos laços: apoio ou não apoio, o seu carácter voluntário;

- A forma dos laços: a intensidade com que manifestam o seu conteúdo específico e a simetria;
- A estrutura dos laços: o seu conjunto, a densidade, a complexidade, numa visão integrada dessas redes, que não se limita só a considerar a frequência e duração do encontro entre duas pessoas, etc.

Ficher (1992, *cit. in* Paúl, 1997) refere que as redes de apoio distinguem três tipos de envolvimento ou relação entre as pessoas:

- O formal: no sentido em que envolvem regras reconhecidas socialmente, com direitos e deveres recíprocos, como é o caso das relações filiais;
- O sentimental: quando há um sentido de preocupação e proximidade relativamente ao outro;
- A troca: quando o envolvimento é no sentido de partilha de actividades do apoio emotivo ou ambos, num dar e receber recíproco.

Depner e Ingersoll-Dayton (1988, *cit. in* Paúl, 1997) explicam a importância das trocas nas redes de apoio, considerando a idade, o sexo e o indivíduo referenciado. As quatro dimensões das redes de apoio social referidas são:

- A existência *versus* funcionamento de uma rede;
- O tipo de relações - filho, irmãos, amigos;
- Os tipos de apoio social -apoio emotivo, respeito, apoio na doença;
- O receber *versus* apoiar – a existência de relações sociais é benéfica em si mesma, porque contribui para um sentido de integração social e evita o isolamento.

A necessidade de cuidados tem acompanhado a evolução da humanidade e criado laços de interdependência entre as pessoas, sendo a família o mais antigo serviço de assistência no mundo e o primeiro e mais importante grupo social, que ocupa um lugar fundamental no processo de envelhecimento. É na família tradicional que os idosos encontram segurança económica, psicossocial, emocional e todas as formas de apoio que as suas limitações lhe podem impor (Imaginário, 2005).

De facto, nos países do sul da Europa, a responsabilidade de prestação de cuidados a idosos e, principalmente, a idosos dependentes, recai inteiramente na família. Esta realidade também é visível em Portugal. Anderson (*cit. in* Rebelo, 1996) afirma que, em Portugal, é a família o centro da tradição da responsabilidade colectiva pela prestação de cuidados.

Esta constatação foi intensificada pelos dados do Ministério da Saúde do Emprego e Segurança Social, segundo os quais “cerca de 80% dos cuidados às pessoas idosos são de carácter informal e prestados pelos familiares, os próprios idosos, os vizinhos, os amigos e os voluntários” (Ribeiro et al. *cit. in* Imaginário, 2005).

### **3.2.2. A família**

Tal como a célula é a unidade de corpo orgânico, assim a família tem sido considerada como a célula fundamental de toda a vida social. Aceite como a mais antiga das instituições sociais e humanas, a família apresenta-se com um carácter universal, embora com variações de sociedade para sociedade e de geração em geração. Afirmar que a família constitui a unidade básica da interacção social será talvez, porém, a forma mais ampla, mas também sintética, de enunciá-la (Osório, 2002).

De acordo com Sareceno e Naldini (2003), a família revela-se como um dos lugares privilegiados de construção social, mediante a construção social dos acontecimentos e relações aparentemente mais naturais.

Neste sentido, falar hoje de família implica um alargamento das ideias científicas, fruto de uma época “pintada de novas cores”, consubstanciadas em novos modelos familiares. O aumento da esperança de vida, a percentagem crescente de pessoas idosas, as inovações biológicas no domínio da procriação são alguns exemplos que conferem a esta instituição um rejuvenescimento, responsável por uma maior complexidade face ao seu conhecimento (Segalen, 1999).

A família, considerada tradicionalmente o mais efectivo sistema de apoio aos idosos, está, contudo, a passar por alterações decorrentes de mudanças conjunturais e culturais,

o que implica que o apoio que a mesma prestada ao idoso tenda vindo a diminuir (Imaginário, 2005).

A família representa um grupo social primário que influencia e é influenciado por outras pessoas e instituições. É um grupo de pessoas, ou um número de grupos domésticos ligados por descendência (demonstrada ou estipulada) a partir de um ancestral comum, matrimónio ou adopção. Dentro da família, existe sempre algum grau de parentesco. A família é unida por laços capazes de manter os membros moral, material e reciprocamente durante uma vida e durante gerações (Minichin, 1990).

A família é segundo Alarcão (2002), um grupo institucionalizado, relativamente estável e que constitui uma importante base da vida social. Sampaio e Gameiro (1992) definem-na como um conjunto de elementos ligados por um conjunto de relações, em contínua relação com o exterior, que mantém o seu equilíbrio ao longo de um processo de desenvolvimento percorrido através de estádios evolução diversificados.

A família pode ser definida, de acordo com Duarte e Diogo (2000), como um sistema dinâmico de duas ou mais pessoas que estão envolvidas emocionalmente umas com as outras e que vivem próximas.

A família vem-se transformando através dos tempos, acompanhando as mudanças religiosas, económicas e sócio-culturais do contexto em que se encontram inseridas. Esta é um espaço sócio-cultural que deve ser continuamente renovado e reconstituído; o conceito de “próximo” encontra-se realizado mais que em outro espaço social qualquer, e deve ser visto como um espaço político de natureza criativa e inspiradora (Poussin e Marin-Lebrun, 1999).

Por este motivo, o conceito de família hoje em dia, já não é a do modelo dito tradicional. De facto, a família perdeu o seu cariz institucional, tendo em contrapartida, sido reforçada a sua intimidade e o seu papel como factor de realização afectiva dos cônjuges e filhos e na socialização a aculturação destes (Poussin e Marin-Lebrun, 1999).

Reconhece-se então, que nos últimos 30 anos, ocorreram diversas e profundas mudanças ao nível da estrutura familiar, pois por exemplo, a família vertical, tipicamente tradicional, de três gerações dá progressivamente lugar à família horizontal (Fishman, 1999).

Alguns autores chegam mesmo a afirmar que a família ocidental de hoje é uma “família pacto”, onde o interesse do indivíduo se sobrepõe ao interesse do grupo. Por isso, a atenção que o Estado dedica à família tem de ser cada vez maior ou os valores sociais mais elementares podem perder-se para sempre (Sprinthall e Sprinthall, 1993).

De acordo com Minuchin (1979), a família tem duas funções principais em relação aos seus membros: a “protecção” e a “socialização”. A função de “protecção” é uma função interna que se refere à protecção psicossocial dos seus elementos. A função de “socialização” é uma função externa e inclui todos os mecanismos de adaptação e transmissão cultural.

Duvall e Miller (*cit. in* Minuchin, 1979) identificaram como funções familiares, as seguintes:

- *Gerar afectos*, entre os membros da família;
- *Proporcionar segurança e aceitação pessoal*, promovendo um desenvolvimento pessoal natural;
- *Proporcionar satisfação e sentimentos de utilidade*, através das actividades que satisfazem os membros da família,
- *Assegurar a continuidade das relações*, proporcionando relações duradouras entre os familiares;
- *Proporcionar estabilidade e socialização*, assegurando a continuidade da cultura da sociedade correspondente;
- *Impor autoridade e o sentimento do que é correcto*, relacionado com a aprendizagem das regras e normas, direitos e obrigações característicos das sociedades humanas.

Para além destas funções, Becvar e Becvar (2005) acrescentam ainda uma função relativa à saúde, na medida em que a família protege a saúde dos seus membros, dando apoio e resposta às necessidades básicas em situações de doença. A família, como uma unidade, desenvolve um sistema de valores, crenças e atitudes face à saúde e à doença que são expressas e demonstradas através dos comportamentos de saúde-doença dos seus membros.

A família tem como função primordial a protecção, possuindo, sobretudo, potencialidades para dar apoio emocional à resolução de problemas e conflitos, podendo formar uma barreira defensiva contra as agressões externas. Neste sentido, a família ajuda a manter a saúde física e mental do indivíduo, devido a constituir o maior recurso natural da comunidade.

Nos últimos 50 anos, no Ocidente, a família modificou as suas dimensões, organizou-se de formas muito diversas e viveu segundo novos valores. Muitos investigadores procuram compreender este fenómeno social que, sendo já reconhecido pela maior parte das pessoas, começa a ser objecto de quantificação, quer pelos dados estatísticos oficiais, quer pelos indicadores demográficos existentes. Para alguns, a família actual está em “crise”; para outros, existe uma “desagregação familiar” e, ainda muitos falam em “transformações ou mudança” na família (Relvas e Alarcão, 2002).

Costa (1998) refere que as famílias tradicionalmente multigeracionais têm vindo a dar lugar a famílias nucleares, o que leva a um isolamento cada vez maior dos idosos. O agregado familiar das famílias portuguesas é, em média 3,1 pessoas por agregado (Ministério da Saúde, 1999). Este tipo de sociedade, onde não há lugar para o idoso no seio da família, é designado por Bruto da Costa por sociedade “atomizada” (Costa, 1993).

É no seio familiar que a maioria dos idosos procura o apoio necessário para solucionar as suas necessidades afectivas e para receber assistência e prestação de cuidados (Anderson, 1992). A família tem como função a protecção da pessoa idosa, sendo este auxílio familiar frequentemente mais importante e desejado que o prestado por serviços formais, pois permite manter as relações inter-pessoais, contribuindo, assim, para o seu bem-estar (Quaresma, 1996).

Os cuidados a pessoas idosas, mulheres e homens, no quadro da família, processam-se, hoje, num contexto de profundas transformações em relação às gerações anteriores. O aumento das taxas de divórcio, por exemplo, que em Portugal, no ano de 2006, se situavam nos 2,2%, tem consequências não só na composição das famílias, como também na capacidade de investimento e disponibilidade relativamente aos cuidados a prestar aos seus ascendentes idosos (Perista, et. al., 2000).

Continua, hoje, a persistir um fraco envolvimento e desresponsabilização adstrita ao tradicional papel masculino no espaço doméstico, onde se inscrevem os cuidados aos parentes dependentes, sobretudo em relação aos idosos, que, em muitas situações, se tratam de familiares indirectos, como sejam sogros ou sogras (Perista, et. al., 2000).

Também o desenvolvimento do trabalho assalariado retira progressivamente à família a sua anterior função educativa e de segurança social, que passa a ser, cada vez mais, da responsabilidade pública, do Estado. As consequências desta evolução reflectem-se na vida dos idosos e suas famílias, determinando a procura de soluções que passam pelas diferentes respostas sociais de apoio à pessoa idosa (Paúl, 1997).

Muitas vezes, as famílias são culpabilizadas e acusadas de se retirarem daquilo que são as suas responsabilidades para com os mais velhos, criando-se pressão sobre quem cuida. Salvage (*cit. in* Perista, et. al., 2000) alerta, precisamente, para o facto das necessidades dos prestadores destes serviços não serem, normalmente, tidas em conta, pelo facto dessa prestação ser considerada como um dever. Ainda que dever, importa não ignorar que cuidar de uma pessoa idosa, em particular em situação de dependência, pode traduzir-se num trabalho árduo e exigente, tanto do ponto de vista físico, como afectivo, requerendo uma disponibilidade considerável de tempo e de energia (José e Wall, 2006).

A crença de que a família é obrigada a prestar apoio à pessoa idosa começa a ganhar novos limites. Assim, existem famílias que delegam a responsabilidade de prestar cuidados aos seus familiares idosos, e outras, particularmente as famílias da classe trabalhadora, com mais incapacidades económicas, que assumem essa responsabilidade (Costa, 1998).

José e Karin Wall (*cit. in* José e Wall, 2006) construíram uma tipologia de prestação de cuidados a pessoas idosas dependentes, no seio da família. Essa tipologia aponta para dois grandes perfis: o perfil familiar e o perfil misto. No perfil familiar, os cuidados prestados são centralizados na família da pessoa dependente e não é usado qualquer recurso no exterior da rede de parentesco. No perfil misto, e tal como a designação o indica, conjugam-se os recursos da família com o recurso a serviços prestados por agentes externos.

Quando os cuidados prestados a idosos com elevada dependência só são prestados por um cuidador, torna-se complicado para quem cuida e para o idoso. Quando só é necessária uma supervisão, torna-se mais frequente uma rotatividade entre os elementos da família e uma maior partilha das responsabilidades a este nível, havendo, pois, menos riscos para quem cuida e para quem recebe cuidados (José e Wall, 2006).

Segundo Fernandes (2001), nos últimos anos, é menos frequente a coabitação dos pais idosos com os filhos adultos e, em contrapartida, existe maior proporção de idosos a viverem sós. Apesar deste aumento de pessoas idosas a viverem sozinhas e do predomínio das famílias compostas apenas pelo casal, as relações intra-familiares continuam a ter lugar preponderante, ainda que com intensidades variadas, mesmo depois de os filhos constituírem novos núcleos familiares e saírem de casa.

Estes laços familiares serão, certamente, facilitados pela proximidade física, que viabiliza os contactos e o estabelecimento de práticas comuns quotidianas que podem fortalecer a solidariedade e até mesmo promovê-la, ou são dificultados pela distância que separa a residência de pais e filhos, levando a que, em zonas de forte emigração das gerações mais novas, a população idosa reforce sentimentos de solidão e isolamento (Fernandes, 1997).

De um modo geral, as trocas intergeracionais concretizam-se em torno do domínio afectivo, da ajuda doméstica e financeira, da guarda das crianças e dos cuidados gerais em caso de doença ou incapacidade. “Dá-se” e “recebe-se” tempo de convívio e atenção, serviços de vária ordem e, talvez o que mais facilmente se consegue contabilizar: ajudas financeiras e presentes (Fernandes, 2001).

No que toca às transferências económicas e financeiras, estas ocorrem, principalmente, de avós para netos, e de pais idosos para os/as seus/suas filhos/as, ainda que os primeiros apresentem rendimentos, em muitos casos, inferiores. Já que no que se refere à troca de serviços, esta ocorre em ambos os sentidos (Fernandes, 2001).

O aumento da esperança de vida afecta a vida da mulher na família, basicamente, de dois modos: por um lado, a mulher vive mais tempo que o homem, o que acarreta maior taxa de viuvez feminina e aumenta o seu problema de solidão e, por outro lado, “tem” mais idosos para cuidar. De facto, as estatísticas continuam a mostrar a mulher como principal prestadora de cuidados na velhice e na doença dos seus familiares, quer consanguíneos, quer por afinidade (Relvas, 1996).

Esta “matrilinearidade” das entajudas familiares é uma característica das relações de parentesco das sociedades ocidentais (Fernandes, 1997). Coward e Dwyer (1990 *cit. in* Paúl, 1997) referem a importância dos filhos nos cuidados aos seus pais idosos dependentes e, o facto de serem especificamente as filhas que desempenham esse papel. Outro grupo de pessoas que presta cuidados aos idosos é o das noras. Embora seja mais provável que as filhas e não os filhos assumam as tarefas de rotina e de retaguarda dos cuidados e os filhos desempenhem actividades mais circunscritas e esporádicas, muito do trabalho que é desempenhado pelos filhos é, na realidade, prestado pelas noras.

A maior probabilidade é a da esposa cuidar do marido, visto que em média vive mais do que o marido e é frequentemente mais nova do que ele. Em segunda linha, surgem as filhas. As mulheres especializam-se em tarefas como os cuidados parentais e há uma interiorização de atitudes baseada no papel feminino na prestação de cuidados (Paúl, 1997).

Nos casos em que existe coabitação, considerada como forma mais intensa de solidariedade de pais idosos com os filhos adultos já casados, é porque está reunida uma das duas condições: pode tratar-se de uma solidariedade dependente, na qual os familiares idosos dependem das ajudas dos seus filhos; ou de uma solidariedade dominante, na qual são os filhos que dependem economicamente das ajudas dos pais (Fernandes, 1997).

Apesar de todas as transformações, as famílias constituem-se, assim, ainda, como palco principal de trocas e solidariedade entre diferentes gerações. Os modos de se relacionarem os membros da família adequam-se às novas situações vividas (novo lar que se constitui, a casa que é necessário adquirir) e tomam outras formas, mas pretendem sempre contribuir para garantir que não se quebrem laços e permaneça a solidariedade (Fernandes, 1997).

De acordo com Silverstone (1995 *cit. in* Paúl, 1997) os idosos, ainda que estejam bastantes segregados das estruturas formais da sociedade, estão bem integrados nas redes sociais de apoio informal da família, amigos e vizinhos. Embora os idosos vivam frequentemente sós ou com o cônjuge, não estão isolados do resto da família mais alargada. O carácter dos arranjos de cuidados de longo-termo e a sua qualidade têm a ver com padrões demográficos, estruturas familiares, papéis e funções, locais de residência, estatuto socio-económico, entre outros aspectos. Os serviços prestados mais frequentemente pelos familiares são, por ordem decrescente de importância: o transporte, o verificar o bem-estar do idoso, os serviços domésticos, a assistência administrativa e legal, a preparação de refeições, as compras, a supervisão contínua, a enfermagem e a ajuda financeira geral.

Os cônjuges estão na primeira linha da prestação de cuidados em situações de doença ou incapacidade. Prestam mais horas de assistência e têm mais probabilidade de fornecer cuidados pessoais, tolerando maiores incapacidades e por mais tempo, com menor ajuda externa e mais custos pessoais. Relativamente às mulheres, esse trabalho é esperado como já foi referido. Sendo os homens nesse papel, têm maior probabilidade de receber apoio, quer formal, quer informal (*idem*).

De acordo com Portugal (2007), as normas que regulam a interacção no interior das redes dependem do tipo de laço que está em jogo. O que está certo ou errado, o que é devido ou não, o que é justo ou injusto depende da natureza da relação em causa. As normas reflectem uma relação entre as pessoas, mais do que um equilíbrio entre coisas trocadas. Segundo Kellerhals *et al.* (1995 *cit. in* Portugal, 2007), o sentimento de justiça traduz, em primeiro lugar um projecto relacional, “um reconhecimento das pessoas”.

As normas de justiça no interior da rede de parentesco são de difícil aplicação e existem três circuitos de troca distintos – a ajuda em serviços, os presentes e a hospitalidade – e concluiu que os critérios que regulam cada um deles são distintos. O princípio não se aplica entre um dador e um receptor, mas entre dadores ou entre receptores. Nas redes de parentesco, a ideia de justiça não diz directamente respeito à relação contribuição-retribuição, mas à comparação entre “pares” (dadores ou receptores) na sua relação com um terceiro (Godbout 1995 *cit. in* Portugal, 2007). A circulação da dádiva possui especificidade, quando olhamos para dentro ou para fora da família.

A dádiva para com os progenitores é, simultaneamente, uma dádiva económica e uma dádiva de reconhecimento. Elementos materiais, afectivos e simbólicos misturam-se num jogo complexo que, no entanto, não deixa totalmente de lado a reciprocidade. Na reciprocidade familiar, dádiva e retribuição, entre dom e contra-dom, o tempo pode correr sem que o ciclo se quebre. Os cuidadores de idosos são um exemplo de como, na dádiva familiar, a norma da reciprocidade se estende no tempo, ao longo da história, e vai para além da troca restrita. De acordo com Portugal (2007, p 41-42):

*“Cuidar dos pais na velhice não é apenas uma retribuição pelas dádivas recebidas no decorrer da vida, é também uma retribuição pelas dádivas que estes fizeram aos seus próprios pais”.*

Ainda de acordo com a autora anterior, as características da reciprocidade no interior do parentesco dependem das características socio-económicas das famílias. Embora a reciprocidade directa aumente este tipo de reciprocidade é, sobretudo visível, nas ajudas materiais. Neste domínio, a troca directa é muito mais clara: os filhos recebem bens e serviços dos pais, mas estão quase sempre obrigados a retribuições explícitas.

Riospabé (1996, *cit. in* Portugal, 2007) distingue dois significados da obrigação familiar de cuidar. No sentido jurídico e técnico, a obrigação define uma relação legal entre duas pessoas, em virtude da qual uma pessoa pode exigir algo da outra. Para além desse sentido restrito, há obrigação no sentido “lato”. Esta consiste na obrigação moral que resulta de um compromisso, que não é *obrigatório*, no sentido jurídico do termo, dado que não está sujeito a sanções deste tipo, mas que funciona como um imperativo.

As obrigações são, sobretudo, sentidas no interior da família, estão essencialmente ligadas aos laços de sangue e sujeitas a um processo de verticalização no interior da rede.

A definição e a aplicação do princípio da igualdade na circulação da dádiva familiar revestem-se de alguma complexidade. Paúl (1997) refere um estudo sobre as solidariedades familiares no qual se aplicou o princípio de justiça distributiva aos processos de negociação, na entreajuda. Este estudo chegou à conclusão de que a definição do papel dos diferentes membros da rede de parentesco na prestação de apoio se faz de acordo, fundamentalmente, com dois princípios: o da igualdade e o da equidade. O princípio da igualdade postula que todos devem contribuir de igual modo, em nome de uma similitude de estatuto. O princípio da equidade pressupõe, pelo contrário, que a contribuição de cada um deve obedecer a determinados critérios: recursos socio-económicos e/ou disponibilidades concretas (tempo, proximidade geográfica, etc.); identidade sexual e ordem de nascimento (as filhas, os mais velhos, etc.); aptidões (técnicas ou relacionais). No caso do princípio de equidade, os critérios de repartição das obrigações variam consoante o tipo de ajuda que se presta (dinheiro, serviços domésticos, apoio moral, etc.)

A relação com amigos e vizinhos difere da que se mantém com familiares, porque resulta de escolhas estruturadas, feitas na base de opções dentro do próprio meio social da pessoa. As amizades são uma relação expressiva, baseada na escolha e partilha de interesses. As escolhas de amigos são mais fluidas e livres do que as de vizinhos, que, apesar de tudo, se baseiam mais na relação de proximidade e instrumental (Wenger, 1990 *cit. in* Paúl, 1997).

De acordo com Finch (1989 *cit. in* Portugal, 2007), é possível construir obrigações com elementos da rede fora da família, dirigidas para os fortes laços construídos através das relações de amizade.

De acordo com Portugal (2007), as normas que regulam a interação no interior no interior das redes dependem do tipo de laço que está em jogo. O que está certo ou errado, o que é devido ou não, o que é justo ou injusto depende da natureza da relação

em causa. As normas reflectem uma relação entre as pessoas, mais do que um equilíbrio entre as coisas trocadas.

### **3.2.2.1. A família e o Estado**

A família não é criada pelo Estado, nem resulta da sua tolerância ou da sua imposição: é, pois, anterior ao Estado. Ela constitui historicamente, como no caso da família patriarcal, um instrumento idóneo para a satisfação das necessidades individuais e sociais do homem. Porém, à medida que se vão desenvolvendo as sociedades, verifica-se a relativa insuficiência da família para atingir os fins dos seus membros. O Estado torna-se indispensável à vida familiar para o desempenho de certas funções, que, a pouco e pouco, foram ganhando maior relevo. Não significa que o Estado deva substituir a família, mas sim que o Estado e a família concorram para um fim comum. Sendo independentes, são indispensáveis um ao outro. À família cabe a realização de fins essenciais, mas pode ser auxiliada pelo Estado.

O Estado não pode substituir a família arbitrariamente. Apoiar a família, assegurar a vida família, não deve significar substituí-la. O Estado deve unicamente rodear esta das condições morais e materiais indispensáveis para que ela viva autonomamente e possa livremente realizar os seus fins próprios sem vigilância exterior. São diversos os meios por que o Estado pode auxiliar a família no desempenho das suas funções: favorecer a constituição de lares de 3.<sup>a</sup> idade e os serviços de apoio domiciliário, impostos de harmonia com os encargos familiares, protecção à maternidade, entre outros. Ao Estado e às leis compete o grave dever de proteger a família. É porém, através de meios extrínsecos, e não pela invasão da sua intimidade (Torres, 1999).

### **3.3. O perfil do cuidador informal de idosos**

A identidade do cuidador é desencadeada pela “actividade de cuidar”, mas transcende-se a partir do momento em que redefine não somente o sentir, mas também o pensar. Este processo de transformação é complexo, pois ao redefinir a sua vida pela sua nova condição de cuidador, não é apenas a sua rotina que muda, ele mesmo se transforma e constrói um novo “eu” (Mendes, 1997).

O cuidador é aquela pessoa que assiste e cuida do idoso afectado por qualquer tipo de incapacidade e que dificulta, ou impede, o desenrolar normal das suas actividades vitais ou das suas relações sociais. Os cuidadores informais são indivíduos não pertencentes a uma instituição social que cuidam de pessoas não autónomas e que vivem no domicílio. Estes cuidadores não são remunerados e têm um elevado grau de compromisso face a tal tarefa, caracterizada pelo afecto e uma atenção sem limites de horários (Soriano, 2004).

Existem inúmeras características que ajudam a traçar o perfil de cuidador, tais como:

*a) Género*

A tarefa de cuidar de um idoso recai, tradicionalmente, sobre o elemento feminino mais próximo, todavia, apesar do predomínio das mulheres, os homens participam cada vez mais na prestação de cuidados ao idoso (Figueiredo, 2004).

Lage (2005) refere que os homens e mulheres prestam diferentes tipos de cuidados. As mulheres prestam em maior número cuidados de suporte emocional e actividades instrumentais. São as mulheres que prestam mais cuidados pessoais e tarefas domésticas, enquanto os homens participam maioritariamente em tarefas relacionadas com o transporte do idoso e/ou gestão do dinheiro.

*b) Idade*

A idade é uma característica que ajuda a definir o perfil do cuidador. Pesquisas realizadas neste campo revelam que a maioria dos cuidadores familiares se situa numa faixa etária entre os 45 e os 60 anos (Figueiredo, 2004).

*c) Grau de parentesco*

De acordo com Chapel (*cit. in* Lage, 2005), o cônjuge emerge como a principal fonte de assistência ao idoso, muitas vezes, ele próprio um idoso dependente, mas, mesmo assim, uma das maiores garantidas de suporte na velhice.

Outro grupo de pessoas que prestam cuidados aos idosos é o das noras. Merrill (*cit. in* Paúl, 1997) refere que, embora seja mais provável que as filhas, e não os filhos, assumam as tarefas de rotina e de retaguarda dos cuidados, muito trabalho que é desempenhado pelos filhos é, na realidade, prestado pelas noras.

Brody e Cole et al. (*cit. in* Lage, 2005) referem que a proximidade da residência acabará por influenciar quem assumirá o papel de cuidador principal. Assim, a escolha recai habitualmente sobre a filha economicamente mais desfavorecida, mais reservada pela tradição familiar, sem profissão, aposentada e/ou solteira ou, ainda segundo Ross (*cit. in* Lage, 2005), sobre o filho único.

De acordo com Tolosana (1981), as filhas que cuidam dos pais até à sua morte, recebem mais herança que os restantes filhos. Os direitos das noras são mínimos e as obrigações são muitas. A família é patriarcal e bilateral. O sub-sistema da herança dentro da família determina a forma da família, a sua estrutura interna e o contexto externo. A inculcação no contexto familiar, as relações com todos os indivíduos depende do tipo de família em que se nasceu, em que geração se encontra, sexo e ordem de nascimento, que condicionam a sua integração e a pertença ao grupo, o mesmo em relação ao seu grau de participação, expectativas, metas, satisfações e frustrações.

