

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS

*POLÍTICAS SOCIAIS, IDOSOS E FAMÍLIAS, NO
ALENTEJO*

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de
Doutor em Sociologia

Maria Laurência Grou Parreirinha Gemito

Orientador:

Professor Doutor Francisco Martins Ramos

Co-Orientador:

Professor Doutor Eduardo Figueira

Évora, Janeiro de 2011

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS

***POLÍTICAS SOCIAIS, IDOSOS E FAMÍLIAS, NO
ALENTEJO***

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de
Doutor em Sociologia

Maria Laurência Grou Parreirinha Gemito

Orientador:

Professor Doutor Francisco Martins Ramos

Co-Orientador:

Professor Doutor Eduardo Figueira

Esta tese obteve bolsa pelo PROTEC - Referência SFRH/PROTEC/50282/2009

Évora, Janeiro de 2011

“Não é verdade que as pessoas deixem de procurar realizar os seus sonhos porque envelhecem; envelhecem porque deixam de procurar realizá-los.”

Gabriel Garcia Marquez

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Francisco Martins Ramos pela sua disponibilidade, pelas suas preciosas sugestões, estímulo e interesse que manifestou ao longo da orientação desta tese, imprescindíveis para chegar até aqui.

Às famílias e aos representantes das instituições formais que se disponibilizaram para participar no estudo, pelas opiniões, vivências e experiências que comigo partilharam e pelo reconhecimento da importância de pesquisas desta natureza.

Aos meus colegas e amigos pelo apoio incondicional, por estarem sempre presentes, por acreditarem em mim, pelo afecto e amizade.

À minha família, em especial ao Quim, ao João e à Rita, pelo apoio incondicional, pela tolerância das minhas “ausências” e aceitação das privações que elas lhes causaram.

A todos os que directa ou indirectamente, contribuíram para que a realização desta tese fosse uma realidade.

Resumo

Confrontamo-nos actualmente com um acentuado envelhecimento da população mundial, ao qual Portugal não ficou alheio, sobretudo o Alentejo. A sustentabilidade dos sistemas de segurança social e da saúde e o apoio aos familiares que cuidam de idosos são questões prioritárias.

Pretende-se identificar os principais problemas com que se confrontam as famílias que cuidam de idosos e analisar a capacidade de resposta das redes formais, no Distrito de Évora.

Optou-se por uma abordagem metodológica que combina os paradigmas qualitativo e quantitativo, com recurso ao questionário no caso dos familiares cuidadores e à entrevista aos representantes das instituições formais.

A família continua a desempenhar um papel importante no suporte ao idoso, apesar das dificuldades e das respostas formais de que dispõe. Desta forma, deve privilegiar-se a prestação de cuidados no domicílio, após identificação das necessidades reais dessas famílias e idosos, com a formação adequada dos intervenientes, promovendo também um envelhecimento activo.

Social policies, elderly people and their families in Alentejo

We are, nowadays, facing a deep aging of the world population, in which Portugal is not apart, mainly the region of Alentejo. The health and social security systems sustainability, as well as the support to the families which take care to old people are a priority.

It is intended to identify the main problems of these families, and analyze the capacity to solve them, along the region, and its services.

It was chosen a methodological approach which combines qualitative and quantitative paradigms, with the help of a questioner to the caregiver families and an interview to the formal institutions representatives.

Family still has an important part on the old people support, although all the difficulties and the formal answers available. So, there must be a privilege on the services provided at home, after an observation about the real necessities, with an adequate teaching of the participants, allowing an active aging.