#### *d) Estado Civil*

As pessoas casadas constituem a maior proporção daquelas que prestam cuidados a um familiar idoso dependente, seguindo-se as pessoas solteiras ou divorciada/separadas. Em proporções mais significativas encontram-se os viúvos (Figueiredo, 2004).

### **3.4. Incorporação das redes de apoio informal na prestação formal de serviços sociais**

Para Paúl (1997), o apoio informal é multifacetado, devido ao tipo de pessoas envolvidas, no que fazem e porquê, num fluir mútuo de dádiva e recepção de apoio, formando um sistema ecológico, com pessoas desempenhando um papel interrelacionado ou complementar. Pelo contrário, o apoio formal opera sob um sistema de categorias explícito para avaliar as necessidades, regras formais de procedimento, especialização e coordenação formal das regras de ajuda, critérios objectivos de ajuda, padrões estabelecidos de sucesso.

A combinação entre estes tipos de apoio não é tarefa fácil, seja a nível dos técnicos envolvidos no apoio formal, seja a nível dos agentes informais, mas o equilíbrio entre estas duas formas de apoio, seria desejável, em muitos casos. Coordenar os esforços da

rede social e informal de apoio, com o assumir de responsabilidades formais por parte de entidades oficiais que prestam ajuda, mais ou menos especializada, aos idosos, será o caminho adequado no sentido de melhorar a eficácia e qualidade dos cuidados a esta franja da população.

É importante coordenar os esforços da rede social de apoio informal, com o assumir de responsabilidades formais por parte de entidades oficiais que prestam ajuda, mais ou menos especializada, aos idosos. Há três opções para incorporar as redes de apoio informal na prestação formal de serviços sociais: a interpenetração e partilha de cuidados entre a rede informal e formal; a substituição ou transferência de cuidados da rede informal para o sistema formal; e o fortalecimento da rede informal pelo apoio formal, de forma a que este possa continuar a prestar cuidados. Verifica-se a importância da rede social de apoio para o bem-estar do idoso. Muitas vezes, a rede social de apoio é principalmente constituída por familiares na primeira linha de prestação de cuidados. Do conjunto de elementos da rede destaca-se, habitualmente, uma pessoa sobre quem recaem as maiores responsabilidades e o maior número de tarefas de apoio. Os anglo-saxónicos designam essa pessoa por “*caregiver*”, ou seja, a pessoa que olha pelo idoso, que apoia e cuida dele (Paúl, 1997).

Importa referenciar que, normalmente, os cuidados aos idosos começam por ser assumidos pela família ou outros elementos da rede informal de apoio, e os cuidados formais são solicitados a partir do momento em que os informais precisam de ajuda, por não conseguirem responder de forma eficaz às exigências do idoso. Contudo, cuidados informais e formais não são substitutos perfeitos um do outro, pois os primeiros superam algumas tarefas assumidas pelos informais (refeição, higiene), mas receber cuidados de um ente querido tem outro sabor para o idoso (Sousa, 2004).



## **Capítulo IV – Metodologia**

No presente capítulo é explicitada a metodologia utilizada no estudo empírico. São igualmente identificados os objectivos que conduziram a investigação bem como os instrumentos e procedimentos aquando da recolha e tratamento da informação.

Conforme Giddens (2002) argumenta, o procedimento ou estratégia de investigação está relacionado com a forma como a investigação é planeada e realizada.

Como já foi referido na introdução do nosso trabalho, adoptámos uma metodologia qualitativa, tendo em conta que esta proporciona a oportunidade para se atingirem resultados mais profundos, dado que se trata de um trabalho baseado no que os cuidadores pensam e sentem. De facto, parece-nos que, através das entrevistas, podemos explorar mais o que preocupa os cuidadores e quais os seus sentimentos, deixando margem para os sujeitos manifestarem as suas opiniões e revelarem pormenores, que, à partida, não estão incluídos no estudo, mas vêm enriquecer todo o trabalho, dando uma preciosa ajuda para perceber a temática dos idosos dependentes no seu todo.

### **4.2. Objectivos de estudo**

O objectivo geral do presente estudo, de carácter essencialmente exploratório, centra-se fundamentalmente em averiguar a relevância da rede formal e informal no apoio a idosos em contexto domiciliário.

Para uma melhor concretização, foram definidos os seguintes objectivos específicos:

- Averiguar se a pessoa idosa dependente que tem o apoio da rede formal e informal em contexto domiciliário usufrui de melhores cuidados;
- Avaliar a relevância da rede informal de apoio nos cuidados ao idoso em contexto domiciliário;
- Traçar o perfil social do cuidador informal.

### **4.3. Técnicas, Instrumentos e Procedimentos**

Dado o carácter exploratório do nosso trabalho, procurámos analisar as opiniões dos cuidadores informais que cuidam diariamente da pessoa idosa dependente. Para obtermos resposta aos objectivos inicialmente definidos, foi concebido um guião de entrevista em profundidade, com questões abertas. O guião de entrevista (Anexo C) destina-se a sujeitos cuidadores informais de idosos em contexto domiciliário.

O projecto foi entregue à Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa, não tendo merecido qualquer comentário negativo (Anexo A).

As entrevistas decorreram em diferentes freguesias do concelho de Vieira do Minho. A marcação das entrevistas teve por base uma auscultação prévia dos nossos entrevistados quanto à sua disponibilidade em colaborar no nosso estudo. O contacto foi realizado por nós, pessoal ou telefonicamente. A marcação do local de realização das entrevistas teve sempre por base as disponibilidades dos nossos entrevistados. Todas decorreram em espaços escolhidos pelos nossos entrevistados, a sua habitação. Como ferramenta de registo, recorremos à gravação em suporte digital, após autorização dos nossos entrevistados, e posterior transcrição. Os nossos entrevistados assinaram a declaração de consentimento informado da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa (Anexo B).

As entrevistas tiveram um carácter semi-directivo. Dado o cariz exploratório do nosso trabalho, os entrevistados tiveram possibilidade de aprofundar os aspectos por si considerados mais relevantes em função das suas experiências. A duração das entrevistas oscilou entre os 35 e 60 minutos. De referir que as mesmas decorreram num ambiente calmo, propício à recolha de informação. Fomos recebidos pelos entrevistados de uma forma cooperante, o que proporcionou uma relação de empatia entre o entrevistado e a entrevistadora.

### **4.4. Instrumentos de recolha de informação**

O Guião de entrevista (Anexo C) compreende 6 unidades de análise, designadamente:

- Caracterização sócio-demográfica do entrevistado: género; idade; estado civil;

habilitações literárias; profissão; situação na profissão; residência; grau de parentesco com o idoso; tempo de exercício no acto de cuidar;

- Sobre o acto de cuidar - caracterizar o contexto em que ocorre o acto de cuidar: período de tempo no acto de cuidar; dúvidas no acto de cuidar; dificuldades presentes no acto de cuidar; actividade laboral e cuidar e o acto de cuidar e apoios: técnicas de cuidar (onde aprendeu, com quem e como); ajudas técnicas;
- Acerca do apoio informal: relação familiar: tipo de relacionamento com os familiares; o porquê de cuidar; decisão de cuidar do idoso; relação afectiva ou obrigatória com o idoso no acto de cuidar; solidariedade familiar e diferenciação de papéis (feminino e masculino) no acto de cuidar. Na relação económica: apoio económico da família para o idoso e/ou vice-versa; carência económica e dificuldade no acto de cuidar. Na habitação e idoso: adaptar a habitação ao estado de dependência; necessidade de alterações na habitação assumida pela família; mudança de residência para casa do cuidador ou contrário. Na relação extra-familiar; apoio da rede de vizinhança; e apoio espiritual;
- Acerca do apoio formal – apoios: necessidade ou não; apoios do Estado (se existem e se funcionam); funcionalidade no apoio formal; facilidade de o encontrar. Apoio domiciliário: necessidade de mais ou não; relação preço/qualidade; formação específica dos cuidadores formais;
- Sobre a visão da sociedade – contexto social: como encara a sociedade o acto de cuidar; como encara a sociedade quando não são os familiares directos a cuidar;
- Sobre a visão do cuidador – bem-estar do idoso: qualidade de vida do idoso; estado de saúde do idoso/morte; idoso e visão do seu grau de dependência; como reage o idoso ao ser cuidado. E bem-estar do cuidador: qualidade de vida do cuidar; o que pensa quem cuida sobre o cuidar.

#### **4.5. Caracterização sócio-demográfica da amostra**

O nosso trabalho é realizado no concelho de Vieira do Minho, como tal, a nossa amostra é proveniente deste concelho. O motivo da escolha prende-se com o facto de Vieira do Minho ser um concelho rural com um índice de envelhecimento de 101%. Como tal, os resultados obtidos só se aplicam à amostra, não podendo ser extrapolados, com confiança, para um universo mais geral.

Deste modo, a nossa amostra é constituída por 14 pessoas, cuidadores informais em contexto domiciliário de pessoas idosas dependentes. Dos 14 entrevistados, 7 são pessoas que cuidam de pessoas idosas, mas que também têm apoio formal no acto de cuidar, e 7 são pessoas que cuidam sem ter o apoio formal.

#### **4.5.1. Caracterização sócio-demográfica dos cuidadores informais**

Os dados presentes na 1.<sup>a</sup> unidade de análise permitiram fazer uma caracterização sócio-demográfica das pessoas entrevistadas. Com esta mesma caracterização demonstrou-se que, através das suas especificidades, os participantes-alvo entrevistados cumpriam os critérios planeados para a investigação, de acordo com o projecto inicial do estudo, condição necessária ao cumprimento dos objectivos dos mesmos.

Assim, com base nos dados recolhidos na 1.<sup>a</sup> unidade de análise do guião de entrevista, procedeu-se à organização da informação com a ajuda da seguinte tabela:

“Viver aos Bocadinhos”  
O Papel do Cuidador Informal do Idoso em Contexto Domiciliário

<b>Entrevista</b>	<b>Género</b>	<b>Idade</b>	<b>Estado civil</b>	<b>Habilitações Literárias</b>	<b>Profissão</b>	<b>Situação na profissão</b>	<b>Residência</b>	<b>Grau de parentesco com a pessoa idosa</b>	<b>Tempo de exercício no acto de cuidar</b>
E1	Feminino	76	Casada	4.ºano	Doméstica	Reformada	a mesma que a pessoa dependente	Esposa	8 anos
E2	Masculino	76	Casado	3.º ano	Carpinteiro	Reformado	a mesma que a pessoa dependente	Marido	4 anos
E3	Feminino	52	Casada	4.ºano	Ajudante de Lar	Activo	a mesma que a pessoa dependente	Filha	4 anos
E4	Feminino	41	Casada	6.º ano	Doméstica	Activo	ao lado pessoa dependente	Filha	Desde Agosto de 2008
E5	Feminino	46	Casada	4.º ano	Empregada de limpeza	Activo	ao lado pessoa dependente	Nora	3 anos
E6	Feminino	51	Casada	6.ºano	Auxiliar de acção médica	Activo	a mesma que a pessoa dependente	Nora	7 anos
E7	Feminino	59	Viúva	12.ºano	Administrativa	Reformada	a mesma que a pessoa dependente	Filha	3,5 anos
E8	Feminino	59	Casada	4.º ano	Doméstica	Activo	a mesma que a pessoa dependente	Filha	13 anos
E9	Feminino	50	Casada	4.º ano	Auxiliar de lar	Reformada por invalidez	ao lado pessoa dependente	Filha	Desde Janeiro de 2008
E10	Feminino	30	Solteira	5.ºano	Costureira	Activo	a mesma que a pessoa dependente	Neta	4 anos
E11	Feminino	56	Viúva	6.ºano	Doméstica	RSI	a mesma que a pessoa dependente	Filha	8 anos
E12	Masculino	83	Casado	4.ºano	Trolha	Reformado	a mesma que a pessoa dependente	Marido	2 anos
E13	Feminino	69	Solteira	Analfabeta	Doméstica	Reformada	a mesma que a pessoa dependente	Filha	4 anos
E14	Feminino	66	Casada	3.ºano	Empregada de limpeza	Reformada	a mesma que a pessoa dependente	Filha	3 anos

**Tabela 8 - Caracterização sócio-demográfica dos entrevistados**

O grupo de participantes entrevistados, junto dos quais foram recolhidos os dados que proporcionaram o material qualitativo e consequentemente a sua análise, consta de 14 pessoas, tal como já afirmado.

Assim, de acordo com a tabela organizada e apresentada com os dados sócio-demográficos dos participantes, poder-se-á referir o seguinte:

- Quanto ao género, obtiveram-se dados de 12 pessoas do sexo feminino e 2 do sexo masculino;
- Quanto à idade, variou entre os 30 anos (pessoa mais nova) e os 83 anos (pessoa mais velha) sendo a média aritmética das idades de 58 anos;
- Quanto ao estado civil, registaram-se 10 casos de pessoas casadas, 2 de viúvas, 2 casos de solteiras;
- Quanto as habilitações literárias, com o 3.º ano temos 2 participantes, com o 4.º ano temos 6 participantes, com o 5.º ano um participante, 3 participantes com o 6.º ano, 1 com o 12.º ano, e por fim uma pessoa analfabeta;
- Sobre a profissão, 5 participantes são domésticas, 1 carpinteiro, 1 trolha, 1 costureira, 2 ajudantes de lar, uma administrativa, 2 empregadas de limpezas e por fim uma auxiliar de acção médica;
- Quanto à situação na profissão, 7 participantes encontram-se reformados, 5 encontram-se no cativo e um é beneficiário do Rendimento Social de Inserção (RSI);
- Quanto à residência, 11 participantes residem na mesma habitação que a pessoa dependente, e 3 participantes residem ao lado da habitação da pessoa dependente;
- Quanto ao grau de parentesco com a pessoa idosa, 1 participante é neta, 2 são noras, 3 são cônjuges, e 8 são filhos;
- Quanto ao tempo de exercício no acto de cuidar, 2 participantes cuidam há menos de 1 ano, 1 participante há 2 anos, 4 participantes há 4 anos, 2 participantes há 3 anos, 1 participante há 3,5 anos, 2 há 8 anos, 1 há 7 anos e por fim, um participante há 13 anos.

## Capítulo V – Análise e Discussão dos Resultados

Tal como referido anteriormente, a análise dos dados segue uma metodologia qualitativa, com recurso à análise de conteúdo. Entendemos não partir, contudo, de uma grelha rígida de análise, mas antes, de uma descoberta indutiva, a partir dos dados recolhidos.

Pretendemos, desta forma, chegar a uma descrição analítica, evitando esquemas de raciocínio pré-concebidos, eventualmente desajustados do universo sócio-simbólico que nos propomos compreender.

Após ter-se procedido à recolha de dados considerados pertinentes para o nosso estudo, realizámos uma análise qualitativa das informações recolhidas junto dos cuidadores informais, tendo como base a análise de conteúdo das mesmas. Segundo Berelson (*cit. in* Silva e Pinto, 1999), esta consiste numa técnica de tratamento de informação que permite a descrição sistemática, objectiva e qualitativa do conteúdo nas diferentes comunicações.

A organização da apresentação dos resultados obtidos no nosso estudo seguiu a mesma linha de pensamento que nos conduziu à elaboração do guião de entrevista (estruturado por temas e sub-temas de análise) indo ao encontro do cumprimento dos objectivos da investigação. Como instrumento de apoio à análise de conteúdo temática realizada foram elaboradas matrizes conceptuais, remetidas para anexo no presente trabalho (Anexos D, E, F, G e H), sendo o Anexo D sobre o acto de cuidar; o anexo E, acerca do apoio informal; o anexo F, acerca do apoio formal; o anexo G, sobre a visão da sociedade; e o anexo H, sobre a visão do cuidador.

Ao proceder à interpretação dos resultados das diferentes entrevistas realizadas, tivemos a preocupação de estabelecer a ponte entre os resultados obtidos e o quadro conceptual que orientou o nosso trabalho.

## **5.1. Análise dos dados provenientes das entrevistas realizadas aos sujeitos cuidadores informais**

A vivência de um processo contínuo de cuidar de pessoas idosas dependentes assume especificidades várias, que lhe conferem um elevado grau de complexidade. Os resultados obtidos através da análise de conteúdo sugerem que as dificuldades e os sentimentos dos cuidadores informais de pessoas idosas em contexto domiciliário não diferem muito, na medida em que a maioria apresenta dificuldades semelhantes, designadamente: dificuldades do acto de cuidar, pouca qualidade de vida, obrigação e envolvimento emocional no acto. O apoio formal só é considerado uma mais-valia pelos cuidadores que cuidam de idosos que usufruem desta valência.

### **5.2.1. Sobre o acto de cuidar**

A presente unidade de análise tem como objectivo caracterizar o contexto em que ocorre o acto de cuidar e os apoios.

#### **5.2.1.1. Caracterização do contexto em que ocorre o acto de cuidar**

De acordo com Ladislav (1994), o envelhecimento é a perda progressiva e irreversível da capacidade de adaptação do organismo às condições do ambiente. O ritmo do processo do envelhecimento varia de pessoa para pessoa, de órgão para órgão e mesmo de célula para célula. A velhice pode ser definida como uma etapa da vida, ou melhor, como uma “sucessão de etapas de contornos pouco precisos e conteúdos multiformes” (Quaresma, 2006).

Lemos (2000), a este propósito, refere que é possível encontrar quatro “categorias” de idosos: autónomo: idoso que é capaz de realizar, sem apoio de terceira pessoa, os cuidados de necessidade básica (higiene pessoal, autonomia na deslocação e capacidade de se alimentar); parcialmente dependente (idoso que necessita de apoio de terceira pessoa num dos seguintes cuidados – higiene pessoal ou deslocação); dependente (idoso que necessita de apoio de terceira pessoa para a satisfação das necessidades básicas – higiene pessoal, deslocação e alimentação, bem como de vigilância periódica no âmbito da saúde); grande dependente (idoso que necessita de apoio permanente de terceira

pessoa, para satisfação das necessidades básicas, bem como de cuidados permanentes de saúde).

Deste modo, da nossa amostra, 13 idosos encontram-se na categoria de grandes dependentes, e um idoso na categoria de dependente.

Do total dos nossos entrevistados, 13 referiram que os idosos de quem cuidam se encontram acamados:

*“A minha mãezinha está na cama, sem se levantar sozinha há quatro anos, há quatro anos ficou acamada e nunca mais saiu dali”*. E13.

*“ (...) em Novembro de 2004, ela ficou aqui, eu e minha filha fomos à missa e quando chegámos, ela estava deitada no chão, sem sentidos, fomos logo com ela para o Hospital, teve um enfarte e ficou lá internada duas semanas, nem sabia se ela sobrevivia se não, até estávamos desenganados, pensávamos que ela morria, acamou até hoje”*. E2.

*“ (...) a minha avó vai fazer quatro anos pelo Natal que acamou”*. E10.

*“ (...) cuidado do meu pai há oito anos, deu-lhe uma trombose e nunca mais andou, começou a ficar na cama, e acamou mesmo”*. E11.

*“ (...) andava para aí agarrado a dois paus, ainda ia à cozinha, ia da cozinha até ali fora e voltava para dentro de casa, com a ajuda dos dois paus. Depois é que acamou, acamado, está há três anos.”*. E1.

*“ A minha sogra desde 2001 acamou (...), ela ficou em minha casa para sempre”*. E6.

Só 1 nas nossas entrevistadas referiu que a mãe não se encontra totalmente acamada, só dependente: *“Cuido da minha mãe há três anos e meio, quando o meu pai faleceu vim para cá, mas a minha mãe não está acamada, ainda anda”*. E7.

As respostas à pergunta acerca do período de tempo decorrido desde que o cuidador começou a cuidar do idoso são variadas, dependendo dos cuidados necessários. Todos os nossos entrevistados referem a altura em que começaram a cuidar (mesmo que os idosos não estivessem totalmente dependentes) e, de seguida, mencionam o número de anos de prestação de cuidados desde que o idoso se encontra numa situação de total dependência. O intervalo de tempo de dependência, isto é, o menor período de cuidados referido pelos cuidadores é desde Agosto de 2008 e o maior é de 13 anos:

*“ (...) cuido dos meus pais há quatro anos, primeiro da minha mãe, depois, do meu pai, do meu pai é desde Maio. Teve um AVC. A minha mãe teve qualquer coisa no cérebro que começou a esquecer-se de tudo, e a não conseguir fazer as coisas (...), a minha mãe começou a não atinar para nada”. E3.*

*“Cuido da minha mãe desde Agosto, ela andava, estava um bocadinho dependente, mas andava, ia fazendo as coisinhas dela (...), em Agosto, não sei o que se passou, deixou de andar completamente, nunca mais se mexeu, nunca mais fez nada”. E4.*

*“ (...) faz vinte anos que a minha sogra veio viver connosco, porque ela sentia-se sozinha, é asmática e podia-lhe dar qualquer coisa, cuido dela desde essa altura, embora nessa altura ainda fizesse as coisas dela”. E6.*

*“ (...) a minha mãe vive aqui comigo há treze anos, desde que o meu pai faleceu, mas não precisava de cuidados, só há mais ou menos quatro anos é que precisou mais de cuidados, mais voltas”. E8.*

*“ (...) cuido do meu pai há oito anos, deu-lhe uma trombose e nunca mais andou (...); a gente tirava-o para fora, levávamo-lo numa cadeira de rodas para a estrada e assim, até aqui ao caminho, mas assim sozinho nunca mais.”. E11.*

*“Eu cuido dela há muito tempo, ela foi sempre doente, tem diabetes, tem muitas complicações, mas sempre fazia as coisas dela, só desde que lhe deu o enfarte é que ela ficou como paralítica, não consegue fazer nada sozinha”. E12.*

### 5.2.1.2. Tarefas implicadas no acto de cuidar

Na perspectiva de Paul (1997), no conjunto de elementos da rede destaca-se, habitualmente, uma pessoa sobre quem recaem as maiores responsabilidades e o maior número de tarefas de apoio. Os anglo-saxónicos designam essa pessoa por “caregiver”, ou seja, a pessoa que olha pelo idoso, que apoia e cuida dele

O cuidador é aquela pessoa que assiste e cuida do idoso afectado por qualquer tipo de incapacidade e que dificulta, ou impede, o desenrolar normal das suas actividades vitais ou das suas relações sociais. Os cuidadores informais são indivíduos não pertencentes a uma instituição social que cuidam de pessoas não autónomas e que vivem no domicílio. Estes cuidadores não são remunerados e têm um elevado grau de compromisso face a tal tarefa, caracterizada pelo afecto e uma atenção sem limites de horários (Soriano, 2004).

Todos nos nossos entrevistados relataram o seu dia-a-dia cuidando dos idosos. A este propósito, os nossos entrevistados descrevem assim a rotina do acto de cuidar: levantes do leito e posicionamentos, realização da higiene pessoal; preparação as refeições, ajuda na administração das refeições; administrar a medicação, entre outros.

*“Eu dou-lhe os medicamentos, se for preciso, lavo-o com o meu filho; um lava e outro tem mão nele, para não cair, chego-lhe pomada, quando ele fica mais vermelho (...); vou-lhe fazendo uma sopinha com um bocadinho de carne, deito-lhe muitas coisas e passo-lhe tudo na varinha, e ele tem comido, meto-lhe de comer. O meu filho corta-lhe a barba todos os 8 dias”. E1.*

*“ (...) quando for 8h30, levo-lhe o pequeno-almoço à cama e dou-lhe os medicamentos, depois, eu meto-lhe a comida (...); depois, às 20h00, vem cá uma filha minha ajudar-me a dar-me a sopa, faz-lhe a higiene e metemo-la novamente na cama. Estou sempre a virá-la, mesmo durante a noite, tenho de a virar de 3 em 3 horas. E2.*

*“ (...) depois, vêm as senhoras do Centro Social fazer-se a higiene e levantá-lo para o cadeirão; ao meio-dia, vêm trazer a refeição e a minha cunhada que vive*

*aqui ao lado vem dar-lhe o almoço e fazer-lhe um bocadinho de companhia. Depois, eu chego por volta das 3, 5 horas, meto o meu pai na cama, dou-lhe o lanche, preparo a medicação, mudo a fralda, se for preciso; mais tarde, volto a tirá-lo da cama, dou a sopa, a medicação, faço a higiene e volto a colocar na cama. De noite, tenho sempre a preocupação de o ir virar”. E3.*

*“ (...) as meninas do Centro lavam a minha mãe, mas quando se volta a sujar, eu lavo-a, dou-lhe a medicação ao pequeno-almoço, almoço, jantar e antes de dormir, meto a comida à minha mãe; à noite, come a sopa eu aqueço-a, limpo-a e deito-a”. E4.*

*“Eu é que lhe vou dar o lanche, à noite dou-lhe a sopa, mudo-lhe a fralda e a deito-a; de manhã, antes de ir trabalhar, vou a casa dela e dou-lhe o leite e os remédios”. E5.*

*“Eu ponho-me todos os dias a pé às 6h00, faço que lhe tenho a fazer, porque ela tem nebulizações, oxigénio, fazia-lhe isso tudo, dou-lhe o pequeno almoço e os remédios, passou-lhe um paninho, e depois, o meu marido, quando for 10h00, vai a casa. Eu vou trabalhar às 8h00, quando for 11h30. o meu marido volta a casa e, entretanto, vêm as senhoras do centro dar-lhe a comida que eu deixo pronto, porque a comida não vinha do Centro, porque eu acho que ela gosta mais da minha comida. Depois, às 14h00, venho para casa (...), ponho-a na cadeira, faço-lhe a higiene, lavo-lhe a cabeça, corto-lhe as unhas, faço-lhe essas coisas todas. Quando for 19h00, ponho-a na caminha, tenho sempre um aquecedor ligado e ponho-lhe um saquinho de água nos pés”. E6.*

*“ (...) lavo-a de manhã, ajudo-a a vestir, levo-a à casa-de-banho, ajudo-a nas actividades de vida diárias. Mesmo a questão das refeições, deixo que ela coma pela mão dela, mesmo que suje a mesa, o chão, coloco-lhe um pano de cozinha em frente a ela, para não se sujar e deixo, quando vejo que não está a conseguir, meto-lhe a refeição, claro está que lhe parto a carne, a fruta, tudo”. E7.*

“ (...) todos os dias a lavo, preparo-a e chego-lhe os cremes, todos os dias da parte da manhã é dedicada a ela. Mesmo durante a noite, vou 3 vezes virá-la, ela só gosta de estar para um lado, mas tenho de ser dura e vira-la, para não ganhar feridas. Dou-lhe as refeições, de manhã, leite com um pão esfarelado no leite, meto-lhe e ela come tudo, ao meio da manhã, dou-lhe uma peça de fruta, ou um chá com bolachas, ou um iogurte, ao almoço, come a sopa muito passada com carne e o resto da comida passo na varinha, depois, ao meio da tarde, dou-lhe um iogurte e, à noite, dou-lhe a sopa com uma peça de fruta cozida. Antes de me ir deitar, ainda lhe dou alguma coisa. Ao almoço, dou-lhe, às vezes, um copito de vinho, porque ela está sempre a pedir-me. . E8.

“ (...) de manhã, vou a casa dela e lavo-a, levanto-a um bocadinho da cama, dou-lhe a medicação e o pequeno almoço, depois, volto a pô-la na cama. Como ela rasga a fralda, às vezes, temos de a prender; depois, volto para aqui, levo o almoço daqui, mas a comida para a minha mãe tem de ser toda passada, porque ela engasga-se muito, custa-lhe a mastigar e depois, para engolir, é difícil, tem de ser uma sopinha bem passada e com tudo, ela come muito mal. Dou-lhe banho na cama, porque ela não se ajuda nada e a gente ainda a podia deixar cair e era um problema. Eu encosto-lhe a cama ao cadeirão, só para se virar e dou assim. À noite, volto a mudar a fralda e fica até de manhã”. E9.

“ (...) levanto-me muito cedo e, antes de ir trabalhar, deixo tudo pronto, a comida, a minha prima vem cá mete-lhe a comida, faço sopa, ela só come sopa, nestum, cerelac, bolachas, mesmo comida, tem é de ser tudo passado pela varinha. De manhã, antes de eu ir trabalhar, dou-lhe o pequeno-almoço e lavo-a, à noite, volto a lavá-la; durante o dia, tenho uma tia minha, que é filha dela, que a muda, porque a minha prima não tem coragem, diz que não consegue. Chego a casa às 18h00, mudo-a se ela tiver suja, levanto-a e dou-lhe a sopa à noite. Está pouco tempo a pé, mas pronto, não tenho como fazer de outro jeito, durante o dia, a minha prima diz que não a consegue levantar, só a levanto eu, à noite. No verão, deixo que ela fique mais um bocadinho, agora, de Inverno, é muito frio, tenho medo que ela fique doente. No mínimo 2 horas está sempre a pé”. E10.

“ (...) levanto-me por volta das 7h00, dou-lhe leite com bolachas, mas tenho de as ralar com uma garrafa, porque se ele encontra um bocadinho, ele agora já tem pouca força, deita tudo fora, limpo-o, tiro-lhe a fralda, se estiver suja, depois, fica na cama, agora, já não o levanto. Ao meio dia, não lhe dou de comer, ao meio dia não lhe dou, dou-lhe o leite mais tarde, agora, dou-lhe um prato de Nestum e logo, dou-lhe, à noite, a sopa com carne, tudo desfeito, se encontrar alguma coisa já é um problema, antes de deitar, passo-lhe um paninho e de noite, estou sempre a acordar, para o ir ver”. E11.

“Ponho-me a pé de manhã e a primeira coisa é dar-lhe a medicação, depois, pico-a para ver como estão os diabetes, e conforme estejam, injecto-lhe a insulina (insulino-dependente), depois, preparo-lhe o pequeno almoço e dou-lhe na cama, quando tomar o pequeno almoço, tiro-lhe a fralda e lavo-a. Todas as manhãs a lavo, e dou-lhe banho na cama, é muito difícil, depois, visto-a, ponho-lhe a cueca-fralda, coloco-a na cadeira de rodas e trago-a para a cozinha, e ali fica todo do dia, sentada ao lume, sem se mexer; se for preciso, mudo-a novamente, faço o almoço, depois, dou-lhe o lanche, à noite, volto a cozinhar e a dar-lhe de comer (...). Quando for 9h00, meto-a na cama e passo-lhe um paninho. Tem noites que chama sempre por mim e eu não durmo nada, tenho de a ir virar. E12.

“ (...) cuido da mãe, primeiramente aqueço água aqui na lareira, no Verão no fogão, encho-me a botija com água a ferver, embrulho-a à volta com a roupa do corpo que há-de vestir, o resguardo que ponho em cima dos lençóis é limpo todos os dias e todos os dias a lavo por baixo, tenho um resguardo de plástico. Depois, dou-lhe o almocinho, ela come muito pouquinho, é só à base de leite, primeiramente, ainda comia uma sopinha, de vez em quando, come uma garfadinha de arroz de bacalhau, mas é muito cozido, muito cozido. Não sai da cama, e está muito vermelha, eu bem lhe chego pomadas, mas ela não se quer virar, quer estar sempre para o mesmo lado”. E13.

“ (...) lavo-a na cama de manhã, depois dou-lhe o café e fica na cama, ao almoço trago-a para a cozinha para comer, e come tudo, mas tem de ser muito passado, depois mudo-lhe a fralda e levo-a outra vez para a cama e ela dorme

*um bocadinho. O problema é que me está sempre a chamar, tenho de a tirar outra vez da cama e sento-a no sofá e dou-lhe o lanche, pode ser uma maçã cozida, ou um iogurte, o que calhar. À noite, come uma sopinha, ou uma sopinha de aletria, toma o medicamento para dormir, lavo-a, mudo-lhe a fralda e deito-a. Normalmente, adormece, quando me levanto para vir à casa de banho, vou vê-la e viro-a (...). Dou banho completo uma vez por semana e lavo-lhe a cabeça”. E14.*

Na IIª Série do Diário da Republica, n.º 138 de 18/06/1998, vêm referenciadas as pessoas dependentes e diz-se que estas têm em comum a necessidade de ajuda de terceira pessoa para realizar as actividades da vida quotidiana. Estas pessoas vêem diminuída, em maior ou menor grau, a sua autonomia pessoal, isto é, a sua capacidade para realizar de forma independente as actividades da vida diária. Normalmente, as causas da dependência de uma pessoa são múltiplas e variam bastante de pessoa para pessoa. Algumas pessoas necessitam de ajudas mínimas, como o acompanhamento em algumas actividades, ao passo que outras requerem uma ajuda ampla e constante, como é o caso de pessoas que necessitam de ajuda para realizar a sua higiene pessoal ou se alimentarem.

Lemos (2000), refere que existem diferenças entre os grandes dependentes e os dependentes. Essas diferenças acabam por influenciar directamente a dificuldade do acto de cuidar.

### **5.2.1.3. Dúvidas e dificuldades no acto de cuidar**

A análise dos resultados das entrevistas realizadas aos 14 sujeitos cuidadores sobre o contexto em que ocorre o acto de cuidar sugerem que, contrariamente àquilo que o discurso vulgar parece indicar, muitas vezes, os cuidadores informais referem que não têm dúvidas no acto de cuidar, mas, seguidamente, transformam essas certezas em dificuldades presentes no acto, o que não deixa de ser contraditório, havendo um desfasamento entre o que sentem como dúvidas e as dificuldades com que se deparam diariamente.

*“ (...) não tenho dúvidas, fui aprendendo com o tempo”. E12.*

“ (...) *faço tudo à minha mãe, sem complicações nenhuma*”. E14

“ (...) *faço espontaneamente, sei cuidar como deve ser dela*”. E4.

“ (...) *eu nem sei que tenho dúvidas, claro está que, às vezes, não sei se esta é a melhor forma de cuidar, mas é como sei*”. E2.

“ (...) *já sabia cuidar, nunca tive dúvidas*” E9.

“ (...) *habituei-me, adaptei-me, agora não me custa nada, não tenho problemas*”. E10.

“ (...) *faço tudo à minha mãe, sem complicações nenhuma*”. E14.

“ (...) *a experiência de tantos anos a cuidar ajuda a não ter dúvidas*”. E11.

No entanto, os cuidadores que referem que não têm dúvidas evidenciam, através dos seus discursos, dificuldades físicas no acto de cuidar, motivadas, em parte, por inseguranças e pouco conhecimento sobre a prestação de cuidados.

Para José e Wall (2006), cuidar de uma pessoa idosa, em particular em situação de dependência, pode traduzir-se num trabalho árduo e exigente, tanto do ponto de vista físico, como afectivo, requerendo uma disponibilidade considerável de tempo e de energia.

A este propósito, os nossos entrevistados explicam que sentem dificuldades, designadamente: tirar da cama, pegar, dar banho, lavar a cabeça, virar, mudar a roupa da cama, entre outras. Os entrevistados queixam-se também de falta de forças.

“*As minhas maiores dificuldades são em pegar na minha mãe, tirá-la da cama e pô-la na cadeira*”. E4.

*(...) é complicado cuidar dela, ela é muito pesada e eu vejo-me para a virar, ela está sempre a chamar por mim, quer que eu esteja sempre ao lado dela, agora*

*quer que lhe arranje a almofada, agora quer se virar, agora quer vir para a cadeira, nem imagina a minha vida”. E2.*

*“ (...) todas as manhãs a lavo, lhe dou banho na cama, é muito difícil, depois visto-a, ponho-lhe a fralda cueca e coloco-a na cadeira-de-rodas, ela está muito forte, é um grande esforço”. E12.*

*“ (...) custa-me muito lavar-lhe a cabeça, muito, mesmo muito, lavo-lhe a cabeça quando lhe dou banho completo, uma vez por semana, e como eu sofro de uma hérnia, tenho de estar abaixada, faço muito esforço e custa-me”. E14.*

*“ (...) eu, as minhas dificuldades são algumas (...), começo a sentir-me também velha, sem forças”. E1.*

*“ (...) o que custa mais é agora que ela não se ajuda, custa tudo; enquanto ela tinha mais força e então que me custa mais é mudar-lhe a cama e lavá-la”. E13.*

*“ (...) o que mais me custa a cuidar do meu pai, é a mudá-lo e a virá-lo, porque se faz muita força e eu já estou muito mal dos ossos, acaba-me com eles, mas pronto, é meu pai”. E11.*

*“ (...) fui operada duas vezes, porque sofria muito da coluna e fiquei sem trabalhar (...), custa-me tirá-la e metê-la na cama e essas coisas”. E9.*

Contudo, 2 das nossas entrevistadas referem não ter dúvidas, nem dificuldades físicas no acto de cuidar, provavelmente, devido a 1 das entrevistadas cuidar de idosos na sua profissão e a outra sujeita cuidar de 1 idoso que não se encontra acamado.

*“ (...) não me custa nada cuidar dos meus pais”.E3.*

*“ (...) eu não me custa nada cuidar dos meus pais, o que me custa mais é, às vezes, o meu pai ter dores e eu a lavá-lo e ele gemer muito, é o que me custa mais é ver que lhe está a doer, não me custa virá-lo, nem mudá-lo, estou mais*

*que habituada, faço-o o no meu dia a dia, no meu trabalho, já trabalho vai fazer quinze anos que trabalho num Lar”. E3.*

*“ (...) não tenho receios a cuidar da minha mãe”. E7.*

#### **5.2.1.4. Gestão do tempo no acto de cuidar**

Todos os nossos entrevistados referem ao longo das entrevistas a organização do seu tempo. 12 sujeitos verbalizam dificuldade na organização do tempo, para conciliar o acto de cuidar com a rotina diária. Podemos verificar que, independentemente de se ter uma actividade profissional além de cuidar do idoso, é complicado conciliar as várias dimensões da vida quotidiana: emprego fora de casa; cuidar da casa; dar atenção aos filhos e marido; trabalhar nos campos; acompanhar os filhos em idade escolar entre outros.

*“ (...) é muito difícil trabalhar, ter a lida de casa e cuidar da minha sogra, eu tento sempre organizar tudo de maneira que me dê, as senhoras do Centro vão lá”. E6.*

*“ (...) eu tenho dois filhos, marido, tenho a minha casa, tenho gado que tenho de o levar aos campo e trazer, para conseguir fazer tudo tenho de andar num corridinho muito grande, ponho o meu filho na escola, vou preparar a minha mãe, depois vou cuidar dos animais, depois volto dos campos, (...) tenho de conciliar, mas não é fácil, é muito complicado, não sei como hei-de fazer isto tudo, é muito complicado, isto, no fundo, é uma reviravolta na minha vida completamente, é complicado mesmo. Não vou a nenhum sítio, estou sempre aqui com eles, não posso sair, não posso fazer as minhas coisas, é muito difícil”. E4.*

*“ (...) dificuldades, eu tenho muitas, imagine o que é um homem de oitenta e três anos a cuidar de uma mulher, ainda por cima que está muito forte, que não se mexe! Eu tenho de fazer tudo, até as refeições, às vezes, acordo de noite a pensar o que é que eu vou cozinhar, ainda por cima, ela é muito esquisita, nada lhe agrada.”. E12.*

“ (...) *cuido da mãe há 4 anos, primeiramente, aqueço água aqui na lareira, no Verão, no fogão, encho-lhe a botija com água a ferver, embrulho-a à volta com a roupa do corpo que há-de vestir, o resguardo que ponho em cima dos lençóis é limpo todos os dias e todos os dias a lavo por baixo, tenho um resguardo de plástico (...). Levanto-me muito cedo, vou buscar o trigo e ainda hoje fui ao cemitério, depois venho para casa, dou o leitinho à minha mãe e começo a fazer a nossa comida, quando tenho tempo, ainda vou até ao quintal tratar da hortaliça*”. E13.

“ (...) *é muito complicado, tenho de conciliar várias coisas, ponho-me a pé às 7h00, chamo o miúdo que vai para a escola, vou dar de comer e soltar a bicharia, vou ver a minha sogra, e depois vou trabalhar, fico lá até às 17h00 e venho com a canseira, com o stress de ir dar o lanche à minha sogra, já deixo de manhã uma maçã cozida, vou dar-lhe o lanche, depois à noite, por volta das 19h30, volto lá, para lhe dar a sopinha, mudar-lhe a fralda e dar-lhe a medicação*”. E5.

“ (...) *de manhã levanto-me e lavo-o, depois, dou-lhe o leite com bolachas, mas tenho de as ralar com uma garrafa. Depois, trato da lida da casa e faço o comer para as minhas filhas, a ele, não lhe dou nada, à tarde, dou-lhe um prato com Nestum, e à noite, dou-lhe a sopa com carne, tudo desfeito*”. E11.

Quando os cuidados prestados a idosos com elevada dependência só são prestados por um cuidador, torna-se complicado para quem cuida e para o idoso. (José e Wall, 2006).

Um dos sujeitos entrevistados refere que não sente dificuldades em organizar o tempo, apesar de pai estar totalmente dependente:

*(...) há tempo para tudo, o tempo chega para tudo, cada coisa não seu lugar, de manhã antes de ir trabalhar dou-lhe o pequeno almoço (...), depois eu chego por volta das três horas e meia, meto o meu pai na cama, dou-lhe o lanche, preparo a medicação, mudo a fralda, se for preciso, cuido normal, aproveito muito bem o tempo, eu vou sempre até ao quintal (...). Eu sempre trabalhei muito, durante trinta e três anos, em França, foi trabalho, casa, trabalho, casa,*

*entrei nesse ritmo e, hoje, não me dá para estar por aí no caminho a falar da vida dos outros”.E3.*

Outro dos entrevistados também refere não sentir dificuldades em organizar o tempo para cuidar e para fazer o resto das actividades.

Do discurso de uma das nossas entrevistadas podemos aferir que a pessoa em causa consegue organizar o tempo e não sente dificuldades no acto de cuidar. Denote-se que o idoso de que cuida não está totalmente dependente:

*(...) de manhã ajuda a mãe na higiene, depois trato da casa, depois almoçamos, de tarde ela costuma dormir um bocado e eu vou até ao jardim tratar das minhas flores”. E7.*

#### **5.2.1.5. O acto de cuidar e apoios**

Cuidar é uma noção familiar e quotidiana difícil de definir. Inclui diferentes dimensões, elementos e componentes que são interpretadas de diversas formas. Alcón (*cit. in* Imaginário, 2005) afirma que o cuidar é uma forma de relação que inclui desenvolvimento, um tipo de experiência que requer respeito pela outra pessoa e, por sua vez, uma relação em que a dedicação é essencial.

Cuidar de pessoas idosas, aparentemente, requer aprendizagem e conhecimento específicos. Neste sentido, Brito (2002) refere que o processo de prestação de cuidados é um processo complexo e dinâmico, caracterizado por constantes variações, ao longo do tempo, das necessidades e sentimentos de quem recebe os cuidados e de quem os presta, em função da própria evolução da doença e da situação de dependência, de como o cuidador percepção todos esses factores.

Mas, de uma maneira geral, os nossos entrevistados assumem que não tiveram aprendizagens no acto de cuidar. 7 sujeitos referem que aprenderam a cuidar sozinhos, no dia-a-dia:

“ (...) ninguém me ensinou a cuidar da minha mãe, aprendei sozinha, fiz os fins ao meu pai, aos meus sogros e agora à minha mãe”. E8.

“ (...) aprendi sozinha a dar as voltas à minha avó, tive aqui a ajuda de uma vizinha que cuida de uma pessoa idosa e eu aprendi bastante com ela, depois, comecei a fazer sozinha, habituei-me, adaptei-mas às coisas, e agora não me custa nada”. E10.

“ (...) ninguém me ensinou a cuidar do pai, aprendi sozinha, com o tempo fui melhorando, não tive ajuda de ninguém”. E11.

“Não aprendi com ninguém a cuidar da minha esposa, quando ela esteve internada, no hospital não me ensinaram, talvez por não acharem que era eu que ia cuidar, deviam achar que eu era demasiado velho para ter este encargo”. E12

Dos nossos sujeitos entrevistados que têm conhecimento sobre o acto de cuidar, 4 informam que foi adquirido da sua experiência profissional e 1 refere que vai adquirindo conhecimentos com a informação existente actualmente:

“ (...) a minha experiência profissional ajudou-me muita a desembaraçar-me, para cuidar da minha sogra, porque não é fácil, mas estão sempre coisas novas a aparecer e, às vezes, a gente pensa que sabe e não sabe, pensa que está a fazer muito certo e não está, eu convenci-me que como já fui mãe, e a própria mãe é que conhece os filhos, às vezes o Pediatra diz para se fazer de uma forma, e a mãe faz de outra, porque conhece os filhos, aqui é igual, eu adoptei esse sistema, o que eu acho que é melhor para ela é o que eu faço”. E6.

“ (...) eu aprendi a dar as voltas aos velhos, porque já trabalhei num lar cinco anos, mas a minha intenção sempre foi olhar por velhos”. E5.

“ (...) aprendi com os livros, eu gosto muito de ler, leio revistas sobre idosos, sobre crianças, gosto de ler e leio, vejo programas na televisão e gosto de estar informada”. E7.

Denote-se que a pessoa que procura informação, não viveu sempre no meio rural, veio recentemente cuidar da mãe, é viúva e tinha um emprego qualificado.

A este propósito, Figueiredo (2004) refere que em proporções mais significativas, encontram-se as viúvas a prestar cuidados a um familiar idoso.

Os dados sugerem-nos que os nossos entrevistados poderão carecer de conhecimentos, apesar de não se aperceberem de tal. E os que têm algum conhecimento é mais devido à sua experiência profissional do que a aprendizagens de técnicas específicas, cursos de formação, ou ensinamentos por parte de profissionais, entre outros.

*“ (...) ninguém, não aprendi em lado nenhum, é de minha vitórias (sic), é como eu posso, ninguém me ensinou, vi a minha mãe dar as voltinhas aos filhos, e eu agora faço de conta que uma pessoa de idade é uma criança, ela agora está sem forças nenhuma” . E13.*

Paúl (1997) defende que é necessário que os cuidadores tenham um melhor conhecimento da pessoa idosa, dos seus valores, dos seus comportamentos, das suas relações com os outros, dos factores que influenciam a saúde, contribuindo assim para o seu bem-estar.

### **5.2.2. Acerca do apoio informal**

No que se refere ao apoio da família, não raras vezes, este parece decorrer num ambiente de fortes instabilidades, manifestas ou não, onde nem sempre todos os outros familiares apoiam o cuidador e o idoso. Todavia, o lugar da família, é sem dúvida, uma referência obrigatória em todo o processo contínuo do acto de cuidar.

Imaginário (2005) reforça esta ideia, quando refere que a família é o mais antigo serviço de assistência no mundo e o primeiro e mais importante grupo social, ocupando um lugar fundamental no processo de envelhecimento. É na família tradicional que os idosos encontram segurança económica, psicossocial, emocional e todas as formas de apoio que as suas limitações lhe podem impor.

### **5.2.2.1. Relação familiar**

Para Anderson (*cit. in* Rebelo, 1996), em Portugal, a família é o centro da tradição da responsabilidade colectiva pela prestação de cuidados.

Esta ideia pode também ser associada, conforme refere Perista, et al, (2000), às redes de inter-ajuda que podemos encontrar, em boa parte, nas famílias. Acontece que nem todas envolvem todos os elementos., recaindo a responsabilidade, muitas vezes só para um elemento do agregado familiar. Existe o mito de que cuidar de pessoas idosas não custa, logo não é necessário ajudar o cuidador.

Também nos parece que as normas familiares reflectem esse apoio. Conforme refere Portugal (2007), as normas que regulam a interacção no interior das redes dependem do tipo de laço. O que está certo ou errado, o que é devido ou não, o que é justo ou injusto depende da natureza da relação em causa. As normas reflectem uma relação entre as pessoas, mais do que um equilíbrio entre coisas trocadas.

Os cuidados a pessoas idosas, mulheres e homens, no quadro da família, processam-se, hoje, num contexto de profundas transformações em relação às gerações anteriores. A disponibilidade diminui relativamente aos cuidados a prestar aos ascendentes idosos (Perista, et al. 2000).

### **5.2.2.2. Indisponibilidade para ajudar**

Nalgumas situações, a organização familiar parece não incluir a disponibilidade para ajudar. A este propósito, os nossos entrevistados explicam que:

*“ (...) não gosto de ir às mãos dos filhos (...), o meu filho mais velho, que é reformado da GNR, não dava os dados sobre ele, olhe, eu pedi-lhe uma vez e ele ficou de trazer e nunca trouxe. Ele, depois disso, já cá veio ver o pai, mas eu não lhe falei em nada, mas fiquei sentida com ele”*. E1.

“ (...) os meus irmãos, não têm noção do que eu passo, não fazem ideia, não lhe valorizam nadinha, eles estão na França e nunca me trazem nada, eles pensam que eu sou obrigada e mais nada”. E11.

“ (...) eu acho que todos os meus irmãos haviam de cuidar para ver o que custa, eu acho que é uma crueldade dos pais terem de andar aos meses pelas casas dos filhos, como os ciganos, mas também acho que fazia bem a certas pessoas, para saberem o que custa, porque não é fácil. É engraçado, porque eu criticava quando via nos filhos colocarem um mês os pais em cada um, e agora, com os meus assim, e apesar de não deixar os meus pais irem, fazia bem aos meus irmãos que isso acontecesse, fazia-lhes bem ver o que custa”. E3.

“ (...) há muita pouca solidariedade entre nós, os irmãos que sempre nos demos, nunca tivemos problemas uns com os outros, na hora de decidir, ninguém reuniu, ninguém quis saber, ficou tudo a meu encargo”. E8.

“ (...) as filhas não lhe ligam nenhuma, posso lhe disser assim a sangue frio, que as filhas nunca tiverem um iogurte, uma peça de fruta que tragam à mãe, e acho que quando a minha sogra falecer, os filhos só vão querer saber do que há para herdar. Quando as filhas vêm visitar a mãe, nem um copo de água lhe chegam, não lhe fazem nada, eu subo pelas paredes, muitas vezes quando eles entram em minha casa, eu saio, porque isso é uma revolta, nunca ninguém me ficou com ela para eu ir dar uma volta, nunca se oferecem”. E6.

“ (...) eu nunca imaginei que esta situação se prolongasse até aqui, não imaginava que a minha avó aguentasse tanto tempo (...). Eu sempre decidi tudo, as minhas tias não se importam, não sei se é o caso de não se importarem, mas não decidem nada, não querem saber dela”. E10.

“ (...) fiquei a cuidar da minha mulher, porque não havia mais ninguém, não havia, vi-me sem alternativa, sem ninguém”. E12.

A família representa um grupo social primário que influencia e é influenciado por outras pessoas e instituições. É um grupo de pessoas, ou um número de grupos domésticos

ligados por descendência (demonstrada ou estipulada) a partir de um ancestral comum, matrimónio ou adopção. Dentro da família existe sempre algum grau de parentesco. A família é unida por laços capazes de manter os membros moral, material e reciprocamente durante uma vida e durante gerações (Minichin, 1990).