INDÍCE

	Fls.
INTRODUÇÃO	14
PARTE I - AS MIL E UMA FACES DO ENVELHECIMENTO	
1- VELHICE E ENVELHECIMENTO: QUESTÕES CONTEMPORÂNEAS	25
1.1- PERSPECTIVAS DEMOGRÁFICAS	25
1.2- O ENVELHECIMENTO ENQUANTO PROCESSO INDIVIDUAL	38
1.3- POLÍTICAS SOCIAIS NA VELHICE	58
2- O IDOSO EM CONTEXTO FAMILIAR	78
2.1- PROBLEMÁTICAS DO FAMILIAR CUIDADOR	99
PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO	
3- TERRITÓRIO E DEMOGRAFIA.....	128
4- PERCURSO METODOLÓGICO	136
4.1- PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	136
4.2- CONCEPTUALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS	137
4.3- GRUPO ALVO E SELECÇÃO DA UNIDADE DE ANÁLISE	140
4.4- INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS	143
4.5- PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS	154
5- APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	160
5.1- PROBLEMÁTICA DO ENVELHECIMENTO FACE AOS CONTEXTOS FAMILIARES	160
5.1.1- Caracterização Sócio-Demográfica dos Familiares Cuidadores de Idosos	160
5.1.2- O Quotidiano Familiar dos Agregados com Idosos: Problemas com que se Confrontam	170
5.1.3- Complementaridade entre Redes Formais e Informais: Capacidade de Resposta das Redes Formais Face às Necessidades das Famílias com Idosos	191
5.1.4- Expectativas Familiares: Perspectivas de Futuro, Estratégias e Conselhos	206

5.1.4.1-	Perspectivas de Futuro para os Idosos e Famílias	207
5.1.4.2-	Apoios aos Idosos e Famílias	217
5.1.4.3-	Sugestões Para as Famílias que Cuidam dos seus Familiares Idosos	225
5.2-	PERCEÇÃO DAS ENTIDADES FORMAIS DA COMUNIDADE ACERCA DOS APOIOS AOS IDOSOS E FAMÍLIAS	233
5.2.1-	Equipamentos de Apoio aos Idosos e Famílias no Concelho	235
5.2.2-	Apoios aos Idosos e Famílias Concedidos pelas Instituições	245
5.2.3-	Estratégias de Intervenção no Apoio aos Idosos e Famílias no Concelho.....	267
	CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....	294
	BIBLIOGRAFIA.....	313
	ANEXOS	
	Anexo I - Pedido de colaboração enviado às instituições	
	Anexo II - Questionário aplicado aos cuidadores informais	
	Anexo III - Guião da entrevista realizada aos representantes das instituições formais	
	Anexo IV - Grelha de análise das questões abertas do questionário	
	Anexo V - Grelha de análise das entrevistas	

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 -	Pirâmides Etárias da População, Portugal, 1960-2050.....	Fls. 34
Figura 2-	Pirâmide etária da população 2008-2060, por cenários.....	36
Figura 3 -	Localização Geográfica do Distrito de Évora	128
Figura 4 -	Pirâmide Etária - Distrito de Évora, 2001.....	131
Figura 5 -	Mapa do Distrito de Évora	143
Figura 6 -	Mapa do Distrito de Évora (2)	162

ÍNDICE DE QUADROS

	Fls.
Quadro 1 - Portugal em destaque nos <i>rankings</i> de envelhecimento a nível mundial (2007)	29
Quadro 2- Conjugação de hipóteses nos diferentes cenários	35
Quadro 3 - Programas e políticas centrais para idosos	67
Quadro 4 - Outros programas e políticas centrais relevantes	67
Quadro 5- Perspectivas das despesas sociais relacionadas com o envelhecimento em Portugal (2004-2050)	75
Quadro 6 - População residente do Distrito de Évora, por Concelho	129
Quadro 7 - Grupos funcionais e índices resumo do Distrito de Évora por Concelho	130
Quadro 8 - Famílias clássicas do Distrito de Évora, por Concelho	133
Quadro 9 - Tipo de resposta social – 2008 - Distrito de Évora	135
Quadro 10 - Variáveis Sócio-Demográficas (1)	145
Quadro 11 - Variáveis Sócio-Demográficas (2)	146
Quadro 12 - Vivência familiar dos agregados com idosos	147
Quadro 13 - Articulação entre redes formais e informais	148
Quadro 14 - Expectativas familiares	149
Quadro 15 - Idade dos inquiridos	161
Quadro 16 - Grau de parentesco com o idoso	166
Quadro 17 - Idade dos idosos	167
Quadro 18 - Há quanto tempo vive o idoso com a família	168
Quadro 19 - Com quem vivia antes o idoso	168
Quadro 20 - Grau de parentesco com os familiares por onde circula o idoso	169
Quadro 21 - De quanto em quanto tempo muda o idoso de casa	169
Quadro 22 - Principal motivo pelo qual o idoso vive com a família (Kendall's Coefficient of Concordance)	171

Quadro 23 - Principal motivo pelo qual o idoso vive com a família	172
Quadro 24 - Instituições de apoio ao idoso, no Concelho	172
Quadro 25 - Principais cuidados/ Ajudas (Kendall's Coefficient of Concordance)	173
Quadro 26 - Principais cuidados/ Ajudas	174
Quadro 27 - Principais cuidados/ Ajudas X Estado civil, Grau de parentesco, Situação profissional	175
Quadro 28 - O Idoso ajuda nas actividades familiares (Kendall's Coefficient of Concordance)	176
Quadro 29 - O Idoso ajuda nas actividades familiares	176
Quadro 30 - Aspectos positivos para o idoso (Kendall's Coefficient of Concordance)	177
Quadro 31 - Aspectos positivos para o idoso	177
Quadro 32 - Aspectos positivos para a família (Kendall's Coefficient of Concordance)	178
Quadro 33 - Aspectos positivos para a família.....	179
Quadro 34 - Principais alterações/Dificuldades quotidianas (Friedman Test)	180
Quadro 35 - Principais alterações/Dificuldades quotidianas	181
Quadro 36 - Principais alterações/Dificuldades quotidianas X Estado civil, Grau de parentesco, Situação profissional	182
Quadro 37 - Divisão das responsabilidades na prestação de cuidados ao idoso..	183
Quadro 38 - Motivo porque não divide as responsabilidades na prestação de cuidados ao idoso	183
Quadro 39 - Agravamento do estado de saúde física e agravamento do estado de saúde mental (Chi-Square)	185
Quadro 40 - Agravamento do estado de saúde física e agravamento do estado de saúde mental (Spearman's rho)	188
Quadro 41 - Instituições que lhe dão apoio (Kendall's Coefficient of Concordance)	192
Quadro 42 - Instituições que lhe dão apoio	192
Quadro 43 - Motivo porque não recebe apoio nenhum na prestação de cuidados	193

Quadro 44 - Ajudas que recebe na prestação de cuidados ao idoso (Kendall's Coefficient of Concordance)	195
Quadro 45 - Ajudas que recebe na prestação de cuidados ao idoso	195
Quadro 46 - A quem paga para a ajudar a cuidar do familiar idoso	195
Quadro 47 - Quem lhe forneceu informação acerca dos apoios	196
Quadro 48 - Ajudas /Cuidados proporcionados pelas instituições X Estado civil, Grau de parentesco, Situação profissional	198
Quadro 49 - Porque são os apoios insuficientes/desadequados	201
Quadro 50 - Qual o melhor local para o familiar idoso viver (Kendall's Coefficient of Concordance)	202
Quadro 51 - Qual o melhor local para o familiar idoso viver	202
Quadro 52 - Melhor local para o idoso viver X Estado civil, Grau de parentesco, Situação profissional	203
Quadro 53 - Grelha de análise das questões abertas (EF 33, EF 34 e EF 35)	207
Quadro 54 - Perspectivas de futuro para o idoso e família	208
Quadro 55 - Apoios aos idosos e famílias	217
Quadro 56 - Sugestões para as famílias que cuidam dos seus familiares idosos ..	225
Quadro 57 - Grelha de análise das entrevistas (instituições formais da comunidade)	234
Quadro 58 - Equipamentos de apoio a idosos e famílias, no Concelho	236
Quadro 59 - Apoios da instituição a idosos e famílias.....	246
Quadro 60 - Estratégias de intervenção no apoio a idosos e famílias no Concelho	268