No entanto os nossos entrevistados referem que nem sempre têm ajuda dos restantes familiares, como vimos nos extractos mencionados anteriormente

### **5.2.2.3. Disponibilidade para ajudar**

Apesar de não raras vezes os nossos entrevistados referirem que a família não apoia o suficiente, muitos deles acabam por afirmar que têm alguma ajuda da família. Provavelmente, hoje, a família não tem a noção tradicional de apoio, não está preparada para a dependência e para a longevidade dos seus membros. Apesar de alguns familiares próximos ajudarem, parece-nos que os cuidadores não o consideram suficiente. Neste sentido, falar hoje de família implica um alargamento das ideias científicas, fruto de uma época pintada de novas cores, consubstanciadas em novos modelos familiares. O aumento da esperança de vida, a percentagem crescente de pessoas idosas, as inovações biológicas no domínio da procriação são alguns dos exemplos que conferem a esta instituição um rejuvenescimento, responsável por uma maior complexidade face ao seu conhecimento (Segalen, 1999). Muitos dos entrevistados mencionaram o apoio dos filhos, filhas e noras:

*“ (...) dois filhos dão-me muito apoio, o Luís, que é casado e vive aqui perto, e o Alcino, que é solteiro e vive aqui connosco”. E1.*

*“ (...) as que ajudam mais são duas, são as que me ajudam mais um bocadito”. E9.*

*“ (...) quando for 8h30, levo-lhe o pequeno-almoço à cama e dou-lhe os medicamentos, ela até à data não tem ganho feridas, só ganhou uma vez umas feridas, mas já está boa (...). À tarde, vem cá uma nora minha, tira-a da cama, fica aqui um bocadito ao lume e, depois às 20h00, vem cá uma filha minha*

*ajudar-me a dar-me a sopa, faz-lhe a higiene e metêmo-la novamente na cama. É esta vida assim”. E2.*

*“ (...) eu faço como eu posso, o que me vale são as minhas filhas, senão, não podia. Tenho duas filhas comigo que me ajudam, se eu sair, elas é que lhe dão de comer, é que lhe dão as voltas e cuidam da casa, se eu estiver em casa, cuido eu, que elas não gostam muito de lhe mudar a fralda, a verdade é uma, custalhes muito”. E11.*

*“ (...) os meus filhos são uns anjos, ajudam-me muito, organizam-se durante a semana e todos os dias, ao lanche, vem cá uma nora, à noite, vem uma filha, ao fim de semana, vem a minha filha de Braga”. E2.*

*“ (...) só a irmã dela, que vive aqui perto e, a minha sobrinha, do resto, não aparece aqui ninguém, as pessoas têm a sua vida, os seus afazeres”. E12.*

*“ (...) a minha irmã não vive cá, está em França, ajuda quando pode, quando vem de férias, em Agosto, leva-a esse mês para casa dela e cuida dela, para eu ter uma folga, para descansar”. E14.*

Para Fernandes (1997), os laços familiares serão, certamente, facilitados pela proximidade física, que viabiliza os contactos e o estabelecimento de práticas comuns quotidianas que podem fortalecer a solidariedade. Um dos nossos entrevistados refere que entre os irmãos existe proximidade e partilha:

*“ (...) entre nós, há muita solidariedade, eu e as minhas irmãs apoiamo-nos muito, só assim é que é possível, apesar de eu ter posto muito a minha vida de parte para vir cuidar da mãe, claro que se trabalhasse ainda, se tivesse marido e filhos, tinha sido mais complicado, como estou reformada foi mais fácil, senão seria mais difícil, se calhar pegávamo-nos na mãe e estaria um mês em cada uma, são sei, foi esta a decisão que tomamos”. E7.*

#### 5.2.2.4. Obrigação, dever e afecto no acto de cuidar

A decisão de cuidar da pessoa idosa nem sempre é partilhada pela família: 6 dos nossos entrevistados afirmam que a decisão de cuidar de idoso foi pessoal, no entanto, dos seus discursos, podemos compreender que a decisão de cuidar é pessoal, mas sempre com uma conotação de obrigatoriedade. A obrigação e decisão pessoal de cuidar está interligada com a noção de família tradicional, em que os familiares tinham disponibilidade e era um acto consumado cuidar dos que são próximos:

*“ (...) se fizesse mal a ela estava a fazer propriamente ao meu marido, eu penso assim, portanto, faço-lhe, o meu marido nunca me mandou cuidar da mãe dele, eu faço por vontade própria”. E5.*

*“Entretanto, deu-lhe a trombose e ficou internada no hospital e o meu marido no hospital, respirava fundo e perguntava-me o que ia ser feito da mãe dele, ele não tinha coragem de me pedir para tomar conta dela, eu vi que mais ninguém se aproximava e eu vi-o tão agoniado, também já era essa a minha intenção, que lhe disse que ela tinha sempre um lugar em nossa casa”. E6.*

*“Quem decidiu cuidar dela fui eu, porque é assim, tive de ser humana, ela embora a ter as suas peripécias todas, também me ajudou, ajudou muito os meus filhos”. E6.*

*“ (...) ninguém decidiu, ela veio para aqui, dormia aqui, estava aqui comigo, depois achou-se doente e comecei a dar-lhe as voltas, foi ficando e agora não a posso pôr na rua, é minha mãe”. E14.*

*“ (...) eu decidi cuidar dela porque sempre vivi com ela, e depois as minhas também tias não se importavam muito, queriam que ela fosse para o lar, eu não concordava e fiquei com ela”. E10.*

Também nos parece que há aqui uma relação de reciprocidade, entre os familiares, uma obrigação para com os que, de alguma forma também ajudaram estes cuidadores ao longo da vida.

Para Kellerhals et al. (1995 *cit. in* Portugal, 2007) o sentimento de justiça traduz, em primeiro lugar num projecto relacional, “um reconhecimento das pessoas”. Na reciprocidade familiar, por um lado, dádiva e retribuição, entre dom e contra-dom, o tempo pode correr sem que o ciclo se quebre.

Embora a delicadeza e a dificuldade da decisão sejam largamente reconhecidas, ela é, ao fim de algum tempo, encarada como inevitável. As ligações de cuidar no seio familiar estão interligadas com a obrigação e o afecto. 12 dos nossos entrevistados afirmam ter obrigação de cuidar, não conseguindo fazer a distinção entre afectividade e dever, muito associado à noção de lealdade familiar, traduzida numa reprodução familiar. Para Salvage (*cit. in* Perista, et al. 2000), a prestação dos cuidados por parte dos familiares pode ser considerada como um dever.

Na perspectiva de Godbout (1995, *cit. in* Portugal, 2007), nas redes de parentesco, a ideia de justiça não diz directamente respeito à relação contribuição-retribuição, mas à comparação entre “pares” (dadores ou receptores) na sua relação com um terceiro. A circulação da dádiva possui especificidades, quando olhamos para dentro ou para fora da família. Portugal (2007) defende que a dádiva para com os progenitores é, simultaneamente, uma dádiva económica e uma dádiva de reconhecimento. Elementos materiais, afectivos e simbólicos misturam-se num jogo complexo que, no entanto, não deixa totalmente de lado a reciprocidade. Na reciprocidade familiar, por um lado, dádiva e retribuição, entre dom e contra-dom, o tempo pode correr sem que o ciclo se quebre. Os cuidadores de idosos são um exemplo de como, na dádiva familiar, a norma da reciprocidade se estende no tempo, ao longo da história, e vai para além da troca restrita.

As obrigações são, sobretudo, sentidas no interior da família, estão essencialmente ligadas aos laços de sangue e sujeitas a um processo de verticalização no interior da rede. A este propósito, os nossos entrevistados referem que:

“ (...) senti-me na obrigação mesmo de cuidar deles, por ser filha, ele não tem ninguém, no fundo quem ia cuidar?”. E4.

“ (...) sinto-me na obrigação de cuidar, ainda por cima sou a mais nova, sou anda mais apegada a eles, não sei”. E9.

“ (...) sinto-me na obrigação de cuidar da minha esposa, sinto mesmo obrigação. É uma relação de obrigação e de amor, sem dúvida. Vivemos uma vida os dois, sempre nos demos bem, sempre nos aturámos, sempre partilhamos tudo, no fim da vida também”. E12.

“ (...) eu sinto-me na obrigação de cuidar da mãe. Deus me livre, sou filha, então, ela cuidou de nós! Sinto-me na obrigação”. E13.

“ (...) eu acho que tenho obrigação, por ser filha, tenho mais obrigação de que qualquer outra pessoa e é preciso também algum amor, é preciso tudo”. E14.

“ (...) claro que tenho obrigação em cuidar da minha mãe. E7.

“ (...) os filhos têm obrigação de cuidar dos pais, eu também cuidei dos meus, então, a gente trabalha uma vida inteira para lhe dar um futuro melhor e depois não olham por nós? Não é justo”. E2.

“ (...) é também amor (...), se fosse o contrário, tenho a certeza que ela também cuidava de mim com amor”. E12.

“ (...) é preciso muito amor para cuidar, veja lá que uma pessoa já me disse que, quando a minha mãe faltar, gostava que eu cuidasse dela, e eu não lhe disse nada, mas era incapaz, faço aos meus, agora, a outras pessoas, não, já tenho a minha dose, já está completa, mais que completa”. E13.

“ (...) é preciso também algum amor, é preciso tudo”. E14.

Riospabé (1996 *cit. in* Portugal, 2007) distingue dois significados da obrigação familiar de cuidar. No sentido jurídico e técnico, a obrigação define uma relação legal entre duas pessoas, em virtude da qual uma pessoa pode exigir algo da outra. Para além do desse sentido restrito, há obrigação no sentido “lato”. Esta consiste na obrigação moral que

resulta de um compromisso, que não é obrigatório, no sentido jurídico do termo, dado que não está sujeito a sanções deste tipo, mas que funciona como um imperativo.

No entanto, encontrámos dois entrevistados que referem só a afectividade na relação com o idoso. Provavelmente, um dos entrevistados terá em conta que os pais também cuidaram os seus filhos. Numa outra entrevista, a idade poderá ser um factor explicativo da referência ao afecto: a entrevistada tem 30 anos e poderá já não ter uma noção de família de acordo com os cânones tradicionais.

*“ (...) eu cuido dos meus pais, não por uma obrigação, não com o sentido negativo de uma obrigação, mas, sem dúvida, por um grande amor, uma enorme gratidão para com eles, por tudo aquilo em que me ajudaram na vida eu deixo de ter vida própria por eles, não considero que as horas em que cuido deles seja uma obrigação, sinto isso como uma gratificação”. E3.*

A família é um sistema dinâmico entre duas ou mais pessoas que estão envolvidas emocionalmente.

*“ (...) eu cuido da minha avó por amor e não por uma obrigação, porque, senão, teriam de ser as filhas dela e não eu, eu poderia fazer a parte do meu pai, mas tem mais duas filhas, é mesmo por amor”. E10.*

Figueiredo (2004) refere que a idade é uma característica que ajuda a definir o perfil do cuidador. Pesquisas realizadas neste campo revelam que a idade média da maioria dos cuidadores familiares se situa entre os 45 e os 60 anos.

#### **5.2.2.5. O ciclo geracional do cuidar**

O ciclo geracional como um circuito interno familiar continua a estar na base da justificação de cuidar. Na perspectiva de Fernandes (2001), de um modo geral, as trocas intergeracionais concretizam-se em torno do domínio afectivo, da ajuda doméstica e financeira, da guarda das crianças e dos cuidados gerais em caso de doença ou incapacidade. “Dá-se” e “recebe-se” tempo de convívio e atenção, serviços de vária

ordem e, talvez o que mais facilmente se consegue contabilizar: ajudas financeiras e presentes.

Para Portugal (2007), os cuidadores informais de idosos são um exemplo de como, na dádiva familiar, a norma da reciprocidade se estende no tempo, ao longo da história, e vai para além da troca restrita, porque cuidar dos pais na velhice não é apenas uma retribuição pelas dádivas recebidas no decorrer da vida, é também uma retribuição pelas dádivas que estes fizeram aos seus próprios pais.

A este propósito, 10 dos nossos entrevistados referem:

*“ (...) mas eu faço tudo, e de facto, custa-me muito, mas tenho que fazer, tenho que fazer, enfim, ela também me criou e eu tenho que lhe dar tudo, tenho que retribuir”*. E8.

*“ (...) a gente quer que um dia nos façam também (...), se não for mais, que nos ponham, sequer, num sítio que olhem bem pela gente”*. E9.

*“Eu fiquei sem mãe desde os nove anos e ela é que cuidou de mim, foi sempre que tratou de mim, e no fim da vida sou eu que trato dela”* E10.

*“ (...) os meus pais sempre tiveram uma malga de sopa e pão para dar a mim e aos meus filhos (...), sei que antigamente o dinheiro valia mais, eles ajudaram-me muito com os meus filhos, agora, é a minha vez de ajudar. O meu pai é que foi o pai dos meus filhos”*. E11.

*“ (...) eu já cuidei da minha tia que me criou, foi como minha mãe, agora cuido do meu marido”*. E1.

*“ (...) eu fiquei sempre com os pais, nunca saí daqui, ninguém decidiu que era eu que ia cuidar, como sempre fiquei com eles, foi natural ficar eu. Nunca me quis casar, tive namorados em nova, apareceram-me muitos casamentos até de velha, pronto, eu já não tinha de ser casada e não estou arrependida, tive sempre ideia de ficar com eles, com a mãe e com o pai, mas eu nunca julguei*

*que realmente a minha mãe durasse tanto, mas digo, enquanto ela estiver viva, tenho uma companhia, um dia vai ser pior. Já viu o que é a gente viver sozinha, onde antes era uma casa de família cheia de gente e depois ver-me só? Não vai ser fácil”. E13.*

*“ (...) a gente faz aos nossos pais, com a esperança que um dia alguém nos faça a nós”. E14.*

No entanto, 2 das nossss entrevistadss, além de referirem o ciclo geracional, referem ainda a distância física como um factor preponderante:

*“ (...) eu cuido dos meus pais, primeiro de tudo, porque sou filha e também, porque estava aqui mais perto, tudo ajudou. E eles, quando eu estava em França, cuidaram dos meus filhos, foi (sic) os meus pais que os criaram aos dois, o falecido Hélder nasceu aqui, eu fui para França e, quando voltei de vez, ele tinha dezassete anos, e o Miguel, quinze anos temos uma grande proximidade, ajudaram-me muito na minha vida”. E3.*

Fernandes (1997) a este propósito, refere que os laços familiares serão, certamente, facilitados pela proximidade física, que viabiliza os contactos e o estabelecimento de práticas comuns quotidianas que podem fortalecer a solidariedade e até mesmo promovê-la, ou são dificultados pela distância que separa a residência de pais e filhos, levando a que, em zonas de forte emigração das gerações mais novas, a população idosa reforce sentimentos de solidão e isolamento.

Brody e Cole et al. (*cit. in Lage, 2005*) referem que a proximidade da residência acabará por influenciar quem assumirá o papel de cuidador principal.

#### **5.2.2.6. O género do acto de cuidar**

No seguimento da reciprocidade dos cuidados, o acto de cuidar continua associado ao género feminino. Socialmente, as tarefas domésticas continuam associadas à mulher.

Esta “matrilinearidade” das entrajudas familiares é uma característica das relações de parentesco das sociedades ocidentais (Fernandes, 1997). Coward e Dwyer (1990, *cit. in* Paúl, 1997) referem a importância dos filhos nos cuidados aos seus pais idosos dependentes e, o facto de serem, especificamente, as filhas que desempenham esse papel.

13 dos nossos entrevistados associam o acto de cuidar a uma tarefa do género feminino, independentemente de ser homem ou mulher o entrevistado:

*“ (...) sou a única filha mulher, os meus irmãos não eram capazes de dar as voltas aos meus pais, tenho a certeza que não, as filhas, nestas coisas, são sempre mais prejudicadas, também, são criadas desde pequenas para isso, para cuidar, cuidamos dos filhos, depois dos netos, depois dos pais e esperamos que um dia alguém volte a cuidar de nós”*. E3.

*“ (...) o meu irmão ajuda, mas não limpa a mãe, não a tira da cama, não sabe fazer isso”*. E4.

*“ (...) a verdade é que ter filhas é sempre melhor do que ter filhos, pelo menos na velhice, com os filhos é diferente, não estou a ver os filhos a dar banho, a mudarem a fralda”*. E7.

*“ (...) os meus irmãos não me ajudam a cuidar da mãe, isso não é trabalho para homens, nem as mulheres deles me ajudam, essas é que deviam ajudar, agora, os meus irmãos não vão dar as voltas à mãe, um homem não faz essas coisas”*. E13.

Mesmo quando os idosos estão a cargo dos filhos homens, continuam a ser as esposas destes a cuidar. De facto, para Coward e Dwyer (1990, *cit. in* Paúl, 1997), outro grupo de pessoas que presta cuidados aos idosos é o das noras. Embora seja mais provável que as filhas, e não os filhos, assumam as tarefas de rotina e de retaguarda dos cuidados e os filhos desempenhem actividades mais circunscritas e esporádicas, muito do trabalho que é desempenhado pelos filhos é, na realidade, prestado pelas noras.

A este propósito, dois dos nossos entrevistados referem que:

*“ (...) o meu marido vai sempre ver a mãe, mas não cuida dela, não tem jeito, eu é que lhe faço tudo. No fundo, a minha sogra teve sorte em me encontrar”*. E5.

*“ (...) o meu marido tem muita dificuldade em ajudar-me a cuidar da mãe, porque ele comove-se com muita facilidade (...). Lógico, se ela lhe pedir água ele dá-lhe, mas molha-a, pronto, não tem jeito”*. E6.

Para Perista, et al. (2000), continua, hoje, a persistir um fraco envolvimento e desresponsabilização adstrita ao tradicional papel masculino no espaço doméstico, onde se inscrevem os cuidados aos parentes dependentes, sobretudo em relação aos idosos, que, em muitas situações, se tratam de familiares indirectos, como sejam sogros ou sogras

Dos nossos 14 entrevistados, 2 cônjuges homens cuidam diariamente da sua esposa:

*“ (...) sou homem e há coisas que me custam fazer, como mudar-lhe a fralda, não fui habituado, acho que, se for as minhas filhas ou as minhas noras a mudar, ela fica melhor”*. E2.

Dentro desta perspectiva, Paúl (1997) refere que os cônjuges estão na primeira linha de prestação de cuidados em situações de doença ou incapacidade. Prestam mais horas de assistência e têm mais probabilidade de fornecer cuidados pessoais, tolerando maiores incapacidades e por mais tempo, com menor ajuda externa e mais custos pessoais. Os homens nesse papel têm maior probabilidade de receber apoio, quer formal, quer informal

Para Chapel (*cit. in* Lage, 2005), o cônjuge emerge como a principal fonte de assistência ao idoso, muitas vezes, ele próprio um idoso dependente, mas mesmo assim uma das maiores garantidas de suporte na velhice.

*“ (...) sou homem e há coisas que me custam fazer, como mudar-lhe a fralda, não fui habituado, acho que, se for as minhas filhas ou as minhas noras a mudar, ela fica melhor, ainda por cima, também ando de canadianas”*. E2.

No entanto, um dos nossos entrevistados homens não tem apoio formal e tem pouco informal:

*“ (...) quem cuida de outras pessoas, em princípio, é sempre mulher, estão mais habituadas, cuidaram dos filhos, dos maridos, eu tive de cuidar, não tive outra opção”*. E12.

*“ (...) os meus quatro filhos não têm tempo. O Carlos é que vem cá mais a miúdo e é muito nosso amigo, ajuda-me a lavar a mãe, dá-lhe de comer, levanta-a, dá-lhe muitos beijos é muito nosso amigo, mas não está cá. As três filhas têm as suas vidas, telefonam, vêm cá quando podem, bem sei que se preocupam, mas têm a vida delas, os seus problemas, a sua vida”*. E12.

Não podemos esquecer, a este propósito, que as pessoas, de uma forma geral, foram socializadas na ideia que são as mulheres que cuidam:

*“ (...) o meu pai não ajuda nada com a minha avó, ele é assim um bocado tímido, também, é homem, não foi habituado”*. E10.

Na perspectiva de Paúl (1997), as mulheres especializam-se em tarefas como os cuidados parentais e há uma interiorização de atitudes baseada no papel feminino na prestação de cuidados.

De facto, as estatísticas continuam a mostrar a mulher como principal prestadora de cuidados na velhice e na doença dos seus familiares, quer consanguíneos, quer por afinidade (Relvas, 1996).

De referir que 12 dos nossos entrevistados são mulheres e 2 homens (curiosamente, estes 2 homens são os cônjuges das idosas dependentes). E dentro do grupo de mulheres, 2 que cuidam são noras (tal como o mencionado anteriormente). Parece-nos

também que a questão da filha economicamente mais desfavorecida e solteira e ou viúva está também relatada nos discursos dos nossos entrevistados.

As pessoas casadas constituem a maior proporção daquelas que prestam cuidados a um familiar idoso dependente, seguindo-se as pessoas solteiras ou divorciada/separadas. Em proporções mais significativas encontram-se os viúvos (Figueiredo, 2004).

Brody e Cole et al. (*cit. in* Lage, 2005) referem que a proximidade da residência acabará por influenciar quem assumirá o papel de cuidador principal, assim a escolha recai habitualmente sobre a filha economicamente mais desfavorecida, mais reservada pela tradição familiar, sem profissão, aposentada e/ou solteira ou, ainda segundo Ross (*cit in* Lage, 2005), sobre o filho único.

*“ (...) os meus filhos têm a sua vida, são muitos ocupados, vêm cá quando podem, mas não podem sempre”. E12.*

*“ Tive de cuidar eu da minha mulher, não tive outro remédio, onde a ia pôr? Que lhe ia fazer? Não a podia abandonar e os meus filhos não a podiam levar para casa dele, vivem longe”. E2.*

#### **5.2.2.7. Relação económica**

No que concerne ao acto de cuidar e à condição económica, verifica-se que as dificuldades económicas estão directamente relacionadas com os cuidados prestados e que há uma interligação económica entre cuidadores e idosos.

Os nossos entrevistados referem a relevância da questão económica, nomeadamente, das dificuldades financeiras, no acto de cuidar.

*“ (...) é muito pouco dinheiro, de facto, é muito pouco dinheiro, temos que pagar tudo, no fundo, ainda tenho de pagar muita coisa do meu bolso”. E4.*

*“ (...) é muito complicado cuidar com pouco dinheiro, tenho de andar sempre a esticar, para dar para tudo”. E5.*

“ (...) colchões anti-escaras já estragou quatro, já tive de comprar quatro colchões, eu compro essas coisinhas, mesmo para pôr o quarto da minha sogra como de hospital, exclusivamente só com o que é necessário quando recebo o subsídio de Natal e de férias aproveito, e faço essas compras, porque, de resto não chega, ela tem o complemento por dependência II, mas tudo isso não chega, é muito pouco dinheiro”. E6.

“ (...) com pouco dinheiro é complicado (...) se eu não tivesse uma vida económica razoável, não sei”. E8.

“ (...) é muito difícil, quando não há dinheiro, é mais difícil cuidar.. E10.

“ (...) fica muito caro cuidar do meu pai, fica caro as comidas que ele come, tenho que lhe comprar tudo, depois, é preciso medicamentos, cremes, fraldas chego ao fim do mês, e fico sem dinheiro nenhum, não fica nada”. E11.

“ (...) é muito pouco dinheiro e é tudo muito caro, só a minha irmã é que não vê isso”. E14.

As dificuldades sentidas pelos nossos entrevistados são, algumas vezes, colmatadas pela família. A este propósito, 9 dos nossos entrevistados afirma que ajuda economicamente a pessoa idosa, se não for em bens, é em géneros:

“ (...) a reforma da minha sogra não chega, nem pensar, eu em três coisas resumo a reforma dela: farmácia, fraldas e Centro Social, não conto alimentação, estadia, trabalho, cremes, não conto nada, não fujo a nada, compro os cremes melhores”. E6.

“ (...) a mãe é reformada, mas a reforma não chega, se formos a fazer as contas, só em cremes, em fraldas, é um dinheirão. Deus me livre, mais a medicação, em medicamentos para a mãe gasto uma média de 60€, mais 25€ de fraldas por semana, é muita coisa, já não conto a alimentação e o trabalho”. E8.

*“ (...) a reforma não chega, porque eu estou a dar algum por mês à minha cunhada, ela está desempregada e vem cá muitas vezes, quando eu não estou, ver os meus pais, dá-lhe a refeição, e faz o que é preciso na minha ausência. Não acho justo não lhe dar nada, ainda por cima não vivem bem, o que lhe dou é bem preciso para ela. Dou-lhe a reforma da minha mãe, que são 230€. A reforma do meu pai é de 235€, ficam 160€ para pagar ao Centro Social”. E3.*

Para Fernandes (1997), nos casos em que existe coabitação, considerada como uma forma mais intensa de solidariedade de pais idosos com os filhos adultos, poderá existir uma situação de solidariedade dependente, na qual os familiares idosos dependem das ajudas dos seus filhos.

Segundo Portugal (2007), as características da reciprocidade no interior do parentesco dependem das características socio-económicas das famílias. Embora a reciprocidade directa aumente este tipo de reciprocidade, é sobretudo visível nas ajudas materiais. Neste domínio, a troca directa é muito mais clara: os filhos recebem bens e serviços dos pais, mas estão quase sempre obrigados a retribuições explícitas.

A esta dificuldade associam-se as reformas pequenas de que os idosos usufruem. A este propósito, 13 dos nossos entrevistados referem que:

*“ (...) eu governo-me com as nossas reforminhas, se não tivéssemos esse bocadinho, morríamos de fome, gastamos muito dinheiro na farmácia”. E13.*

*“ (...) a reforma da minha mãe é muito pequena, não chega para tantos gastos. A minha mãe ainda não tem complemento II, só tem os 218€ de reforma, já pedi o complemento, mas ainda não foi chamada à Junta médica”. E4.*

Cardoso, et al. (2008) explica que os valores das pensões (social e mínima) continuam a manter-se sistematicamente abaixo da linha de pobreza. 1 das nossas entrevistadas chegou mesmo a referir a necessidade do apoio económico do pai, num caso que, de acordo com Fernandes (1997), denota a existência de uma solidariedade dominante, na qual são os filhos que dependem economicamente das ajudas dos pais:

*“ (...) o meu pai é reformado e tem o complemento por dependência II, é o que me tem ajudado, ajuda-me muito, é o que me vale, eu tenho a pensão de viuvez, que é muito pouco, tenho Rendimento Mínimo (RSI), mas é muito pouquinho (...). Tenho muito medo de ficar numa situação difícil, quando o meu pai morrer, o dinheiro dele faz-me muita falta, não sei o que vai ser feito de mim”.*  
E11.

A este propósito, Fernandes (2001) refere que, no que toca às transferências económicas e financeiras, estas ocorrem, principalmente, de avós para netos, e de pais idosos para os/as seus/suas filhos/as, ainda que os primeiros apresentem rendimentos, em muitos casos, inferiores. Já que no que se refere à troca de serviços, esta ocorre em ambos os sentidos.

Santos (1993) refere que, por outro lado, as pessoas e as famílias relacionam-se necessariamente com os sistemas geradores de rendimentos que lhe permitem a obtenção de recursos financeiros provenientes de uma ou várias fontes de rendimento. Para a maioria das famílias, a principal fonte de rendimento é o mercado de trabalho. Para outros – por exemplo, os reformados – o principal recurso financeiro de que dispõem é a pensão de velhice ou invalidez.

A crença de que a família é obrigada a prestar apoio à pessoa idosa começa a ganhar novos limites. Assim, existem famílias que delegam a responsabilidade de prestar cuidados aos seus familiares idosos, e outras, particularmente as famílias da classe trabalhadora, com mais incapacidades económicas, que assumem essa responsabilidade (Costa, 1998). Por isso, a atenção que o Estado dedica à família tem de ser cada vez maior ou os valores sociais mais elementares podem perder-se para sempre (Sprinthall e Sprinthall, 1993).

#### **5.2.2.8. Adaptações na habitação**

Costa (1998) refere que as famílias tradicionalmente multigeracionais têm vindo a dar lugar a famílias nucleares, o que leva a um isolamento cada vez maior dos idosos. O agregado familiar das famílias portuguesas é, em média 3,1 pessoas por agregado (Ministério da Saúde, 1999). Este tipo de sociedade, onde não há lugar para o idoso no

seio da família, é designado por Bruto da Costa por sociedade “atomizada” (Costa, 1993).