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Fls.
Gráfico 1 - População Total 1950-2050	25
Gráfico 2- Envelhecimento da sociedade europeia 1950-2050	26
Gráfico 3 - Evolução da proporção da população jovem e idosa, Portugal 1960-2001	28
Gráfico 4 - Evolução da proporção da população jovem e idosa, Portugal 1960-2050	29
Gráfico 5 - Esperança média de vida à nascença (anos), Portugal, 2001-2008..	30
Gráfico 6 - Ganhos em esperança de vida à nascença (anos), NUTS II, 1991-2008	31
Gráfico 7 - Índice de Envelhecimento segundo o sexo, Portugal 1960-2001....	32
Gráfico 8 - Prestações de protecção social, Portugal, 2007	75
Gráfico 9 - Evolução das famílias segundo a sua composição Portugal (1991 e 2001)	83
Gráfico 10 - Distribuição do total de famílias clássicas sem idosos, com idosos e outros e só de idosos, Portugal, 1991 e 2001	84
Gráfico 11 - Taxa de variação do total de famílias clássicas e famílias clássicas sem idosos e só de idosos, Portugal e NUTS II, 1991-2001	84
Gráfico 12 - Evolução da população residente no Distrito de Évora 1950-2001	131
Gráfico 13 - Taxa de analfabetismo, 2001.....	132
Gráfico 14 - Residência dos inquiridos	162
Gráfico 15 - Estado civil dos inquiridos	163
Gráfico 16 - Número de elementos do agregado familiar	164
Gráfico 17 - Habilitações literárias dos inquiridos	165
Gráfico 18 - Situação profissional dos inquiridos	166
Gráfico 19 - Agravamento do estado de saúde física do cuidador	185
Gráfico 20 - Agravamento do estado de saúde mental do cuidador	186
Gráfico 21 - Quando solicitou os apoios foi atendido	200
Gráfico 22 - Como considera os apoios	200

INTRODUÇÃO

“O bom em envelhecer-mos é o facto de não perdermos todas as outras idades que já tivemos”.

Madeleine L’Engle (1918)

Esta investigação integra-se no processo para obtenção do grau de Doutor em Sociologia, pela Universidade de Évora, com especial relevo para a “Família” e “Velhice” e tem como título “Políticas Sociais, Idosos e Famílias, no Alentejo”.

Confrontamo-nos hoje com um acentuado envelhecimento da população mundial, resultado do declínio da fecundidade, desenvolvimento da tecnologia, melhoria das condições socioeconómicas e de saúde, com conseqüente melhoria da qualidade de vida, diminuição da mortalidade e aumento da esperança média de vida. Todos estes factores conjugados, aos quais não ficam alheios os movimentos migratórios, contribuíram para o aumento substancial da proporção de idosos e alteração da estrutura etária da população. O aumento da longevidade humana, é hoje uma realidade insofismável.

De facto, é hoje possível a convivência de várias gerações, *“ser pai enquanto se é filho, portanto, é uma condição que tende a durar por um período de vida muito longo e ao mesmo tempo diversificado”* (Saraceno e Naldini 2003:239). Efectivamente, as pessoas idosas têm filhos de meia-idade que por sua vez, também têm filhos adultos ou quase adultos, os quais podem já ter também filhos.

Este envelhecimento acentuado da população, não é de todo uma novidade, nem surgiu de um momento para o outro, teve maior visibilidade nas últimas décadas, facto que contribuiu para que fosse objecto de estudo de algumas ciências. Sustenta Nazareth (2009) que este fenómeno foi anunciado nos anos 60 e que viria a evoluir lentamente, até finais do séc. XX, sendo depois alvo de um processo mais acelerado. Em 1970, em Portugal, tal como na maioria dos países europeus, já eram visíveis sinais evidentes de um duplo envelhecimento demográfico, da base e do topo.

A literatura indica que os cenários convergem para uma fraca fecundidade e consequente não renovação de gerações, para as próximas dezenas de anos, daí que, esta seja uma preocupação emergente à escala mundial.

O envelhecimento pode ter um impacto negativo na vida da sociedade mas, pode também trazer novas oportunidades, daí que, seja preciso reagir e agir de forma inteligente. Podem dividir-se os países em três grupos; França, Suécia, Dinamarca e Estados Unidos que não se confrontam com grandes problemas de fertilidade e registam uma esperança de vida elevada; a Alemanha, Países Baixos, Áustria e Suíça que registam uma transição no aumento do número de nascimentos e têm de reagir com rapidez e no terceiro grupo, Itália, Espanha, Portugal e países mediterrânicos, com uma população envelhecida e uma taxa de natalidade muito reduzida. Estas diferenças indicam diferentes políticas em diferentes países (Börsch-Supan 2009).

O envelhecimento, enquanto processo individual, é contínuo, progressivo e universal no entanto, não é homogéneo pois, o mesmo é diferenciado de indivíduo para indivíduo, consequência da acção de inúmeros factores, entre os quais, os biológicos, psicológicos, sociais, familiares, profissionais e económicos. Atendendo à sua complexidade, deve ser entendido nas suas dimensões biológica, psicológica, social e cronológica. Cronologicamente, entende-se por idoso todo o indivíduo com 65 ou mais anos.