Quando um idoso fica dependente, a questão da habitação é, naturalmente, uma questão importante a ter em conta, visto em muitos casos, serem necessárias adaptações. A este propósito 7 entrevistados referem:

*“ (...) tivemos de adaptar à minha mãe, a minha mãe não conseguia subir as escadas, pusemo-las mais baixinhas e mais largas, para ser mais fácil movimenta-la, tirei os tapetes de casa, fizemos uma rampa para a casa de banho, porque é fora de casa, antes tinha escadas, fez-se um terraço, pôs-se um corrimão nas escadas. Eu decidi fazer essas alterações para eles estarem melhores”. E4.*

*“ (...) quando ele andava com dois paus, ainda a pé, lá por trás, os meus filhos fizeram uma rampa que vai dar à estrada, e ele, enquanto se pode arrastar, ia para o caminho por essa rampa, agora, também faz falta, para quando tem de ir à consulta. É pena não termos um quarto maior para estarmos os dois, mas a casa é velha não dá para mudar agora”. E1.*

*“ (...) está mais ou menos adaptada aos meus pais, ficam aqui neste andar de baixo, o meu pai não anda, a minha mãe ainda anda sozinha, é uma casinha moderna. Quando o meu pai chegou do hospital, montámos a cama articulada, tirámos os outros móveis, demos mais espaço ao quarto, mas nada de extraordinário, foi tudo de uma forma natural, quando tem de ser feito, não vale a pena estar a pensar muito, faz-se, para que eles estejam bem”. E3.*

*“ (...) deitei um quarto abaixo, fiz o nosso maior com casa de banho adaptada a ela, mesmo para tomar banho, coloca-se a cadeira e o chuveiro por cima, está tudo para a condição dela, teve de ser. E2.*

De acordo com Silverstone (1995 cit. in Paúl, 1997), o carácter dos arranjos de cuidados de longo-termo aos idosos tem a ver com padrões demográficos, estruturas familiares, papéis e funções, locais de residência, estatuto socio-económico, entre outros aspectos.

Muitas das habitações não usufruíam de boas condições. 7 dos entrevistados afirmam mesmo que:

*“ (...) olhe, a casa é muito velha, sem condições, não vale a pena andar com trabalhos, serve bem assim”. E13.*

*“ (...) esta casa não tem condições, tem muitas escadas, não tem casa de banho, entra frio por tudo quanto é sítio, chove-me no quarto, no ano passado, até na minha cama chovia, agora deitei-lhe os caleiros novos e espero que na cama não me chova mais”. E11.*

*“ (...) a casa é velha e precisa de obras, e eu, um dia, falei nisso ao meu pai, mas ele não achou boa ideia, disse que se ia fazer muito lixo e muito barulho, que não valia a pena. Ele não sente essa necessidade”. E9.*

Neste sentido, nem a família altera a situação, nem o Estado tem políticas adequadas para a alteração, embora, de acordo com o artigo n.º 63º da Constituição da República da 1976), seja dever do Estado promover uma política da Terceira Idade que garanta a segurança económica das pessoas idosas e a política da Terceira Idade deva ainda proporcionar condições de habitação e convívio familiar e comunitário que evitem a superem o isolamento ou a marginalização social das pessoas e lhes ofereçam as oportunidades de criarem e desenvolverem formas de realização pessoal através de uma participação activa da comunidade.

Para Cardoso, et al. (2008), se a pobreza monetária tem uma tão grande incidência na população idosa; se os recursos financeiros são recursos fundamentais para aceder aos padrões de vida, costumes e actividades disponíveis numa dada sociedade, não será difícil perceber as implicações que uma tal situação terá ao nível da exclusão das pessoas idosas por relação a tais padrões de vida.

Segundo Costa, et al. (2008, p.26), a pobreza constitui “uma situação de privação, resultante da falta de recursos”. Neste entendimento, a ideia de pobreza é indissociável da noção de privação (não satisfação das necessidades básicas). A “privação” expressa-se em más condições de vida, relacionadas normalmente, com a ausência de satisfação

das necessidades mais básicas, como a alimentação, vestuário, condições habitacionais, transportes, comunicações, condições de trabalho, possibilidades de escolha, saúde, educação, cultura, formação profissional e participação na vida social e política.

Quando as condições habitacionais são desfavoráveis ao bem-estar do idoso e os familiares o integram na sua habitação, o idoso tem, sem dúvida, melhores cuidados.

Dos nossos resultados destaca-se, a este respeito, a seguinte perspectiva:

*“ (...) tive de trazer a minha sogra para minha casa, não a podia deixar sozinha”. (...) tive de adaptar a minha casa, tive de fazer um quarto no sótão para um dos meus filhos, para a minha sogra ficar cá em baixo, para ela não subir escadas, tive de aumentar à casa, porque eu fiz casa a contar só com os meus filhos”. E6.*

Tendo em conta as habitações e a falta de espaço, 2 dos nossos entrevistados referem que:

*“ (...) já pensei em trazer os meus pais para minha casa, mas não tenho mais nenhum quarto disponível, tenho três quartos, tenho a viver comigo um filho e uma filha”. E9.*

*“ (...) quem me dera poder trazer aos meus pais e o meu irmão aqui para minha casa, mas eu não tenho condições, se tivesse, trazia, era mais simples para mim, escusava de andar sempre na casa deles e aqui, mas não tenho onde os colocar”. E4.*

2 das nossas entrevistadas foram viver para casa do dependente, ou por sentir que é o meio ideal, ou por necessidade:

*“ (...) a mãe está melhor no meio dela, ela conhece bem a casa, sabe onde é o quarto, a casa de banho, a cozinha, e consegue movimentar-se com o andarilho, por exemplo se lhe apetecer água, sabe que tem de ir até a cozinha, depois, pode não atinar onde está o copo, mas reconhece o espaço, e se tirar do meio dela*

*fica muito desorientada, acho mesmo que morreria mais rápido. Por isso, faço este sacrifício de viver cá e não levar a minha mãe para minha casa, não mudo a mãe”. E7.*

*“ (...) o meu pai gosta deste cantinho e eu lá também não tenho grande espaço e, assim, quando os meus irmãos o vêm ver, vêm aqui, senão, iam para minha casa e eu não estou para isso”. E11.*

2 dos nossos entrevistados referem que o idoso permanece na sua habitação, por opção:

*“ (...) é muito complicado irmos viver para casa dos meus filhos eles têm a vida muito ocupada, a única que poderia ter vida para nos acolher em sua casa é a São, que não tem filhos, mas está no Algarve, também, levá-la daqui para o Algarve não dava, e nós queremos viver na nossa casa”. E12.*

*“ (...) os meus irmãos, alguns já nos têm falado para irmos viver com eles, que temos sempre lá um cantinho, mas à minha mãe ninguém a tira de sua casa para fora, quer morrer aqui”. E13.*

Esta ideia pode estar associada, como refere Fernandes (2001), a uma menor frequência da coabitação dos pais idosos com os filhos adultos e a uma maior proporção de idosos a viverem sós. Apesar deste aumento de pessoas idosas a viverem sozinhas e do predomínio das famílias compostas apenas pelo casal, as relações intra-familiares continuam a ter um lugar preponderante, ainda que com intensidades variadas, mesmo depois de os filhos constituírem novos núcleos familiares e saírem de casa.

#### **5.2.2.9. Relação extra-familiar**

No que diz respeito à relação de apoio informal extra familiar, os vizinhos e amigos têm uma posição de destaque e importância. A este respeito Finch (1989 *cit. in* Portugal, 2007) refere que é possível construir obrigações com elementos da rede fora da família, através de fortes laços construídos graças às relações de amizade.

Paúl (1997) acrescenta que a relação com amigos e vizinhos difere da que se mantém com familiares, porque resulta de escolhas estruturadas, feitas na base de opções dentro do próprio meio social da pessoa. As amizades constituem uma relação expressiva, baseada na escolha e partilha de interesses. As escolhas de amigos são mais fluidas e livres do que as de vizinhos, que, apesar de tudo, se baseiam mais na relação de proximidade instrumental.

Dos 14 sujeitos entrevistados, 7 referem-se ao apoio dos vizinhos:

*“ (...) tenho uns vizinhos muito bons, mesmo durante o dia, a vizinha aí do lado vem sempre deitar os olhinhos à minha avó, sempre que eu preciso, ajudam-me”*  
E10.

*“ (...) tenho bons vizinhos, tenho duas vizinhas que me ajuda muito, até me ajudam, às vezes, a dar uns passinhos com ela. Quando preciso de ir a Vieira do Minho, elas ficam-me com ela, nunca a deixo só, são muito minhas amigas, eu é que me aborreço de estar sempre a incomodar as pessoas”* E14.

*“ (...) a cama articulada da minha sogra é emprestada por um vizinho, porque eu não tinha dinheiro para a comprar. Ganho pouco e o meu marido também (...)”* E5.

Sobre esta perspectiva, Paúl (1997) afirma que os amigos e vizinhos do idoso parecem desempenhar também um papel preponderante no apoio à velhice, principalmente do ponto de vista emocional, mas também da ajuda instrumental, verificando-se esta última mais em situações de ausência de familiares.

O facto de os nossos entrevistados viverem num meio rural, com um índice de envelhecimento elevado e com pouca população, poderá explicar o porquê de 7 dos sujeitos entrevistados referirem não ter apoio dos vizinhos:

*“ Tenho poucos vizinhos, por vezes, aparecem por cá, mas ajudar, não ajudam, são velhos, não podem”. E2.*

“ (...) nós, aqui, não temos vizinhos, os que tínhamos morreram, tínhamos uma vizinha, a Margarida, que nos ajudava muito, mas faleceu”. E3.

“ (...) não há quase vizinhos (...) Antes, havia muita gente, agora, somos só nós, uns morreram, os mais novos foram para fora”. E1.

Note-se que o concelho de Vieira do Minho foi o único, em toda a região do Ave, a perder população, apresentando uma dinâmica populacional de tendência negativa, marcada pela baixa natalidade e pelo envelhecimento populacional (Diagnóstico Social, 2004).

#### **5.2.2.10. Apoio espiritual**

Apesar de o nosso guião de entrevista não contemplar o apoio espiritual, os nossos entrevistados fizeram alusão a esse facto.

Para Trigo (*cit. in* Lourenço (2004)), é importante a dimensão espiritual na assistência integral nos cuidados de saúde. A espiritualidade proporciona ao paciente, fragilizado e ansioso, um sentido para a sua existência, um estado de paz e segurança, perfaz as suas crenças e dispõem-no a resistir com mais alento diante do seu estado de dependência.

A este propósito, 7 dos nossos entrevistados assumem a necessidade de apoio espiritual:

“ (...) pelo menos uma vez por mês, o Sr. Padre vem visitar a minha mãe, ao domingo, vem uma senhora dar a comunhão.”. E9.

“ (...) o padre costuma vir visitar a minha esposa e ela gosta muito, vem poucas vezes bem sei, mas quando vem confessa-nos aos dois e conversa um bocadinho comigo, é um conforto, um palavra amiga que bem preciso. Todos os domingos vem cá uma pessoa dar-nos a comunhão, é que eu nem sequer à missa posso ir”. E12.

“ (...) ele ia sempre à missa, e pagávamos sempre os direitos, não lhe ficamos a dever nada. Ai ele (o padre) senão gostasse, não vinha, ele mesmo mostra muita

*gracinha à gente quando cá vem, confessa-me a mim, não vem é muitas vezes, porque não pode, tem que correr três freguesias, é muita gente, às vezes passa-se dois ou três meses que cá não vem, (...). A fé é muito importante nestas coisas do cuidar, é preciso ter muita fé”. E1.*

*“ (...) o padre costuma ir visitar a minha sogra, e depois, tem uma senhora que ao domingo vai dar a comunhão”. E5.*

A experiência de uma doença grave leva a que, muitas vezes, as pessoas se vejam confrontadas com questões de profundo significado e sofrimento. Segundo Puchalski (2003), a espiritualidade está no centro dos seres humanos. As pessoas idosas e com vivência no meio rural, parece-nos que, em princípio sempre, estiveram ligadas à espiritualidade e à fé. No entanto, 7 entrevistados não valorizam esse apoio para os idosos:

*“ (...) o padre não costuma cá vir, a minha mulher nunca foi muito de ir à missa, eu ia, ela sempre ficou mais por casa, nunca me pediu para o padre vir cá e eu também nunca o chamei”. E2.*

*“ (...) a minha sogra nunca foi muito de Igreja, o padre nunca cá vem, acho que não vale a pena”. E6.*

*“ (...) aqui há tempos o meu pai esteve muito malzinho e o padre veio-lhe dar os sacramentos, para minha mãe e para o meu pai, eu trazia-lhe a comunhão e dava-lhe, mas agora o meu pai está inconsciente e a minha mãe não liga, não vale a pena, não tem noção, e o Sr. Padre acha que assim não se deve dar a comunhão”. E3.*

*“ (...) o padre não vem cá, nem ela vai à missa porque nós não a levamos (...) sempre foi muito católica e praticante (...). Não faz sentido, ela não tem noção das coisas, acho que estas pessoas nestas idades não vale a pena irem, nem o sacerdote a vir ver, porque ela não tem conversa, não liga”. E7.*

“ (...) eu não tenho chamado o padre, não vale a pena, chamei-o até ele entender, agora, neste estado, não vale a pena, a gente fala para ele e ele não diz nada, o padre não vem cá fazer nada”. E11.

“ (...) o padre não costuma cá vir ver a mãe, porque eu não lhe peço, não há necessidade”. E14.

Mas, como refere Trigo (*cit. in* Lourenço (2004), apesar de a maioria dos idosos ansiar pelo cuidado espiritual, sobretudo, na presença de uma doença crónica ou crise emocional, alguns cuidadores hesitam, porque consideram que é “pouco científico” e pouco relevante no tratamento médico. Contudo, o cuidado espiritual não é uma entidade separada do cuidado físico e do suporte psicossocial.

### **5.2.3. Acerca do apoio formal**

O apoio formal é visto, pelos cuidadores e pelas pessoas de quem cuidam, como uma estrutura em que os principais protagonistas são os funcionários do apoio domiciliário.

“(...) as meninas são atenciosas, a minha mulher gosta delas, deixa-as fazer a higiene, deixa-as fazer tudo”. E2.

7 dos nossos entrevistados usufruem do apoio domiciliário (apoio formal). Os restantes só usufruem do apoio informal.

O apoio formal inclui os serviços estatais de Segurança Social e os organizados pelo poder local, a nível concelhio ou de freguesia, criados para servir a população idosa, sejam eles lares, serviços de apoio domiciliário (SAD), centros de dia (CD), ou centros de convívio (CC).

#### **5.2.3.1. Relevância do apoio formal**

Os beneficiários do apoio formal demonstram, através dos seus discursos, que é uma mais valia. Para muitos idosos, as redes de apoio informal são incapazes de preencher as necessidades existentes, que ultrapassam a capacidade de apoio proveniente,

nomeadamente, da família. Para os idosos, os serviços domiciliários formais são a possibilidade que lhes resta para se manterem a viver na comunidade, senão, têm de ser institucionalizados, designadamente em lares de 3.<sup>a</sup> idade. De uma forma geral, os nossos entrevistados reforçam o contributo do apoio formal, no sentido de melhorias para o idoso e para eles próprios.

Esta ideia vai igualmente ao encontro de Finch (1989 *cit. in* Portugal, 2007), segundo o qual os apoios formais são uma fonte importante de apoio, quer instrumental, quer afectivo.

A este propósito, os nossos entrevistados referem que:

*“ (...) olhe, eu não podia deixar de trabalhar, não havia quem olhasse por ela, se, naquela altura, os meus cunhados me tivessem pago um ordenado, eu tinha ficado a 100% a cuidar dela, ninguém disse nada, houve mesmo essa necessidade, só tinha a solução do Centro Social”*. E5.

*“ (...) quando a minha mulher ficou doente, arranjei logo o Centro, nunca pensei que fosse precisar tanto de apoio, é um apoio precioso”* E2.

*“ (...) o apoio do Centro Social é muito importante, é uma grande ajuda, o que se paga é justo”* E4.

*“ (...) ele, com as meninas no Centro, sente-se muito bem, faz tudo quanto elas não aparecem no Domingo, ele fica triste, diz que é pena elas não virem”* E1.

*“ (...) o apoio domiciliário é eficaz, é um bom serviço, não tenho mais apoio dele, porque não sinto necessidade, mas é um óptimo serviço”* E7.

São diversos os meios estatais para auxiliar a família no desempenho das suas funções: favorecer a constituição de lares de 3.<sup>a</sup> idade e os serviços de apoio domiciliário, impostos de harmonia com os encargos familiares, protecção à maternidade, entre outros. Fernandes (1997) acrescenta que o Estado pode ajudar os idosos através do apoio institucional de assistência diária permanente, representado aqui pelos

lares/residências e, mais recentemente, pelas famílias de acolhimento; e apoio institucional parcial, o qual reúne um conjunto de serviços locais, permitindo à pessoa idosa a permanência em sua casa. Falamos de centros de convívio, centros de dia e serviço de apoio domiciliário. Denote-se que 7 dos nossos entrevistados usufruem deste último.

Para Casanova, et. al. (2001), as respostas sociais que prestam apoio institucional de forma parcial, para além de proporcionarem condições mais favoráveis à permanência da pessoa na sua casa, vêm dar resposta à satisfação de necessidades básicas (alimentação, higiene pessoal e habitacional, tratamento de roupas, bem como prestação de cuidados de saúde de origem física e psicossocial) e ajudam na prevenção do isolamento e solidão, através da dinamização lúdica e cultural.

Segundo Gil (1999), o recurso às redes de apoio formal tende a ser cada vez mais procurado. No futuro, prevê-se o surgimento de novas respostas para esta população, assim como a evolução de algumas respostas tradicionais.

Importa, contudo, não ignorar que dos 7 entrevistados que têm apoio formal, 6 referem que este é insuficiente. Provavelmente, porque o sentem como uma mais-valia no seu dia-a-dia. Deste ponto de vista, os entrevistados referem como défices neste apoio as poucas idas diárias ao domicílio; a ausência de apoio domiciliário nos fins-de-semana; a ausência de fornecimento de lanche e jantar, para além da refeição do almoço.

*“ (...) acho que poderiam vir mais vezes, poderiam vir de tarde, mas dizem que não têm tempo (...), acho que deveriam vir aos fins-de-semana, eu tenho filhos, se não tivesse, não sei como iria fazer” E2.*

*“ (...) eu acho que me podiam ir dar o lanche à minha sogra, mas não vão. Porque a minha sogra tem de comer várias vezes, não vai ficar lá como uma cadela, tem de comer pouco, mas a miúdo”. E5*

*“ (...) ao fim de semana, não tem o apoio do Centro, e quando eu trabalho, é complicado, venho num bocadinho dar-lhe a comida, à pressa, mas não tenho outra forma”. E6.*

“ (...) *O apoio que eles lhe dão, vir cá duas vezes ao dia, não é suficiente, mas dizem que não podem vir mais vezes, que não têm gente que chegue, só dá porque eu, a partir das três e meia, estou em casa, senão era impossível, uma pessoa sozinha, não é fácil*” E3.

“ (...) *acho que têm alguma irresponsabilidade, não funciona a 100%, nunca me queixei, mas ainda na outra semana, cheguei a casa e estava a sopa na garrafa térmica, não lhe a (sic) foram dar*” E6.

“ (...) *mais apoio, a mãe precisava, mas dizem que não podem vir mais vezes cá, eu sei que é complicado*” E4.

“ (...) *o apoio é bom, mas deviam vir cá ao fim-de-semana*” E1.

Para um dos nossos entrevistados, o apoio é suficiente, provavelmente, porque o idoso em questão não está totalmente dependente: “ (...) *o apoio chega, só vem a comida, o resto não é necessário*” E7.

Recordemos que Torres (1999) alega que o Estado não pode substituir a família arbitrariamente. Apoiar a família, assegurar a vida família, não deve significar substituí-la. O Estado deve unicamente rodear esta das condições morais e materiais indispensáveis para que ela viva automaticamente e possa livremente realizar os seus fins próprios, sem vigilância exterior. Parece-nos que, de alguma forma, as famílias sentem muita necessidade de maior apoio formal quando não possuem retaguarda familiar.

Tal como referido anteriormente, 7 dos nossos entrevistados não têm apoio domiciliário formal. Só têm apoio informal, designadamente, da família e de alguns vizinhos. O facto de estes 7 entrevistados desvalorizarem o apoio formal, não sentirem a sua falta, poderá ter a ver com a falta de informação sobre este serviço, com a desconfiança do mesmo, com o receio de serem criticados pelos restantes familiares e pela comunidade por, alegadamente, não serem capazes de cuidar sozinhos, e ainda com a noção enraizada de que devem ser os familiares a cuidar. Pode também estar presente a questão da condição económica. Apesar de não admitirem que a reforma do idoso ajuda

nas despesas, tal como visto anteriormente, a reforma e os bens do idoso ajudam na economia doméstica. O apoio domiciliário constitui mais um gasto que muitos cuidadores consideram desnecessário.

*“ (...) eu já pensei ter o apoio domiciliário para a minha avó, mas para a comida eu não quero, porque ela está muito habituada com a minha, e para o resto era importante, mas se faço isso, não chega o dinheiro para a minha prima vir cá, e eu acho que com o apoio da minha prima é melhor, porque, como vive aqui ao lado, vem cá muitas vezes” E10.*

*“ (...) não, acho que não vale a pena ter o apoio do Centro Social, se vierem cá, tenho de lhe dar dinheiro e ele já é pouco para nós, se eles vierem cá, tenho que lhe pagar e elas só vêm aqui fazer o que nós já lhe fazemos, não vale a pena” E11.*

*“ (...) acho que se tem de pagar para ter o apoio domiciliário, assim não quero e eu precisava era que me viessem lavá-la todos os dias, a comida não é preciso. Eu precisava de mais apoio, mas se calhar, não vêm todos os dias, nem sei muito bem o funcionamento, nunca me interessei, porque se tem de pagar, e a minha irmã, por dinheiro, Deus me livre!” E14.*

*“ (...) nunca decidi ter apoio do Centro Social, acho que não vale a pena, não fazem mais do que eu, não preciso delas para nada, para já, só se eu adoecer, agora, do resto, não preciso. E a minha mãe não ia gostar, porque ela não quer que ninguém lhe toque” E8.*

Mas, dos entrevistados que referem não ter apoio domiciliário, 3 admitem que não têm, porque os idosos não querem. Ainda têm muito presente a noção de família tradicional e que a família tem o dever de cuidar. A família tem como função a protecção da pessoa idosa, sendo este auxílio familiar frequentemente mais importante e desejado que o prestado por serviços formais. É na família tradicional que os idosos encontram segurança económica, psicossocial, emocional e todas as formas de apoio que as suas limitações lhe podem impor (Imaginário, 2005).

*“ (...) para mim, era um alívio ter esse apoio, era uma necessidade, mas a minha mulher não quer, eu estou na cama e estou a pensar no que vou cozinhar de maneira que lhe agrade a ela, é que a ela nem tudo lhe agrada, quer umas comidinhas boas, como ela fazia antigamente, mas eu não faço tão bem como ela, não tenho grande jeito”. E12.*

*“ (...) eu já pensei ir ao Centro Social, para eles cá virem, tenho essa necessidade, tomara eu que eu estou gasta, estou a ficar gasta e mais que gasta, o que eu queria era o apoio do Centro, mas a minha mãe não quer ninguém, ela não quer ninguém (...). O problema é que ela ainda está muito lúcida, se ela não estivesse tão lúcida, ela já não se apercebia tantos das coisas e eu pedia ao centro para cá vir, ela está assim, está convencida que eu que posso, mas eu não posso” E13.*

*“ (...) o meu pai não quer o apoio do Centro Social, não quer e não há nada a fazer, já teve, mas, depois, o meu pai não quis, nós bem queríamos, tirava-me um grande trabalho, quanto mais não fosse, na higiene da minha mãe, eu sinto essa necessidade” E9.*

Apesar de Costa (1998) referir que a crença de que a família é obrigada a prestar apoio à pessoa idosa começa a ganhar novos limites, para muitos a noção de cuidar ainda está só associada aos familiares. Importa salientar que os nossos entrevistados têm uma escolaridade baixa e um nível sócio-económico não elevado. A sua escolaridade vai desde ser analfabeto até ao 12.º ano, mas só uma entrevistada é que tem esta escolaridade, os restantes, regra geral, têm o 4.º ano. Não têm uma escolaridade média, e, em princípio, também não procuram adquirir conhecimentos sobre o acto de cuidar, até porque, tirando uma entrevistada que tem 30 anos, a faixa etária em média é de 58 anos, o que, sendo pessoas no meio rural, não tendo um emprego qualificado, à partida, leva a que cuidem como foram aprendendo ao longo do tempo, tal como referido anteriormente pelos nossos entrevistados. Por isso, não têm, alegadamente, muita técnica no acto de cuidar. Quase todos os nossos entrevistados têm más condições económicas, o que acaba por condicionar os apoios, e a informação que procuram. Parece-nos que a actividade laboral está directamente relacionada com ter o apoio domiciliário, assim: 4 dos entrevistados que referem usufruir do apoio domiciliário

encontram-se a exercer actividade, só 1 entrevistado que exerce actividade não tem o apoio formal; 3 que têm o apoio formal encontram-se reformados (2 cônjuges e uma filha). Dos entrevistados que não têm apoio domiciliário, só 1 é que tem uma actividade laboral, curiosamente, é a entrevistada mais nova (30 anos) e o grau de parentesco com a pessoa de quem cuida é de neta.

### **5.2.3.2. Relevância ou irrelevância do papel do Estado**

Sem dúvida que a noção de cuidar está associada a classes mais desfavorecidas, às famílias da classe trabalhadora, com mais incapacidades económicas e que assumem essa responsabilidade (Costa, 1998).

Importa referenciar que, normalmente, os cuidados aos idosos começam por ser assumidos pela família ou outros elementos da rede informal de apoio, e os cuidados formais são solicitados a partir do momento em que os informais precisam de ajuda, por não conseguirem responder de forma eficaz às exigências do idoso. Contudo, cuidados informais e formais não são substitutos perfeitos um do outro, pois os primeiros superam algumas tarefas assumidas pelos informais (refeição, higiene). Contudo, receber cuidados de um ente querido tem outro sabor para o idoso (Sousa, 2004).

Não devemos, por isso, deixar-nos conduzir por ideias alicerçadas numa crença generalizada de que o papel do Estado é “fazer”. Apesar de as pessoas entrevistadas não o afirmarem, pode depreender-se dos seus discursos que, do seu ponto de vista, a obrigatoriedade está ligada ao apoio informal e não ao formal. É a família que tem obrigação, portanto, os mecanismos da “sociedade-providência”. O “Estado-providência” é encarado como algo “auxiliar”, frequentemente, “ausente”. É com o apoio informal que as pessoas contam no dia-a-dia.

Os cuidadores dos idosos e, até os próprios idosos, têm uma visão negativa dos apoios do Estado-providência, que não funciona, que é demasiado burocrático. Como alternativa, surge sempre, nos seus discursos, a retaguarda familiar (o apoio informal) como o dever, a obrigação, talvez, porque será o apoio mais presente, o mais eficaz e o que desde sempre se verificou. Recorde-se, como refere Torres (1999), que a família não é criada pelo Estado, nem resulta da sua tolerância ou da sua imposição, é, pois,

anterior ao Estado. Ela constitui historicamente, como no caso da família patriarcal, um instrumento idóneo para a satisfação das necessidades individuais e sociais do homem.

O Estado-providência, nos contornos que hoje lhe conhecemos, é baseado na ideia da igualdade, determinante do conceito de justiça social, pretendendo-se uma maior capacidade de intervenção ao nível da distribuição da riqueza e no apoio aos mais desfavorecidos, mas a crise do Estado-providência também está directamente relacionada com a mudança demográfica, o envelhecimento e alteração dos padrões familiares (Caeiro, 2008).

A sociedade –providência diz respeito às esferas da existência humana (família, grupo de amigos, etc) situadas no domínio dos laços sociais. É fundamental para que uma pessoa possa considerar-se e esteja efectivamente, incluída na sociedade. A inclusão na sociedade depende, também, do posicionamento dos indivíduos relativamente ao domínio económico, quer no que se refere aos sistemas geradores de rendimentos, quer à possibilidade (ou não) de aquisição de bens e serviços indispensáveis ao funcionamento em sociedade (Costa, et al., 2008).

Rodrigues (2000) chama-nos a atenção para o facto de Portugal ser um dos países mais atrasados no contexto Europeu ao nível das políticas sociais devido à sua fraqueza política e financeira.

Deste ponto de vista, parece-nos ser possível dizer que os nossos entrevistados não estão incluídos na sociedade, porque têm uma enorme dificuldade de aquisição de bens e serviços, as reformas são consideradas pequenas e os gastos são muito elevados. Deste ponto de vista, o papel do Estado ainda se torna mais emergente, embora os nossos entrevistados, através dos seus discursos, tenham demonstrado desagrado com o Estado-Providência:

*“ (...) eu acho que o Estado não apoia quem cuida das pessoas que cuidam de idosos, pelo menos a mim, não; eu cuido, o Estado não me dá nada, não trabalhei estes anos todos, porque não o podia deixar, um dia ele morre, fico sem nada e sem idade para arranjar um emprego. O que vai ser feito de mim? É*

*muito difícil, podia ter ganho algum dinheiro, nem ganho, nem o Estado me ajuda em nada” E11.*

*“ (...) se não tivesse alguém a ajudar, nunca conseguíamos a cama, ou então, demorava muito. Havia de haver mais apoios do Estado” E1.*

*“ (...) acho que a Segurança Social deveria facilitar mais um bocadinho, e não estar tanto a ver os rendimentos, porque, por vezes, os rendimentos não querem dizer nada, e se exigem os ordenados do filhos, quando muitas vezes para estes já é complicado cuidarem dos pais, mais complicado se torna para comprar o material que eles necessitam” E3.*

*“ (...) acho que o Estado apoia pouco, fui muitas vezes à Segurança Social e nunca fui atendida” E5.*

*“ (...) se, pelo menos, a Segurança Social me apoiasse, era mais simples, assim, sem dinheiro é complicado. Não concordo que eu não posso ser família de acolhimento da minha mãe, acho que o Estado ajuda mais quando não são família, não é justo” E4.*

*“Sei que o Estado dá alguns apoios, até agora, não precisei, mas, caso seja preciso, vamo-nos informar, mas eu não acredito muito nesse apoio, a burocracia é muita e, por vezes, quando chega o apoio, já não necessário, muitas vezes, as pessoas morrem antes de vir o apoio” E7.*

Perante estes discursos, parece-nos inegável a força que a sociedade-Providência tem em relação ao Estado-Providência, esta a força da sociedade-providência está associada à incapacidade que as pessoas consideram que o Estado tem para dar resposta às necessidades. Rodrigues (2000) aponta para o facto de, em Portugal o modelo de Estado-providência, ter tido sempre pouca visibilidade, estruturando-se, ao invés, “formas correlativas”, características de uma Sociedade-providência.

Talvez fosse necessário a sociedade-providência e o Estado-providência trabalharem em conjunto, como um todo, cada um com as suas funções, mas sempre em prol do bem-estar do idoso.

Os idosos são cada vez mais uma responsabilidade do Estado, pelo que se torna fundamental existirem políticas de velhice. Segundo Fernandes (1997), por políticas de velhice entende-se o conjunto das intervenções públicas, ou acções colectivas, que estruturam, de forma explícita ou implícita, as relações entre velhice e sociedade. Uma análise aprofundada das políticas permite equacionar em que circunstâncias e segundo que processos o problema da velhice se inscreve nas preocupações dos políticos e é efectivamente assumida pelo Estado.

De facto, a insuficiência de resposta do Estado-providência em relação às situações de carência e de dificuldade é suprimida através das redes de solidariedade assentes no parentesco e nas relações sociais continuadas (Santos, 1990 e Hespanha, 1993 *cit. in* Nunes, 1995).

A sociedade-providência pode ser encarada, segundo (Nunes, 1995), como uma configuração de “redes de relações de interconhecimento”, de reconhecimento mútuo e de entajuda baseadas em laços de parentesco e de vizinhança, através das quais pequenos grupos sociais trocam bens e serviços.

Para além disso, a palavra “Segurança Social”, como todas as instituições, obedece a uma organização burocrática, com normas, tempos e ritmos próprios que, sendo para si um todo coerente, é vista pelos cuidadores como algo desarticulado e demorado:

*“ (...) fui em Janeiro à Segurança Social e só podia ser atendida em Março, e eu precisava da cama com urgência, o pior é que tinha lá camas para emprestar, disse-me alguém que trabalha lá dentro (...) Veja lá, se se admite esperar tanto tempo por um atendimento! Até Março, a minha mãe podia ganhar feridas e, se a minha mãe ficasse com feridas, a gente é que se tinha de aguentar” E9.*

No entanto, muitos dos entrevistados que desacreditam o papel do Estado, já usufruíram dos seus benefícios. De qualquer forma, através dos seus discursos, subentende-se que o não vêm como tal.

*“A minha sogra tem cama articulada e colchão anti-escaras e uma cadeira de rodas. A cama articulada pertence à Segurança Social” E6.*

“ (...) a Segurança Social emprestou-me uma cama articulada e eu comprei o colchão anti-escaras, está nessa cama há uma semana, tem-se adaptado bem, mas agora, espero que não me ganhe feridas” E10.

“ (...) o meu pai tem a cama, porque para aí há 3 anos fui pedir à Segurança Social e arranjaram-me, mas o colchão para não ganhar as feridas nunca me arranhou, não foi fácil para arranjar a cama, demorou muito tempo, o colchão, comprei” E11.

“ (...) a mãe teve uma cama articulada da Segurança Social, mas não a quis (...). Ela não gostou de estar deitada naquela cama, disse-me logo que não ia sair mais daquela cama, nem agora nem nunca, ela nunca quis ir para o Hospital e aquelas camas fazem lembrar” E13.

“ (...) a Segurança Social emprestou-me uma cama articulada e eu comprei o colchão anti-escaras, está nessa cama há uma semana, tem-se adaptado bem, mas agora, espero que não me ganhe feridas” E10.

Madeira (1999) tem uma ideia contrária à dos nossos entrevistados e refere que a influência dos progressos científicos-tecnológicos na organização das famílias, aliada ao acentuado envelhecimento demográfico, gerou, na nossa sociedade, a busca de alternativas à falta de disponibilidade das famílias para atenderem os seus idosos, passando estas, na maior parte dos casos, pela institucionalização nos chamados “Lares de Terceira Idade”.

Apesar de o apoio formal ser preponderante e cada vez mais as famílias se desresponsabilizarem dos seus papéis, dos discursos dos nossos entrevistados não se entende que queiram que os seus familiares sejam institucionalizados. Aliás, 4 recusam mesmo essa ideia:

“ (...) temos de fazer sacrifícios e não abandonar os pais no Lar, não é que eu tenha nada contra os Lares, acho que fazem muita falta, mas nós devemos cuidar dos nossos. De maneira nenhuma colocava a minha mãe no Lar, até me arrepiava essa ideia” E7.

“ (...) eu não ponho os meus pais no Lar, apesar de saber que são bem cuidados. Se eles chegarem ao ponto de nem a minha cunhada poder vir cá e estarem sozinhos o dia todo, só com a vinda do Centro duas vezes ao dia, eu, se calhar, preferiria deixar de trabalhar e vir ficar com eles, de maneira nenhuma levava-os (sic) ao Lar, só se eu ficar doente, sei lá. A minha mãe sempre foi uma mulher de guerra, de muito sentimento, de muito sofrimento, eu não tinha, Deus me livre, coragem de a colocar no Lar ou de pôr uma pessoa estranha a cuidar dela” E3.

“ (...) só não o quero levar para nenhum lado, se aturei até agora, Deus há-de continuar a dar-me força para levar esta cruz até ao fim” E1.

Não existe unanimidade entre os nossos entrevistados no que diz respeito à relevância da formação técnica dos recursos humanos que prestam apoio domiciliário através das redes formais.

“ (...) as pessoas que vêm cá cuidar têm formação, são muito atenciosas, os meus pais gostam muito” E3.

“ (...) as pessoas que cuidam da minha sogra não têm cursos, são habilitadas” E5.

“ (...) as pessoas que cuidam da minha sogra, nem todas sabem, nem todas têm formação, é tudo muito feito à pressa, a despachar” E6.

Dos discursos dos nossos entrevistados podemos inferir que os cuidados proporcionados pelo apoio formal não são encarados como sendo muito diferentes dos cuidados prestados pelo cuidador informal, pelo que a questão do profissionalismo dos primeiros não se lhes coloca. Na realidade, muitos dos entrevistados referem-se aos profissionais do apoio domiciliário como “as meninas têm muito jeito”. Além disso, o facto de os cuidadores informais pagarem apenas uma pequena parte do valor mensal da prestação dos cuidados (sendo o resto suportado pelo Estado) e, ao que parece, não terem informação sobre as participações do Estado, pode levá-los a considerar que o apoio, apesar de existir, não constitui uma área de especialização profissional.

Para Almeida et al. (1994), o regime democrático trouxe consigo a consagração jurídica de um conjunto de direitos sociais que, com amplitudes e ritmos variáveis, tem vindo a adquirir materialidade institucional, em domínios como os da segurança social, da educação ou da saúde. No entanto, as taxas de cobertura e o alcance das políticas, os níveis das prestações, a qualidade e a eficácia dos serviços não conseguiram ainda, em termos globais, ultrapassar enormes limitações”.

Anne-Marie Guillemard (*cit. in* Fernandes 1997), identificou duas concepções de velhice: uma velhice invisível e uma velhice identificada. A velhice invisível, sem forma definida, é invisível na medida em que a solidariedade para com os idosos é praticamente uma solidariedade familiar, privada, remetida para o interior do espaço doméstico.

Parece-nos que dos discursos dos nossos entrevistados podemos considerar que, maioritariamente, os idosos fazem parte de uma velhice invisível, independentemente de terem o apoio formal:

*“ (...) eu não ponho os meus pais no Lar, apesar de saber que são bem cuidados. Se eles chegarem ao ponto de nem a minha cunhada poder vir cá e estarem sozinhos o dia todo, só com a vinda do Centro duas vezes ao dia, eu, se calhar, preferiria deixar de trabalhar e vir ficar com eles, de maneira nenhuma levava-os (sic) ao Lar, só se eu ficar doente, sei lá. A minha mãe sempre foi uma mulher de guerra, de muito sentimento, de muito sofrimento, eu não tinha, Deus me livre, coragem de a colocar no Lar ou de pôr uma pessoa estranha a cuidar dela” E3*

#### **5.2.4. Sobre a visão da sociedade**

Os discursos dos nossos entrevistados sugerem que a noção de crítica e de sanção social está sempre presente, caso não sejam os familiares a cuidar da pessoa idosa. A crítica social é referida pelos sujeitos, independentemente do género, da idade, de ter o apoio informal e formal. Considera-se, mais uma vez, que a obrigação e o dever de cuidar são dos familiares e não do Estado. Apesar de todos os cuidadores sentirem dificuldades no

acto de cuidar, todos consideram que é um acto familiar (para alguns pode haver o apoio formal, mas por si só não é válido).

Os próprios cuidadores também criticam, caso não sejam familiares a cuidar. Mais uma vez, parece-nos haver aqui a noção da reciprocidade familiar, do ciclo geracional, referido anteriormente, de que dos familiares cuida a família, independentemente de existirem condições efectivas para tal. Não podemos, também, negligenciar o facto de o presente estudo ter sido realizado no meio rural, numa comunidade em que todos se conhecem e onde estão enraizados os valores da família tradicional, ainda que com alterações.

#### **5.2.4.1. Crítica social**

Os cuidados prestados aos idosos no meio rural são maioritariamente prestados pelos familiares, ainda que auxiliados, algumas vezes, pelo apoio formal. Quando questionados acerca de como as pessoas na comunidade olham o acto de cuidar por parte dos familiares ou por não familiares (por opção destes), 9 dos nossos entrevistados referem que:

*“ (...) dizem, como crítica, que devem ser os filhos a cuidar dos pais eu também digo, os filhos têm obrigação de cuidar dos pais” E1.*

*“ (...) as pessoas iam criticar-me muito. Isto é um meio muito pequeno, se metesse os meus pais num Lar, nunca pensei metê-los, mas só o tempo o poderá dizer, não sei, sinto-me cansada (...), isso tudo é complicado, é um meio pequeno e as pessoas também não entendem o lado de ninguém, não entendem se a pessoa precisa ou se não precisa, não entendem a minha posição, ninguém se põe na minha pele” E4.*

*“ (...) há muita crítica, as pessoas criticam quando não são os filhos a cuidar, até criticam quando pensam que não são bem cuidados, ouve-se sempre críticas. Eu acho que os filhos têm obrigação de cuidar, se não for os filhos, que sejam as mulheres deles” E8.*

“ (...) acho que se critica muito quando não são os filhos a cuidar dos pais. Eu, um dia, também espero ser cuidada pelos meus” E11.

“ (...) eu acho que se critica muito quando não são os filhos a cuidar, mesmo estas filhas que não cuidam da mãe são muito criticadas aqui na aldeia, falam muito delas, porque no fundo elas têm obrigação, quem tem obrigação são as filhas e não as noras” E5.

“ (...) acho que se critica muito quando não é os familiares a cuidar, diz-se sempre que os filhos é quem têm obrigação, e eu também acho que é os filhos e o marido ou esposa que têm obrigação” E12.

“ (...) as pessoas mais antiquadas criticam ainda muito quando não são os filhos a cuidar. Ainda há uma visão muito negativa dos Lares e da obrigação dos filhos em cuidar. Em França, já há muito tempo que não é assim. Se calhar, eu tive esse choque lá e, depois, percebi que a vida nem sempre permite que sejam os filhos a cuidar e que a maior parte das vezes estão muito mais bem cuidados nos Lares, as pessoas têm os seus empregos, não os podem perder, têm de arranjar quem cuide, ou leva-los ao Lar, e qual é melhor? Ter quem cuide todo o dia, ou estarem sozinhos e só à noite verem os filhos e, muitas vezes, estes já sem tempo e disposição?” E3.

Claramente, está aqui subjacente a ideia de reciprocidade e de dever em cuidar. A este propósito Riospabé (1996 *cit. in* Portugal, 2007) distingue dois significados da obrigação familiar de cuidar. No sentido jurídico e técnico, a obrigação define uma relação legal entre duas pessoas, em virtude da qual uma pessoa pode exigir algo da outra. Para além do desse sentido restrito, há obrigação no sentido “lato. Esta consiste na obrigação moral que resulta de um compromisso, que não é *obrigatório*, no sentido jurídico do termo, dado que não está sujeito a sanções deste tipo, mas que funciona como um imperativo.

No entanto, 4 dos nossos entrevistados também alegam que a sociedade tem falta de informação e, por isso, criticam quando não são os familiares directos a cuidar:

*“ (...) nem imagino isso, nem imagino o que sealaria por aí, se fosse alguém de fora a cuidar do meu marido, era um falatório” E1.*

*“ (...) por vezes, há comentários muito negativos, porque muitos filhos não querem cuidar dos seu pais, é que é uma comodidade muito grande ter a mãe ali guardadinha no Lar e vai de férias e vai para onde lhe apetece” E7.*

*“ (...) a sociedade não imagina o que é cuidar de uma pessoa assim, não têm noção, a maioria das pessoas pensa que é fácil, mas não é” E12.*

*“ (...) acho que as pessoas não sabem o que é cuidar de alguém assim dependente, não sabem o trabalho que dá, só quem passa por elas” E14.*

1 dos nosso entrevistados refere mesmo que:

*“ (...) as pessoas de fora não sabem o que custa, não percebem a minha vida, estão sempre a convidar-me para fazer isto ou aquilo, não percebem que não posso ir e esses convites fazem-me mal, revoltam-me muito” E2.*

Denote-se que este sujeito entrevistado, também é idoso e cuida da esposa, também está semi-dependente e sempre foi um homem que viveu na diferenciação de papéis, sempre esteve habituado a sair, para a lida da lavoura, a conversa no café da aldeia com os outros homens, tudo o que sempre fez como norma. Com a alteração do estado de saúde da esposa, modificou a sua forma de viver.

### **5.2.5. Sobre a visão do cuidador**

A presente unidade de análise tem como objectivo caracterizar o bem-estar do cuidador e do idoso. Os dados sugerem-nos que os cuidadores, pelos seus discursos, não pensam que têm qualidade de vida. No entanto, quando a questão é o idoso, os discursos alteram-se.

### **5.2.5.1. Bem-estar do idoso**

#### **5.2.5.1.1. Pensar na morte**

O envelhecimento, de acordo com diferentes visões, pode também ser um fenômeno básico da vida do ser humano. Neste sentido, o modelo médico define-o como um processo básico, isto é, um fenômeno biológico inevitável e relativamente imutável (Paúl, 1997). Para Rodrigues (1998), envelhecer é um fenômeno existencial, como viver e morrer. O envelhecimento é uma lei universal por se inscrever no ciclo biológico de nascimento, crescimento e morte, o significado social da velhice é definido cultural e historicamente, de acordo com uma determinada conjuntura (Hespanha, 1993).

A dependência e a idade estão associadas à noção de morte. Dos idosos cuidados pelos nossos entrevistados, o mais novo tem 80 e o mais velho 99 anos. 5 dos nossos entrevistados afirmam que os idosos de quem cuidam pensam na morte:

*“ (...) eu acho que ela pensa na morte, quando ouve tocar o sino, está sempre a dizer que qualquer dia vai ela, ela chora muito, sofre muito, acho mesmo que ela, se pudesse escolher, morria. Quem está lúcido sofre muito mais, ela apercebe-se da doença dela (...), ela fica muito triste pelo trabalho que me dá”* E3.

*“ (...) pensa na morte, ela está sempre a dizer que está aqui a mais, que está a dar muito trabalho e que está saturada de sofrer, mas tem de ser, tem de aguentar, só vamos quando Nosso Senhor quer, ela tem muito sofrimento”* E13.

*“ (...) tem muita doença, ele tem noção de como está, do trabalho que dá, eu acho que ele pensa muito nisso, pensa na morte, por vezes encontro-o a chorar, deve pensar nisso”* E1.

Os restantes entrevistados acreditam que o idoso não pensa na morte, associando muito esse pensamento ao seu estado de dependência.

*“ (...) a minha mãe não pensa na morte, não tem noção de nada”* E4.

*“ (...) tenho a certeza que ela não pensa na morte, até acho que ela é feliz, de vez em quando, chora muito, por não conseguir andar, mas nunca por ter medo de morrer, ou por achar que a morte se aproxima” E12.*

*“ (...) a minha mãe não pensa na morte, a minha mãe não pensa em nada, mesmo quando estava boa, não pensava, achava que era muito nova para morrer, que não ia por hora” E14.*

#### **5.2.5.1.2. Aceitar ser cuidado**

Para Fernandes (2002), o comportamento dos idosos é visto como um todo, em que uma alteração no sistema biológico, um agravamento de uma deficiência sensorial ou motora, o desaparecimento de mais um ente querido da sua rede social de apoio, por exemplo, se confundem com uma disfunção do humor, apatia ou a perda de capacidades cognitivas.

Dos discursos dos nossos entrevistados também verificámos que a aceitação do acto de cuidar está directamente relacionada com o grau de dependência do idoso e com a aceitação por parte do idoso de ser cuidado (mais uma vez, aqui, o ser cuidado está directamente relacionado com o acto físico de cuidar).

*“ (...) acho que ela sabe que está muito dependente, que precisa de apoio para tudo, mas ela desistiu de viver, de lutar. Para ela, tanto faz, não se ajuda nada e não faz por isso” E2.*

*“ (...) ela deixa que lhe mexam, deixa que lhe façam tudo, não se importa” E2.*

*“ (...) os meus pais deixam que lhe façam a higiene, deixam que a gente lhe faça tudo. A minha mãe até gosta muito que a lave” E3.*

*“ (...) ela deixa que eu lhe faça a higiene, mas quando é outra pessoa é mais difícil, é muito envergonhada, está sempre a dizer para a cobrir, não quer que gente estranha lhe ponha a mão a mim deixa. E14.*

“ (...) a minha mãe está a sofrer muito, não é tanto dor física, como o meu pai, mas é dor de sentimento, os desgostos que ela já teve não foram brincadeira: primeiro trabalhou toda a vida muito para nos criar, depois, morreu-lhe um filho, não há tempo que apague a dor da morte de um filho, pouco tempo depois, a minha cunhada casou-se, e a minha mãe nunca aceitou, depois, morreu o meu filho, que ela o criou desde pequeno, agora vê o meu pai assim, é muita dor” E3.

“ (...) ele não está consciente deixa que lhe faça tudo quando ainda estava bem, era muito envergonhado, agora, é-lhe igual” E11.

#### **5.2.5.1.3. Qualidade de vida do idoso**

Sobre a qualidade de vida do idoso, 8 dos nossos entrevistados referem que os idosos têm qualidade de vida, associando-a ao acto físico de cuidar e não à noção global de qualidade de vida. Em comparação, quando questionados sobre a sua qualidade de vida, os dados são opostos, parecendo haver duas noções distintas de qualidade de vida: para o idoso dependente, a qualidade de vida está associada aos actos físicos; para o cuidador está relacionada com o bem-estar emocional, relações interpessoais, bem-estar material, desenvolvimento pessoal, bem-estar físico, autodeterminação, inclusão social, direitos. A qualidade de vida do cuidador será abordada posteriormente.

Na perspectiva de Lawton (*cit. in* Diogo 2006), a qualidade de vida na velhice depende da constante interacção de muitos elementos ao longo da vida, e, portanto, a sua avaliação envolve critérios socionormativos e intrapessoais relacionados com as ligações actuais, passadas e prospectivas entre o idoso e o ambiente.

Para Carvalho (2004), a perspectiva positiva de saúde é o eixo do moderno-quadro de Promoção da Saúde em que se pretende uma capacitação (*empowerment*) das pessoas e das populações e em que com o suporte de estruturas de apoio se pode debater melhor com as pressões do meio com vista, não só a dar mais anos à vida, mas também conferir melhor qualidade de vida ao tempo de vida.

Das principais dimensões da qualidade de vida, segundo Verdugo et al. (2001), parece-nos que os cuidados aos idosos asseguram preponderantemente o bem-estar físico dos mesmos. A dimensão física, segundo o grupo WHOQOL (2000), diz respeito à funcionalidade física e da saúde (dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, actividade da vida quotidiana, dependência de medicação ou tratamento e capacidade de trabalho).

Mas a qualidade de vida, ainda segundo Verdugo et al. (2001), está associada não só ao bem-estar físico, mas também ao bem-estar emocional, às relações interpessoais, ao bem-estar matéria, ao desenvolvimento pessoal, à autodeterminação, à inclusão social e aos direitos.

A este propósito, 6 dos nossos entrevistados referem:

*“ (...) a qualidade de vida da minha mãe diminuiu muito, aliás, não tem. Ela andava muito bem, agora, está acamada, chora muito por não poder andar, porque ela tem dias que pensa que anda e quando está mais lúcida, vê que não anda e fica muito triste, chora muito, está sempre a dizer que está num grande sofrimento, com muitas dores, tem dias que está mais calma, tem dias que está mais agitada” E9.*

*“ (...) eu acho que os meus não têm qualidade de vida, eu mete-me muita tristeza vê-los assim. Levanto-os e ficam à lareira os dois, não conversam um com o outro, estão ali, assim, a olhar para a parede, dá-me a impressão que estão no corredor da morte, estão completamente dependentes e isso é muito triste, a vida é muito triste” E3.*

*“ (...) eu acho que a minha mãe não tem qualidade de vida, não tem, estar no estado dela, sem se ajudar em nada, a precisar que lhe façam tudo, não tem qualidade de vida, o cérebro está muito cansado, está uma pessoa diferente, sem vida, sem ânimo, sem vontade de animar. A qualidade de vida da minha mãe é nula.” E4.*

Denote-se que, deste ponto de vista, os cuidadores dos idosos dependentes, também consideram os outros três domínios referidos pelo grupo WHOQOL (2000). O domínio psicológico refere-se às emoções (positivas e negativas), à auto-estima, à imagem corporal, à capacidade de pensar apreender, à espiritualidade e às crenças pessoais. De facto, os cuidadores referem que estão desanimados, tristes, em sofrimento e dependentes. O domínio social envolve as relações pessoais com a família e amigos e o suporte social que compreende o apoio que recebe a partir destas relações pessoais. O domínio ambiental refere-se à segurança física e protecção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde, participação e oportunidades de recreação e lazer, ambiente físico e transporte.

Os cuidadores não associam ter mais ou menos qualidade de vida ao facto de ter também o apoio formal. Apesar de os apoios não se substituírem um ao outro, complementam-se, para o bem-estar do idoso e do cuidador. Para Paúl (1997), o apoio informal é multifacetado devido ao tipo de pessoas envolvidas. Pelo contrário, o apoio formal opera sob um sistema de categorias explícito para avaliar as necessidades, regras formais de procedimento, especialização e coordenação formal das regras de ajuda, critérios objectivos de ajuda, padrões estabelecidos de sucesso. A combinação entre estes tipos de apoio não é tarefa fácil, seja a nível dos técnicos envolvidos no apoio formal, seja a nível dos agentes informais, mas o equilíbrio entre estas duas formas de apoio, seria desejável, em muitos casos.

Para Neri (2001), a qualidade de vida na velhice depende de elementos em interacção, produto de uma história de interacção (vai-se delineando à medida que os indivíduos e as sociedades se desenvolvem); a avaliação da qualidade de vida envolve comparação com critérios objectivos e subjectivos, associados a normas, valores sociais e individuais, sujeitos a alterações no decorrer do tempo.

#### **5.2.5.2. Bem-estar do cuidador**

Sobre o bem-estar dos cuidadores, os dados sugerem-nos que a situação de dependência dos idosos alterou completamente a sua vida. São igualmente transparentes os significados atribuídos, na sua maioria, ao sentimento de impotência e cansaço. De uma forma geral, os nossos entrevistados referem sentimentos de tristeza, prisão, revolta,

preocupação, questionando seriamente como se tornou a sua vida. Estes sentimentos referidos pelos entrevistados não estavam explicitados no guião de entrevista.

Na perspectiva de Neri (2001), a qualidade de vida pode desdobrar-se em duas condições: as condições objectivas e as condições subjectivas. As condições objectivas podem ser verificadas por observadores externos, mediante parâmetros conhecidos e replicáveis (por exemplo, as condições físicas do ambiente, lazer e educação, as características da rede informal e o apoio proporcionado por eles, competências dos indivíduos). As condições subjectivas são verificadas de maneira indirecta, com base numa relação dos indivíduos com as condições objectivas de que dispõe, com o grau em que lhes parecem satisfatórias e os seus efeitos no bem-estar individual e colectivo. Assim, a qualidade de vida é organizada por vários domínios, sendo a sua avaliação conjunta, de acordo com um sistema complexo.

Todos os nossos entrevistados referem, a este propósito:

*“ (...) olhe, cuidar dela é um bocado difícil, eu tenho uma vida muito triste, sou muito desgraçado, ninguém imagina, é difícil, porque eu sou um homem, e ela não me ajuda nada, não anda, ela ficou completamente dependente, ela, agora, já melhorou alguma coisa, mas não ajuda”* E12.

*“ (...) é uma vida muito triste, nunca pensei ter um fim de vida tão triste”* E12.

*“ (...) é difícil, porque é difícil, ainda por cima, por ser mãe, ainda é pior, sinto muita tristeza, ainda é mais difícil, custa mais ainda, nem imagina”* Mas a maior dificuldade é tirá-la e metê-la na cama e essas coisas, também custa mais um bocado quando ela está mais agitada, que não sabe onde está” E9.

*“ (...) é muito triste, antes, ficava cá tudo (...). À semana, é uma vida triste, é uma casa sem alegria, isto levou tudo um tombo, mudou muito para pior”* E2.

*“ (...) sinto uma grande tristeza, estar aqui metida sem poder ir a lado nenhum”*  
E1.

O sentimento de prisão, apesar de não ser mencionado no guião da entrevista, é mencionado com muita frequência pelos entrevistados. 13 de entre eles referem:

*“ (...) estar aqui todo o dia metida, ainda por cima, se ele não desorientasse e comesse o que a gente lhe dá, se estivesse caladinho, sossegado, ainda era uma vida, eu estava presa, mas sentia-me mais livre, o pior, é quando ele está sempre a chamar, é triste” E1.*

*“ (...) para mim, revolta-me muito, porque eu estava habituado a ir para os campos, e agora estou preso, começo a pensar em tudo o que me aconteceu. Agora, nem vontade de ir aos meus campos, não os quero ver a monte, é muito triste ter lutado uma vida inteira para agora estar aqui preso” E2.*

*“ (...) eu tenho uma vida muito presa, não posso ir a lado nenhum. Ia a Fátima todos nos anos, e agora, ao tempo que lá não vou, não posso, não a posso deixar só” E14.*

*“ (...) foi uma grande mudança na minha vida, nem imagina, eu não estava preparada e olhe que eu já tive uma outra mudança grande, quando o meu marido faleceu, mas não sei são coisas diferentes, eu habituei-me a ser muito independente e de repente estou completamente presa (...), e também é um meio pequeno, as pessoas têm os seu afazeres no campo, não têm tempo para grandes conversas, ou então as conversas também não têm a ver comigo” E7.*

*“ (...) sinto-me muito presa a ela, é uma prisão, mesmo um dia que decida casar, com quem for, tem de aceitar a minha situação, tem de aceitar a minha avó” E10.*

*“ (...) as dificuldades são muitas, não sei como fazer tudo ao mesmo tempo, a minha mãe está mesmo dependente para tudo, e eu sinto-me completamente presa, sem poder fazer nada”. E4.*

*“ (...) é complicado não ter férias, fins-de-semana, é complicado, eu estou sempre a cuidar da minha avó, não a posso deixar, de noite tenho sempre de*

*estar cá. Eu não posso sair, não posso ir a uma discoteca, sair com os amigos, não posso, pronto, é assim!” E10.*

*“ (...) a minha vida é que é muito diferente, piorou muito, eu podia ir para onde queria, ir até aos meus filhos que estão em França e nunca posso ir para lado nenhum” E11.*

*“ (...) a minha vida não é nada fácil, eu tive uma doença depressiva, aos 45 anos e nunca mais me vi libertada, andei para aí 15 anos a ir sempre para a casa de saúde para Braga e ainda por cima a cuidar da mãe, aqui metida, não é nada fácil” E13.*

*“ (...) eu tenho de viver assim, sem poder decidir nada da minha vida, tenho que viver em função dos meus pais, vivo aos bocadinhos, não saio daqui, este ano nem fui de férias, não posso ir e deixá-los sozinhos, enquanto eles estiverem assim, não vou mais, não os vou deixar, temos de ter consciência” E3.*

*“Desde que ela ficou acamada, nunca mais fui de férias. Quando os meus filhos eram pequenos, eu fazia sempre férias, depois quando eles crescerem, apareceram-me a velhota e nunca mais, acho que já me desabitei, é uma rotina grande” E6.*

Não podemos deixar de referir, neste contexto, que muitas vezes, no momento de ficar a cuidar do idoso, o cuidador não acredita que este irá viver muito mais tempo.

Foi igualmente possível constatar que os cuidadores se sentem preocupados com o estado do idoso, com as suas condições:

*“ (...) preocupa-me deixá-los quando estou nos campos, estou sempre a pensar” E4.*

*“ (...) preocupa-me muito os meus pais ficarem sozinhos” E9.*

*“ (...) eu sou uma pessoa que fico muito preocupada, tenho muita canseira, mesmo que queira vir algum sítio, não vou, ao domingo gosto de ir à minha*

*mãe, e eu vou antes de lhe dar o lanche, ou depois e tenho de vir para lhe dar a sopa” E5.*

*“ (...) preocupa-me muito os meus pais ficarem sozinhos” E9.*

*“ (...) estou no trabalho e estou a pensar se a minha prima está a cuidar bem dela, é uma preocupação constante” E10.*

*“ (...) nunca durmo uma noite inteira, estou constantemente a acordar. Ainda a noite de antes ontem para ontem, pensei que ele que morria (...), aquilo preocupa-me muito, ele sempre com os olhos fechados, mesmo para lhe meter de comer, ele ferrava-me os lábios, e eu dizia para ele abrir a boca, mas credo, não abria, ele é de pouco comer, apesar de estar forte” E1.*

Muitas vezes, apesar da preocupação, existe um sentimento de desânimo, e esta resignação dos cuidadores parece resultar, em parte, de um cansaço acumulado. 11 dos nossos entrevistados referem que se sentem cansados:

*“ (...) sinto-me muito cansada, muitas coisas ao mesmo tempo” E5.*

*“ (...) se for muito mais tempo, não aguento, é um cansaço muito grande” E9.*

*“ (...) estou muito, mas mesmo muito cansada, não sei se vou aguentar” E4.*

*“ (...) uma vida assim cansa, sozinho, a cuidar dela” E2.*

*“ (...) sinto-me cansada. Eu queria que ele durasse muitos anos, mas tomara eu deitar-me descansada na minha cama e sem preocupações” E11.*

*“ (...) sinto-me muito cansado, muitas noites sem dormir, muitas noites ela a chamar por mim constantemente, às vezes, de manhã, não me apetece sair da cama, mas tenho que sair, tenho que tratar dela” E12.*

Não raras vezes, o cansaço também está relacionado com o tempo de sobrevivência do idoso, depois de ficar dependente.

*“ (...) precisava de mais apoio e sinto-me bastante cansada, nunca pensei que a minha avó durasse tanto tempo” E10.*

*“ (...) eu também tenho os meus problemas, digo-lhe com franqueza que estou cansada. Nunca pensei que a mãe aguentasse tanto” E13.*

*“ (...) precisava de ter mais apoio, sinto-me muito cansada, porque isto já vai há muito tempo e não tem melhoras” E14.*

A identidade do cuidador é desencadeada pela “actividade de cuidar”, mas transcende-se a partir do momento em que deixa de estar ligada somente ao acto de cuidar, o físico, pois no contacto com os idosos, há sentimentos que ultrapassam o acto em si, deixando o cuidador, ao longo do tempo, com uma mistura de sentimentos, complicações, angústias, medos, que o levam a pensar de uma outra forma, sem dúvida diferente, e mais complexa do que quando começa a prestar cuidados. É um trabalho contínuo e permanente e onde os sentimentos se misturam. Este processo de transformação é complexo, pois ao redefinir a sua vida pela sua nova condição de cuidador, não é apenas a sua rotina que muda, ele mesmo se transforma e constrói um novo “eu”. Tudo se altera aos poucos e os cuidadores, muitas vezes, esquecem-se deles próprios, para viver em função do idoso, as rotinas mudam, tudo tem novos contornos, o que acaba por desencadear novos sentimentos e novas expectativas em relação ao futuro (Mendes, 1997).

As dúvidas existentes por parte dos cuidadores, os frequentes sentimentos de angústia e até algumas vezes, de culpabilidade, levam os cuidadores a evitar falar sobre os seus sentimentos, os seus receios. Todos eles referem não ter qualidade de vida, independentemente de considerarem que o idoso tem qualidade de vida. Todos eles têm sentimentos de frustração, desânimo e de “tempo adormecido”, todos eles aguardam por outros tempos e por outros resultados.

*“ (...) eu não tenho qualidade de vida, não tenho mesmo, estar aqui preso, sem poder fazer nada, sem dormir a maior parte das vezes, a ter que cozinhar,*

*quando durante toda a minha vida nunca o fiz, a ter que a lavar, a ter que estar 24 horas sobre 24 horas, sem folgas, sem poder descansar um bocado, não consigo ter qualidade de vida, é impossível” E12.*

*“ (...) a minha vida não é fácil, uma doença depressiva que tive aos 45 anos e que nunca mais me libertei, mais cuidar da mãe, não é possível ter qualidade de vida” E13.*

*“ (...) eu não tenho qualidade de vida, sem poder ir a lado nenhum, sempre aqui (...) para mim é um sacrifício, não tenho boa vida” E1.*

*“ (...) eu tenho uma vida presa, sem qualidade de vida, não posso sair daqui” E14.*

*“ (...) a minha vida está muito pior, não tenho qualidade de vida, já tive, mas agora não é possível” E4.*

De qualquer forma, dos discursos dos entrevistados parece depreender-se um certo conformismo e aceitação da situação:

*“ (...) eu vivo aos bocadinhos, sem qualidade de vida, mas tem de ser assim” E3.*

*“ (...) a minha qualidade de vida diminuiu um bocadinho, não tenho, mas pronto...eu também estou bem aqui, só estou é presa, não posso ir para onde quero, estou assim um bocadinho limitada, limita um bocadinho, mas nada que não se aguenta” E7.*

*“ (...) a minha qualidade de vida diminuiu muito desde que cuido da minha sogra, não tenho qualidade de vida, às vezes desanimo muito, só me apetece desistir, mas depois, lá vem novamente a força de vontade” E5.*

Segundo Verdugo et al. (2004), existem dimensões e indicadores de qualidade de vida. Neste sentido, parece-nos que os nossos entrevistados associam à sua qualidade de vida

muito mais do que estar a cuidar fisicamente do idoso. Referem que não podem sair de casa, não têm a liberdade necessária para conviver, passar férias, não se sentem incluídos socialmente, etc. Quase todos os nossos entrevistados afirmam ter dores físicas associadas ao acto de cuidar (transferências, posicionamentos, etc.). Como estão sempre a cuidar, as suas relações interpessoais, com as redes de vizinhança e até familiares, ficam diluídas; todos eles referem que a sua vida se alterou, não tendo autodeterminação, não são autónomos, estão presos, sem poder decidir o seu dia-a-dia “vivendo aos bocadinhos”.

Seria nesta vertente que a interacção das redes formais e informais faria todo o sentido, não só para ajudar os cuidadores informais no acto físico de cuidar, mas também nas outras dimensões (psicológica, social e ambiental), referidas pelo grupo de WHOQOL (2000).

## **REFLEXÕES FINAIS**

Começámos o nosso trabalho com o pressuposto de que no actual quadro de cuidados a pessoas idosas no domicílio, o apoio formal e informal é necessário para o bem-estar do idoso. Falar de prestação de cuidados no domicílio, implica por isso, falar não apenas de cuidadores formais, mas, essencialmente, de cuidadores informais, que, diariamente, cuidam dos que lhe são próximos. Falámos essencialmente de familiares, que estão sempre presentes, que cuidam com sentimentos que vão para além do acto físico de cuidar. Para Lemos (2000), as situações de dependência, seja qual for o local onde o idoso esteja integrado, têm implicações diversas na sua vida e na vida dos cuidadores.

Neste sentido, olhar para o cuidador informal em contexto domiciliário atendendo apenas aos aspectos físicos do acto de cuidar significa negligenciar um leque de aspectos inerentes ao acto em si.

Do estudo empírico por nós desenvolvido, pensamos ser possível recortar diferentes contributos para o estudo do cuidador informal do idoso em contexto domiciliário. É desses contributos que procuraremos fazer agora uma síntese.

Embora tenhamos analisado uma pluralidade de experiências vividas por diferentes cuidadores informais (um número que, recorde-se, não pretende representar todos os cuidadores informais), é possível, em função dos resultados analisados, registar paralelismos em todos os cuidadores informais, ainda que existam, com certeza, aspectos heterogéneos.

O nosso objectivo, que consistia em demonstrar que a pessoa idosa dependente que tem o apoio formal e informal em contexto domiciliário usufrui de melhores cuidados, parece ter-se cumprido, dado que o nosso estudo revela que as famílias com apoio formal e informal têm melhor retaguarda e melhores cuidados. As pessoas reconhecem-nos nos aspectos relacionados com a ajuda na higiene pessoal do idoso, no tratamento de roupas e na alimentação. Os entrevistados referem que o apoio formal é um apoio precioso e que, muitas vezes, nem imaginavam que iriam precisar tanto. A este propósito, Finch (1989 *cit. in* Portugal, 2007) refere que os apoios formais são uma fonte importante do apoio, quer instrumental, quer afectivo. No entanto, quem tem o

apoio formal assume que seria necessário mais apoio, visto as visitas ao domicílio não serem suficientes, o que contribui para que o apoio da retaguarda familiar continue a ser preciso. Os idosos que não têm o apoio formal, ou não sentem a falta dele, ou assumem que necessitariam da sua prestação, mas, por diversos motivos, não o têm.

Em favor do nosso objectivo, encontrámos evidência de que o apoio formal ser importante, mas não preponderante, isto é, só o considera fundamental quem usufrui dele.

Parece-nos, assim, encontrar-se justificada a pertinência do nosso objectivo, ainda que não totalmente confirmado, visto que só quem tem o apoio formal é que tem noção da mais-valia que o mesmo constitui.

Em relação ao nosso objectivo de averiguar se pessoa idosa dependente que tem o apoio da rede formal e informal em contexto domiciliário usufrui de melhores cuidados; consideramos o mesmo parcialmente conseguido pela investigação empírica. Por um lado, dos discursos dos sujeitos entrevistados que têm o apoio formal podemos aferir o quanto este apoio é importante, reforçando os melhores cuidados ao idoso. Aliás, os entrevistados até assumem a necessidade de mais. Por outro lado, no respeitante aos discursos dos entrevistados que não têm o apoio formal, parece-nos que não o valorizam, de forma a considerarem que este é fundamental para a melhoria dos cuidados. Podem até considerar que o apoio formal é importante, mas como não usufruem deste, não têm noção de quanto poderia ser benéfico para o idoso e até para eles próprios.

Através dos discursos dos sujeitos entrevistados, podemos aferir que o apoio informal é o mais importante e o que está sempre presente.

Neste sentido, o objectivo de avaliar a relevância da rede informal de apoio nos cuidados ao idoso em contexto domiciliário; foi cumprido. De facto, encontramos dados relevantes que nos permitem afirmar que a rede informal tem uma enorme relevância nos cuidados ao idoso em contexto domiciliário. Os nossos entrevistados, através dos seus discursos valorizam muito o papel da família no apoio prestado ao idoso, a retaguarda presente. Não só o acto físico em si, visto que este acto, em alguns casos, é

realizado maioritariamente pelo apoio domiciliário (rede formal), mas todo o apoio de afectividade, de partilha e também do acto físico, visto que não há apoio do domicílio 24 sobre 24 horas. A família ou um familiar assume o papel principal com a maior relevância em todo o processo do acto de cuidar. No nosso estudo não restam dúvidas quanto à importância da rede de apoio informal, da família, apesar de todas as alterações mencionadas na bibliografia citada.

Para Anderson (*cit. in* Rebelo, 1996), em Portugal a família é o centro da tradição da responsabilidade colectiva pela prestação de cuidados. No entanto, através dos discursos de alguns dos nossos entrevistados, podemos aferir que, em muitos casos, há uma indisponibilidade para todos os familiares ajudarem no acto de cuidar, recaindo o papel principal de cuidador, em princípio, só numa pessoa. Os nossos entrevistados, por vezes, referem que seria desejável que todos os irmãos olhassem pelos pais, para verem como é, para sentirem a dificuldade de cuidar. Mas, quer queiramos, quer não, há sempre um cuidador principal (e foi esse mesmo que fez parte do nosso estudo). Pode haver ajudas dos outros elementos, mas a responsabilidade recai sempre mais sobre uma pessoa. A verdade é que essa pessoa é familiar, e a família é que continua a estar sempre presente.

A família é unida por laços capazes de manterem os membros moral, material e reciprocamente durante uma vida e durante gerações (Minichin, 1990). No entanto, os nossos entrevistados referem que nem sempre têm ajuda dos restantes familiares. No entanto também referem que o apoio de outros familiares, dos filhos, dos irmãos, de alguém próximo que “*vai sempre dando a mão*”.

Quando os cuidados prestados a idosos com elevada dependência só são prestados por um cuidador, torna-se complicado para quem cuida e para o idoso. (José e Wall, 2006). Brito (2002) refere que o processo de prestação de cuidados é um processo complexo e dinâmico, caracterizado por constantes variações, ao longo do tempo, das necessidades e sentimentos de quem recebe os cuidados e de quem os presta, em função da própria evolução da doença e da situação de dependência.

A ajuda na prestação de cuidados também está ligada à proximidade física: é sempre o filho, o cônjuge que vive junto, ou perto, e não os filhos que estão mais distantes que

cuidam. A este propósito, Fernandes (1997) afirma que os laços familiares serão, certamente, facilitados pela proximidade física, que viabiliza os contactos e o estabelecimento de práticas comuns quotidianas que podem fortalecer a solidariedade.

A decisão de cuidar da pessoa idosa nem sempre é partilhada pela família. A obrigação e decisão pessoal de cuidar está interligada com a noção de família tradicional, em que os familiares tinham disponibilidade e era um acto consumado cuidar dos que são próximos: Para Salvage (*cit. in* Perista, et al., 2000), a prestação dos cuidados por parte dos familiares pode ser considerada como um dever. Os nossos entrevistados, na sua grande maioria consideram que é uma obrigação cuidar, nos seus discursos está muito presente a idade da obrigação, do dever. Encontramos também evidência quanto ao facto de que cuidar da pessoa idosa, quando se é familiar, é considerado uma obrigação, ainda que nesta obrigação também estejam presentes sentimentos de afectividade.

Também nos parece que o ciclo geracional está muito presente no acto de cuidar. Apesar de não ser mencionado no guião de entrevista, podemos aferir dos discursos dos nossos entrevistados que há como que uma troca, que vai para além do tempo e do espaço. Para Portugal (2007), os cuidadores informais de idosos são um exemplo de como, na dádiva familiar, a norma da reciprocidade se estende no tempo, ao longo da história, e vai para além da troca restrita, porque cuidar dos pais na velhice não é apenas uma retribuição pelas dádivas recebidas no decorrer da vida, é também uma retribuição pelas dádivas que estes fizeram aos seus próprios pais.

No seguimento da reciprocidade dos cuidados, o acto de cuidar continua associado ao género feminino. Socialmente, as tarefas domésticas continuam associadas à mulher. No entanto, 2 dos nossos entrevistados são do género masculino e assumem que tiveram de cuidar, apesar de também considerarem que é um papel feminino, mas não tiveram a retaguarda dos filhos, para cuidar da mãe, ficaram eles a cuidar, com um grande dever devido ao longo do tempo de vida em comum.

No que concerne ao acto de cuidar e à condição económica, verifica-se que as dificuldades económicas estão directamente relacionadas com os cuidados prestados e que há uma interdependência económica entre cuidadores e idosos. Porque o dinheiro é pouco, as reformas são pequenas e o acto de cuidar requer muitos gastos.

De acordo com Silverstone (1995 *cit. in* Paúl, 1997), o carácter dos arranjos de cuidados de longo-termo aos idosos tem a ver com padrões demográficos, estruturas familiares, papéis e funções, locais de residência, estatuto socio-económico, entre outros aspectos. Neste sentido, os nossos entrevistados, independentemente da condição económica, quase todos afirmam que foram feitas melhorias nas habitações, ou adaptações ao estado de dependência do idoso, o que demonstra que a família é, sem dúvida, a primeira instituição a tentar dar resposta às dificuldades presentes resultantes da dependência nos idosos.

Além do apoio familiar, por vezes também existe apoio da rede de vizinhança. A este propósito, Paúl (1997) acrescenta que a relação com amigos e vizinhos difere da que se mantém com familiares, porque resulta de escolhas estruturadas, feitas na base de opções dentro do próprio meio social da pessoa. Dos discursos dos nossos entrevistados podemos verificar que alguns têm o apoio dos vizinhos. Nos casos em que este não existe, é mais devido à desertificação do meio rural, onde o estudo se realizou, do que à negação de auxílio.

Parece-nos, assim, encontrar-se justificada a relevância do apoio informal, de acordo com o objectivo traçado nesse sentido. Visto que é, sem dúvida, a família que está sempre presente, quer queiramos, quer não, é ela que continua a ser a base da sociedade. Aliás, apesar de todas as alterações, no meio rural, a família continua a ser vista numa perspectiva tradicional, com mais deveres e obrigações do que qualquer apoio formal ao idoso. Portugal (2007) defende que a dádiva para com os progenitores é, simultaneamente, uma dádiva económica e uma dádiva de reconhecimento. Elementos materiais, afectivos e simbólicos misturam-se num jogo complexo que, no entanto, não deixa totalmente de lado a reciprocidade.

Sobre o objectivo em que nos propomos a traçar o perfil social do cuidador informal, parece-nos que o dos nossos entrevistados não difere muito, isto é, tem muitas proximidades, talvez por estes serem todos do meio rural, com pouca escolaridade, com um nível sócio-económico não elevado, com pouca formação sobre prestação de cuidados. No entanto, em relação à idade, denota-se que o intervalo vai desde os 30 aos 83 anos, o que poderá levar à atribuição de diferentes significados aos diferentes sentimentos associados à prestação de cuidados, isto é os cuidadores mais idosos têm

um sentimento muito maior de dever e obrigação. Só a cuidadora mais nova, com 30 anos, não vê o acto de cuidar como uma obrigação, mas sim, como um sinal de afecto. Parece-nos difícil separar os diversos sentimentos que estão associados ao acto de cuidar: há obrigação, mas também há afecto, há revolta, mas também há compromisso. Tudo se mistura.

O envelhecimento é uma lei universal, por se inscrever no ciclo biológico de nascimento, crescimento e morte. O significado social da velhice é definido cultural e historicamente, de acordo com uma determinada conjuntura (Hespanha, 1993). Provavelmente, as referências que os nossos entrevistados fazem ao facto de o idoso pensar ou não na morte têm muito a ver com o significado que o cuidador dá à forma como o idoso o demonstra ou não, consoante o seu estado de dependência. Dos discursos dos nossos entrevistados, também verificámos que a aceitação do acto de cuidar está directamente relacionada com o grau de dependência do idoso e com a aceitação por parte do idoso de ser cuidado (mais uma vez, aqui, o ser cuidado está directamente relacionado com o acto físico de cuidar).

Sobre a qualidade de vida do idoso, os dados sugerem-nos que a maioria dos cuidadores considera que o idoso tem qualidade de vida, associando-a ao bem-estar físico do mesmo, resultante dos cuidados que lhe são prestados. No entanto, para Lawton (*cit. in* Diogo 2006), a qualidade de vida na velhice depende da constante interacção de muitos elementos ao longo da vida, e, portanto, a sua avaliação envolve critérios socionormativos e intrapessoais relacionados com as ligações actuais, passadas e prospectivas entre o idoso e o ambiente.

Os dados sugerem-nos que a situação de dependência dos idosos alterou completamente a vida dos cuidadores, como transparece dos discursos dos nossos entrevistados, que, de uma forma geral, referem sentimentos de tristeza, prisão, revolta, preocupação, questionando seriamente aquilo em que a sua vida se tornou. Estes sentimentos referidos pelos entrevistados não estavam explicitados no guião de entrevista.

Não podemos deixar de referir, neste contexto, que muitas vezes, no momento de ficar a cuidar do idoso, o cuidador não acredita que este irá viver muito mais tempo.

Foi igualmente possível constatar que os cuidadores se sentem preocupados com o estado do idoso, com as suas condições.

Muitas vezes, apesar da preocupação, existe um sentimento de desânimo, e esta resignação dos cuidadores parece resultar, em parte, de um cansaço acumulado. Os nossos entrevistados referem frequentemente que se sentem cansados.

A identidade do cuidador é desencadeada pela “actividade de cuidar”, mas transcende-se a partir do momento em que deixa de ser somente o acto de cuidar, o físico, pois com os idosos há sentimentos que ultrapassam o acto em si, deixando o cuidador, ao longo do tempo, com uma mistura de sentimentos, complicações, angústias, medos que o levam a pensar de uma outra forma, sem dúvida diferente, e mais complexa do que quando começam na prestação dos cuidados. É um trabalho contínuo e permanente e onde os sentimentos se misturam. Este processo de transformação é complexo, pois ao redefinir a sua vida pela sua nova condição de cuidador, não é apenas a sua rotina que muda, ele mesmo se transforma e constrói um novo “eu”. Tudo se altera aos poucos e os cuidadores, muitas vezes, esquecem-se deles próprios, para viver em função do idoso, as rotinas mudam, tudo tem novos contornos, o que acaba por desencadear novos sentimentos e novas expectativas em relação ao futuro (Mendes, 1997)

As dúvidas existentes por parte dos cuidadores, os frequentes sentimentos de angústia e, até, algumas vezes, de culpabilidade, levam os cuidadores a evitar falar sobre os seus receios. Todos eles referem não ter qualidade de vida, independentemente de considerarem que o idoso tem qualidade de vida. Todos eles têm sentimentos de frustração, desânimo e de “tempo adormecido”, todos eles aguardam por outros tempos e por outros resultados.

Não podemos esquecer o tempo que os cuidadores cuidam do idoso, em que o estado de saúde do idoso se degrada cada vez mais, levando-o a necessitar de mais cuidados. Nos nossos entrevistados, o intervalo de tempo de dependência, isto é, o menor período de cuidados referido pelos cuidadores, é desde Agosto de 2008 e o maior, de 13 anos.

O objectivo de traçar o perfil social do cuidador informal cumpriu-se: definiu-se a sua faixa etária, o género, habilitações literárias, condição económico, grau de parentesco

com o idoso, tempo de cuida do idoso. Parece-nos que, dentro do grupo dos nossos entrevistados, o perfil social está directamente relacionado com o meio onde estão inseridos.

Os cuidados prestados aos idosos no meio rural são maioritariamente prestados pelos familiares, ainda que auxiliados, algumas vezes, pelo apoio formal. Quando questionados acerca de como as pessoas na comunidade olham o acto de cuidar por parte dos familiares ou por não familiares, os nossos entrevistados referem a crítica como algo que está sempre presente. Manifesta-se aqui o controlo social no meio rural, onde toda a gente sabe o que está a acontecer, onde a crítica está sempre presente e onde ainda se vive, muito, em função do que os outros pensam.

Olhar para o acto de cuidar como um acto exclusivamente físico, significa uma simplificação do mesmo, já que seria deixar de lado outras dimensões que fazem dele um facto social. Cuidar é muito mais do que mencionar a rotina do acto de cuidar, de lavar, dar a medicação, alimentar, posicionar o idoso. A questão é muito mais profunda, é familiar, social, uma obrigação e uma eterna afectividade, e isso só se consegue com muita dedicação, muita energia e muita vontade. Todos os nossos entrevistados demonstram um enorme cansaço e um sentimento de prisão (apesar de não ser mencionado no guião), todos eles alegam o facto de se sentirem presos e com pouco apoio. Os laços informais são essenciais no suporte quotidiano da vida familiar, o que faz com que a rede tenha de ser uniforme e unida, para que o cuidador consiga aguentar a dificuldade que é cuidar.

È que, no meio rural, o indivíduo nunca funciona sozinho, o idoso tem a protecção da família e tem, em menor escala, a protecção da rede formal. O tempo é desfasado entre, por exemplo, o ritmo da Segurança Social e o que o idoso necessita. Temos, sem dúvida, dois tempos diferentes, o que faz com que tenha de ser a família a assumir tudo e a estar presente. Recordemos que a rede de cuidados informais é constituída pela família, os vizinhos e os amigos. Rodrigues (2000) aponta para o facto de, em Portugal, o modelo de Estado-providência, ter tido sempre pouca visibilidade, estruturando-se, ao invés, “formas correlativas”, características de uma sociedade-providência.

De facto, a insuficiência de resposta do Estado-providência em relação às situações de carência e de dificuldade é suprimida através das redes de solidariedade assentes no parentesco e nas relações sociais continuadas (Santos, 1990 e Hespanha, 1993 *cit. in* Nunes, 1995).

Elkain (*cit. in* Chadi, 2000) refere que o conceito de rede social pode ser definido como um grupo de indivíduos, membros de uma família, vizinhos, amigos, capazes de prestar os cuidados necessários a um indivíduo ou a uma família.

Neste sentido, consideramos que o objectivo geral do nosso estudo, que se centra em averiguar a relevância da rede formal e informal no apoio a idosos em contexto domiciliário, faz todo o sentido, visto que a conjugação das duas redes de apoio proporciona bem-estar ao idoso e melhor qualidade de vida ao cuidador informal. Sem dúvida que o apoio informal está na base, mas se se tiver a ajuda do apoio formal, uma ajuda especializada, com técnicas na prestação de serviços (no acto físico), o cuidador informal terá, no meio da dificuldade que é cuidar 24 sobre 24 horas, algum equilíbrio e algum descanso, podendo usufruir desse tempo para si próprio.

Para Paúl, (1997), o apoio informal é multifacetado, devido ao tipo de pessoas envolvidas, no que fazem e porquê, num fluir mútuo de dádiva e recepção de apoio, formando um sistema ecológico, com pessoas desempenhando um papel interrelacionado ou complementar. Pelo contrário, o apoio formal opera sob um sistema de categorias explícito para avaliar as necessidades, regras formais de procedimento, especialização e coordenação formal das regras de ajuda, critérios objectivos de ajuda, padrões estabelecidos de sucesso.

A velhice invisível vai sendo uma velhice socialmente identificada e a passagem à reforma ritualiza a entrada nesta última etapa da vida.

É óbvio que um estudo destes tem sempre as suas limitações. Um aspecto a ter em conta prende-se com o facto de termos optado por uma metodologia de carácter qualitativo. Tal facto deveu-se, fundamentalmente, ao desejo de perceber no seu íntimo o que sentem os cuidadores informais. Mas seria desejável e pertinente o cruzamento com uma metodologia quantitativa dirigida a um número significativo de idosos. Neste caso,

poder-se-ia obter um panorama da percentagem de idosos com apoio formal e informal, por exemplo, à escala distrital ou nacional.

Parece-nos também que teria sido importante entrevistar os sujeitos idosos dependentes de quem os nossos sujeitos entrevistado cuidam, mas, tendo em conta o grau elevado de dependência dos referidos idosos, pareceu-nos que não seria viável a entrevista. Muitos deles estão pouco conscientes e, por outro lado, pareceu-nos que seria de alguma forma uma invasão exagerada da privacidade do idoso.

Importa ainda sublinhar que existirão outras dimensões psicossociais envolvidas na análise dos cuidadores informais, designadamente numa perspectiva mais antropológica, no sentido de verificar as relações familiares no meio rural, a cidadania no meio rural, o lugar do idoso na comunidade, os valores, as crenças, os mitos. O tema não se esgota, como é óbvio, com a presente investigação e os resultados que a mesma possa ter alcançado. Também as dimensões analisadas foram encaradas, basicamente, numa perspectiva exploratória carecendo, por isso, de um outro aprofundamento.

Daqui resulta, em nosso entender, como pertinente, do ponto de vista científico, a realização de um novo estudo que contemple novamente os sujeitos cuidadores informais que exerçam os cuidados a familiares idosos dependentes e, por outro lado, sujeitos cuidadores formais, profissionais, que, no seu dia-a-dia profissional, exerçam a prestação de cuidados a idosos dependentes no domicílio e, ainda, os idosos dependentes que são cuidados por estes dois tipos de cuidadores, para avaliar que tipo de cuidados prestam, se há diferenças em relação aos afectos e também à instrumentalização do acto e, por fim, o que os idosos sentem.

Tal como mencionado anteriormente em relação às limitações do presente estudo, consideramos igualmente pertinente que uma nova pesquisa sobre este tema dos cuidadores de idosos dependentes em contexto domiciliário seja realizada através do cruzamento de diferentes metodologias científicas, designadamente entre metodologia quantitativa e qualitativa, o que, em nossa opinião, poderá vir a constituir um enriquecimento dos resultados empiricamente obtidos, por permitir a sua generalização.

Não gostaríamos de concluir este ponto relativo a possíveis sugestões quanto a futuras investigações sem referir que a introdução de novas variáveis de análise muito contribuiria para uma completa e mais abrangente investigação sobre os prestadores informais (como, por exemplo, o stress do prestador de cuidados, as alternativas existentes, entre outros).

Por último, gostaríamos de referir algumas sugestões para estratégias de intervenção que nos parecem pertinentes, designadamente:

- Criar uma base de dados no concelho de Vieira do Minho sobre todos os idosos dependentes, incluindo grau de dependência, cuidador (formal e informal), habitação, ajudas técnicas, condição económica, entre outros;
- Realizar sessões para os cuidadores informais sobre a prestação de cuidados, com o intuito de melhorar a sua prestação;
- Criar um grupo de cuidadores informais que pudesse funcionar como um grupo de auto-ajuda;
- Fazer um banco de ajudas técnicas: camas articuladas, colchões anti-escaras; almofada de gel; canadianas; cadeira-de-rodas, etc;
- Sensibilizar a comunidade local para a dificuldade dos cuidadores informais; havendo na comunidade agentes de mudança que poderão ajudar no acto de cuidar voluntariamente;
- Realizar um projecto na área da reabilitação aos idosos dependentes em contexto domiciliário.

Tal como refere (Nunes, 1995), A sociedade-providência pode ser encarada, como uma configuração de “redes de relações de interconhecimento”, de reconhecimento mútuo e de entreajuda, baseadas em laços de parentesco e de vizinhança, através das quais pequenos grupos sociais trocam bens e serviços.

Nos últimos anos, escreveu-se imenso sobre a dependência na velhice e sobre a necessidade de aumentar a ênfase na responsabilidade individual e familiar no apoio aos idosos, em oposição à responsabilidade do Estado. Consideramos que a dependência dos idosos não é um problema novo e que sempre houve ao longo dos tempos uma

responsabilidade por parte da comunidade pelos idosos no passado, em oposição à responsabilidade estritamente privada. Coordenar os esforços da rede social de apoio informal com o assumir de responsabilidades formais por parte de entidades oficiais que prestam ajuda, mais ou menos especializada, aos idosos, parece-nos o caminho adequado no sentido de melhorar a eficácia e qualidade dos cuidados a esta franja da população (Paúl, 1997).

É sempre difícil retirar “conclusões” de um trabalho tão preenchido com emoções e subjectividade. É sempre complicado traçar objectivos no início e chegar ao fim com os mesmos. Sem dúvida que estes idosos que vivem num estado de dependência muito elevado, “presos “ à cama e ao cuidador, acabam por nos fazer reflectir sobre o que realmente vale a pena, o que é cuidar e o que “*significa viver aos bocadinhos*”, como referia uma entrevistada. Contudo, tentámos sempre procurar a maior objectividade e é com essa mistura da objectividade, exigida num trabalho científico, com a subjectividade, inerente à condição humana, que termino, citando as palavras de um dos cuidadores entrevistados:

*“ (...) eu acho que os meus pais não têm qualidade de vida, eu mete-me muita tristeza vê-los assim. Levanto-os e ficam à lareira os dois, não conversam um com o outro, estão ali, assim, a olhar para a parede, dá-me a impressão que estão no corredor da morte, estão completamente dependentes e isso é muito triste, a vida é muito triste” E3.*

## **BIBLIOGRAFIA**

- Alarcão, M. (2002). *(des) Equilíbrios Familiares*. Coimbra: Edições Quarteto.
- Almeida, J. et al. (1994). *Exclusão Social – Factores e Tipos de Pobreza em Portugal*. Oeiras: Celta Editora.
- Almeida, M. (1995). *Senhores em si: uma interpretação antropológica da masculinidade*. Lisboa: Fim de Século.
- Almeida, M. (1999). Crenças dos Enfermeiros Acerca do Envelhecimento Humano. *Referência*, 11 (3)., pp. 7-14.
- Anderson, R. (1992). Prestação de cuidados informais. O papel da família. In: Monteiro, A. (Coord). *As pessoas idosas e a família: Solidariedade entre gerações*. Lisboa: Comissão Nacional para a Política da Terceira Idade, pp. 50-54.
- Ariés, P. e Duby, (Dir). (1991). *Histórias da Vida Privada: da Primeira Guerra Mundial aos Nosso Dias*. Porto: Edições Afrontamento.
- Aron, R. (2000). *As Etapas do Pensamento Sociológico*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Barreto, J. (1994). A saúde do idoso e os desafios das próximas décadas. In: *Envelhecer: os desafios do séc XXI*. Porto: Actas do Congresso – Semana do idoso.
- Barros, J. (2005). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso*. Lisboa: Legis editora.
- Beauvior, S. (1970). *Velhice. As relações com o mundo*. S. Paulo: Difusão Europeia do Livro, Vol. II.
- Becvar, D. e Becvar, R. (2005). *Family therapy: a systemic integration* (6th ed). Boston: Allyn e Bacon.

Berger, L. e Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas Idosas – uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.

Brito, L. (2002). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Coimbra: Quarteto Editora.

Caeiro, J. (2008). *Políticas Públicas, Política Social e Estado Providência*. Lisboa: Universidade Lusíada Editora.

Capucha, L. (1998). *Rendimento Mínimo Garantido – avaliação da fase experimental*. S/local: Centro de investigação e Estudos de Sociologia.

Cardoso, A. et al. (2008). *Envelhecer em Matosinhos – Panorama actual e Cenários de Futuro*. Matosinhos: Câmara Municipal de Matosinhos.

Carvalho, G. (2004). – A Criança e a saúde infantil. In: *A criança na sociedade contemporânea*. Lisboa: Universidade Aberta, pp. 131-168.

Casanova, L., et al. (2001). *Quadros sociais de envelhecimento*. Lisboa: CIES/SCML.

Castel, R. (1995). *As Metamorfoses da Questão Social – uma crónica do salário*. Rio de Janeiro: Editora Vozes.

Centeno, L. (2006). “Envelhecimento e Barreiras da Idade no Emprego”. *Protecção Social – Cadernos Sociedade e Trabalho, n.º7: 155-178*: Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social – Direcção-Geral de estudos: Estatísticas e Planeamento (DGEEP) /MTSS.

Chadi, M. (2000). *Redes Sociales en el Trabajo Social*. Buenos Aires: Espacio.

Chadi, M. (2003). *Introdução à Gerontologia*. Lisboa: Universidade Aberta.

Costa, A. (1998). *Exclusões Sociais*. Lisboa: Gradiva.

Costa, A. (1993). “Pobres Idosos”. *Estudos Demográficos. INE, n.º31*. Lisboa. INE. pp. 91-106.

Costa, A. et al. (2008). *Um lugar sobre a Pobreza: Vulnerabilidades e Exclusão Social no Portugal Contemporâneo*. Lisboa: Gradiva.

Costa, M. et al. (2002). Dar e Receber na Terceira Idade, In: *Projecto de Luta contra a pobreza. Viana do Castelo*. S/local: Edições Lar de Santa Teresa.

Coutinho, M. (2003), *Economia Social em Portugal – A emergência do Terceiro Sector na Política Social*. Lisboa: CPIHTS/APSS.

Darras, (1966). *Le partage des bénéfiques. Expansion et inégalités en France*. Paris: Minuit.

Diagnóstico Social (2004). *CLAS*. Vieira do Minho: Câmara Municipal de Vieira do Minho

Diogo, M. (2006). Modalidades de Assistência ao Idoso e à Família: Impacto Sobre a Qualidade de Vida. In: Freitas, E. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. pp. 1383-1387.

Dosil, J. (2004). *Psicologia de la Actividade Física y del Desporte*. Madrid: McGraw-Hill.

Duarte, Y. e Diogo, M. (2000). *Atendimento domiciliar: Um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu.

Fernandes, A. (1997). *Velhice e Sociedade: Demografia, Família, e Políticas Sociais – Itinerário de Pesquisa em torno do aumento da Esperança de Vida*. Oeiras: Celta editora.

Fernandes, P. (2002). *A depressão no idoso*. Coimbra: Quarteto Editora.

Ferrans, C. e Powers, M. (1992). Psychometric assessment of quality of life index. *Research in Nursing & Health*, 1 (5), pp. 29-38.

Figueiredo, D. (2004). Cuidados familiares: cuidar e ser cuidado. In: Sousa, F., Figueiredo, D. e Cerqueira, M. (Ed). *Envelhecer em família: os cuidados familiares na velhice*. Porto: Âmbar, pp. 59-94.

Fishman, H. (1999). *Tratando adolescentes com problemas: uma abordagem de terapia familiar*. Porto Alegre: Artes médicas.

Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.

Guerra, I., Chitas, H. (1998). *Programas de Inserção: reflexões metodológicas*. Lisboa Comissão Nacional do Rendimento Mínimo.

Giddens, A. (2002). *Sociologia*. 3.<sup>a</sup> edição. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Gil, A. (1999). Redes de solidariedade intergeracionais na velhice. *Cadernos de política social, n.º1*. S/local: Associação Portuguesa de Segurança Social.

Guião Técnico (1996). *Guião Técnico-Segurança Social*. Lisboa: Instituto da Segurança Social.

Hespanha, M. (1993). “A saúde e a velhice na sociedade-providência”, In *Portugal: um retrato singular*. Porto: Edições Afrontamento, pp.318-321.

Hespanha, M. (2000). “Os Direitos dos Idosos: Da Retórica à Realidade”, *Envelhecer, um Direito em Construção – Actas do Seminário*, CESIS, pp. 89-96.

Imaginário C. (2004). *O Idoso Dependente em Contexto Familiar*. Coimbra: Edição Formasau – Formação e saúde.

Instituto para o Desenvolvimento Social (1999). *Portugueses com mais de 65 anos – Breve caracterização estatística*. Lisboa: Marca D’água, designers.

- INE (1999). As Gerações mais idosos. In: *Série de Estudos n.º 83*. Lisboa, p-9.
- INE (2005). *Estatísticas Demográficas*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- INE (2006). *Anuário Estatístico da Região Norte*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- INE (2007). *O país em números: informações estatísticas 1991-2005*. Lisboa; INE/IDME – Serviço de Geoinformação.
- INE (2008). *Envelhecimento*. [em linha]. Disponível em <http://www.ine.pt/prodserv/estudos/pdf/envelhecimento.pdf>). [consultado em 15-03-08].
- Jacob, L. (2001). *Os serviços para idosos em Portugal*. [em linha]. Disponível em <http://luisjacob.planetaclix.pt/gerontologia.htm> [consultado em 05/05/2007].
- Jani-Le Bris, H. (1994). *Responsabilidade familiar pelos idosos dependentes nos países das comunidades europeias*. Lisboa: Conselho Económico e Social.
- José, J. e Wall, K. (2006). “Trabalhar e Cuidar de um Idoso Dependente: Problemas e soluções,”. *Protecção Social*. Lisboa: Cadernos Sociedade e Trabalho, pp. 119-154.
- Lage, I. (2005). Cuidados familiares a idosos. In: Paúl, C. e Fonseca, M. (Ed). *Envelhecer em Portugal. Psicologia, saúde e prestação de cuidados*. Lisboa: Climepsi, pp. 203-225.
- Lemos, M. (2000). *Os idosos dependentes – o caso das misericórdias das Regiões Norte e Centro*. Maia: União das Misericórdias Portuguesas.
- Lima, A. e Viegas, S. (1998). A diversidade cultural do envelhecimento: a construção social da categoria de velhice. *Psicologia*, 6. Lisboa, pp. 149-158.
- Lenoir, R. (1974). *Les Exclus, un Français sur dix*. Paris: Du Seuil.

- Lourenço, I. (2004). *A espiritualidade no processo terapêutico*. Coimbra: Quarteto.
- Machado, P. (2003). As Malhas que a (C)idade Tece: Mudança Social. In *Envelhecimento e Velhice em Meio Urbano*. Lisboa: FCSH/UNL.
- Madeira, C. (1999). *Lares para idosos*. Coimbra. Quarteto Editora.
- Marchand, A. (2005). *Psicologia do Adulto e do Idoso*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Mendes, P. (1997). Cuidadores: heróis anónimos do cotidiano. In: Karsche, U. (Coord). *Envelhecimento com dependência: Revelando cuidadores*. São Paulo, pp. 117-198.
- Ministério da Saúde (1999). *Saúde um Compromisso: A estratégia de saúde para o virar do século*. Lisboa: Ministério da Saúde
- Minuchin, S. (1979). *Familles en thérapie*. Paris: Ed. Jean Pierre Delarge.
- Mozzicafredo, J. (1997). *Estado Providência e Cidadania em Portugal*. Oeiras: Celta Editora.
- Neri, A. (2001). *Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas*. São Paulo: Papirus.
- Nolan (1996) - *Understanding family care: a multidimensional model for caring and coping*. Buckingham: Open University Press.
- Nunes, A. (2005). “Com mal ou com bem aos teus te até: As solidariedades primárias e os limites da sociedade-providência”, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, n.º42: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra – Centro de Estudos Sociais, pp. 5-25.
- OMS. (1994). *Declaração desenvolvida pelo grupo de trabalho da qualidade de vida da OMS*. Geneve: Organização Mundial de Saúde.

Osório, L. (2002). *Casais e famílias: uma visão contemporânea*. Porto Alegre. Edições ARTMED.

Parreira, A. (2006). *Gestão do Stress e da Qualidade de Vida - Um Guia para a Acção*. Lisboa: Monitor.

Paúl, M. (1997). *Lá para o fim da vida: idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Almedina.

Paúl, M. e Fonseca A. (1995). *Envelhecer Portugal: Psicologia, Saúde e prestação de cuidados*. Lisboa: Climepsi.

Pereirinha, J. (1997). A (Re) Definição dos Direitos Sociais Face à Crise do Estado – Providência e ao Fenómeno da Exclusão Social. In *Actas: Seminários – Novos desafios ao Serviço Social: Rendimento Mínimo e Inserção*. Lisboa: Instituto Superior de Serviço Social.

Perista, H. et al. (2000). “ (Re) inventar Solidariedades. O Local como Eixo Dinamizador de Apoio às Pessoas Idosas. Que Inovação Possível?”, *Prémio OISS: Los Servicios Sociales para las Personas Mayores*. Madrid: Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS), pp. 31-264.

Peterson P.(1999). *Gray Dawn: How the Coming Age Wave will Transform America and the World*. Nova Iorque: Random House.

Pimentel, L. (2005). *O lugar do idoso na família: contextos e trajectórias*. 2.<sup>a</sup> Edição. Lisboa: Quarteto Editora.

Pinto, M. (2001). *Envelhecer vivendo*. Coimbra: Quarteto.

Pré Diagnóstico Social (2004). *CLAS*. Vieira do Minho: Câmara Municipal de Vieira do Minho.

Portugal, S. (2007). “O que faz mover as redes sociais? Uma amostra das normas e dos laços”, *Revista Crítica Sociais*. Lisboa: Centro de Estudos Sociais, pp. 35-56.

Poussin, G e Martin-Lebrun, E. (1999). *Os filhos do divórcio*. Editora Terramar.

Programa Rede Social (2001). *Programa Rede Social*. Lisboa: Instituto para o Desenvolvimento Social.

Puchalski, C. (2005). “The spiritual dimension: the healing for body and mind”. In: Fernandes, J e Santos, N. (coord). *Consciências 2005*. Porto: Universidade Fernando Pessoa, pp. 173-195.

Quaresma, M. (1988). “Política de Velhice. Análises e Perspectivas”, *Psicologia*. Volume VI (2). Lisboa, pp. 227-237.

Quaresma, M. (1996). *Cuidados familiares às pessoas muito idosos*. Lisboa: Direcção da Acção Social. Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação.

Quaresma, M. (2006). “Envelhecer – Desafios e Oportunidades nas Sociedades contemporâneas”, *Viver, Vidas e Veredas da Raia*. n.º.1. Lisboa: ADRACES, pp.17-19

Rebelo, A. et al. (1996). Prestadores de Cuidados Informais a Idosos. *Geriatrics*, n.º81/Janeiro, pp. 22-28.

Relatório Demográfico, 1997.

Relvas, A. e Alarcão, M. (Coords) (2002). *Novas formas de família*. Coimbra: Quarteto Editora.

Ribeirinho, C. (2005). “*Projectos de Vida – a Vida Continua a Ter Sentido*”, *I Jornada – Para um envelhecimento activo: Descobrir novos Caminhos*, [em linha]. Disponível em <http://www.solidariedade.pt/admin/artigos/uploads/jornadas-silva-02.doc>. [consultado em 01/07/2007].

Ribeiro, J. (2005). *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto Editora.

Rodrigues, E. (2000). O Estado-Providência e os Processos de Exclusão Social: Considerações Teóricas e Estatísticas em Torno do Caso Português. In *Sociologia*. Porto: Instituto de Sociologia da Universidade do Porto.

Rodrigues, P. (1998). Aspectos físicos do envelhecimento. *Servir*. 26 (1). Lisboa, pp. 22-29.

Rosa, V. (1996). *O envelhecimento da População Portuguesa*. Cadernos do Público, n.º3.

Rosa, v. (2000). Portugal e União Europeia, do ponto de vista demográfico a partir de 1960. In *A situação social em Portugal 1960-1999 volume II*. Lisboa: Imprensa das Ciências Sociais, Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.

Ruiz, S. (2001). *Manual de Psicogeriatría Clínica*. Barcelona: Masson.

Sampaio, D e Gameiro, J. (1992). *Terapia familiar*. Porto: Edições Afrontamento.

Santana, P, et al. (2008). “Envelhecimento e Saúde em Portugal”. *PNS em Foco. Boletim Informativo n.º 2*. Lisboa: Ministério da Saúde. Alto Comissariado da Saúde. Gabinete de Informações e Prospectiva.

Saraceno, C e Naldini, M. (2003). *Sociologia da Família*. Lisboa. Editorial Estampa.

Segalen, M. (1996). *Sociologia da Família*. Lisboa: Terramar.

Silva, A. e Pinto, J. (2001) (Orgs.). *Metodologia das Ciências Sociais*. 11.ª edição. Porto: Edições Afrontamento.

Simões, A. (1990). Alguns mitos respeitantes ao idoso. Coimbra: *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 1, pp. 109-121.

Sousa, B. (1993). *Portugal: um retrato singular*. Porto: Edições Afrontamento.

Sousa, F. (2004). Ciclo (final) da vida familiar. In: Sousa, F., Figueiredo, D. e Cerqueira, M. (Ed). *Envelhecer em família: cuidados familiares na velhice*. Porto: Âmbar, pp. 13-51.

Sprinthall, N. e Sprinthall, R. (1993). *Psicologia educacional*. Lisboa: McGraw-Hill.

Soriano, C. (2004). *Cuidar a los que cuidam – Qué y como hacerlo*. Andalucía: Formación Alcalá.

Tolosana, A. (1981). *Perfiles simbolico-morales da cultura gallega*. 2.<sup>a</sup> edição. Madrid: Akal.

Torres, A. (1999). *Em Defesa dos direitos da família – a bioética*. Lisboa: Editora Rei dos Livros.

Veras, R. (1997). *Terceira Idade – Desafios para o terceiro milénio*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.

Verdugo M. et al. (2001). El Concepto de Calidad de Vida en los Servicios Humanos. In: Verdugo, M. et al. *Apoyos, Autodeterminación y Calidad de Vida*. Salamanca: Amarú.

Wellman, B. (1981). “Applying network analysis to the study of support”, In Gottfried, B. (Ed) *Social Networks and social Support*. Safe: Beverly Hills, pp. 171-199.

WHOQOL Group (2000) – versão em Português dos instrumentos de validação de qualidade de vida. [em linha]. Disponível em «<http://www.ufrgs.br/psiq/whoqoll/htm>» [consultado em 08/12/2008].

Xiberas, M. (1993), *As teorias da Exclusão – para uma construção do imaginário e do desvio*. Lisboa: Instituto Piaget

Zimmerman, I. (2000). *Velhice – Aspectos Biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed Editora.

**Diplomas legais**

Decreto-lei n.º 391/91 de 10 de Outubro

Despacho normativo n.º 12/98 de 05 de Março

Despacho normativo n.º 62/99 de 12 de Novembro

Decreto-lei n.º 115/2006 de 14 de Julho

II.ª Série do Diário da República n.º 138 de 18 de Junho de 1998.