Associado ao conceito de envelhecimento e, apesar de distintos, surge o conceito de velhice que é condicionado pelos valores vigentes na sociedade e por outro lado, é definida pela entrada na reforma e consequente retirada do mundo do trabalho e da vida produtiva. Parece contraditório que as pessoas tenham hoje o privilégio de viver mais tempo e que esse tempo a mais não se consubstancie num momento privilegiado da vida, onde cada um deve ter a possibilidade de realização e satisfação pessoal.

As questões da velhice e do envelhecimento, ao longo do tempo, tiveram diferentes abordagens. Outrora, os idosos eram respeitados e assumiam um lugar de destaque e um papel privilegiado, em função da sabedoria e conhecimentos de que eram detentores, hoje essa transmissão de conhecimentos e experiência de vida não faz mais sentido, numa sociedade onde as novas tecnologias ocuparam um lugar preponderante, tornando obsoletos esses conhecimentos. Por outro lado, numa sociedade norteadada por valores onde o lucro e a produtividade são a pedra basilar, o facto de deixarem o mundo do trabalho, põe em causa a sua utilidade.

O prestígio e o respeito que as pessoas idosas gozavam nas sociedades tradicionais, não se podem atribuir apenas ao facto de serem pouco numerosas as que atingiam uma idade avançada mas, porque se enaltecia o facto de serem depositárias e transmissoras da tradição e dos poucos conhecimentos técnicos que a comunidade dispunha. Neste momento, *“o velho sábio, muitas vezes analfabeto, tornou-se uma pessoa fora da época que conta coisas que as gerações mais novas, na sua grande maioria, pensam ter pouco interesse”* (Nazareth 2009: 14).

Os idosos não são um grupo de risco, no entanto pode equacionar-se uma crescente vulnerabilidade (Paúl 2005). De facto, a grande maioria dos idosos não são doentes mas, com o passar dos anos que continuamente se vão acrescentando à vida, é provável que a autonomia dos mesmos seja, de alguma forma afectada e a necessidade de ajuda de outros, nas actividades do quotidiano, poderá ser uma realidade.

Podemos considerar dois tipos de apoio distintos destinados aos idosos, o apoio formal, prestado essencialmente pelas instituições direccionadas para a saúde e serviços sociais, sendo os mesmos públicos ou privados e o apoio informal, prestado principalmente pelos familiares, amigos ou vizinhos.

As famílias constituem-se, ainda hoje, como a principal fonte de prestação de cuidados, assegurados essencialmente pelas mulheres, apesar de predominar o mito de que os idosos são rejeitados e abandonados pelos seus familiares, especialmente pelos filhos (Connidis 2009). A prestação de cuidados informais constitui-se, até mesmo nos países com elevada implementação de um sistema formal de prestação de cuidados, como a mais relevante ajuda e assistência aos idosos, sejam autónomos ou não. O apoio informal, assume um papel extremamente importante no retardamento da institucionalização dos idosos e conseqüente afastamento do seu meio familiar (Saraceno e Naldini 2003).

Os idosos preferem, em primeira instância, a ajuda dos que lhe são familiares, ou seja, da rede informal, sendo-lhes prestados cuidados pessoais, apoio emocional e apoio social (Wacker e Roberto 2008).

No entanto, a diminuição da fecundidade, ao longo do tempo, pode contribuir para que o número de potenciais cuidadores diminua, sendo previsível que as pessoas, no futuro, trabalhem durante mais tempo, o que certamente não irá facilitar o papel da mulher, no que se relaciona com a conciliação da vida familiar e profissional. Esta

sobreposição de tarefas e responsabilidades pode conduzir à sobrecarga do cuidador, sobretudo se estas não forem divididas por outros. Um factor de mudança, na maioria dos países, tem sido a crescente integração das mulheres no mercado de trabalho, a tempo inteiro. Muitas vezes as tarefas domésticas, cuidados aos filhos e idosos não são justamente partilhadas (Torres, Mendes e Lapa 2008 e Torres 2008).

A comunidade científica tomou consciência da problemática inerente ao envelhecimento e ao apoio familiar aos idosos, sem o qual a qualidade de vida dos mesmos se pode vir a deteriorar mais rapidamente, pelo que, é urgente a implementação de intervenções efectivas e que respondam às reais necessidades dos seus actores (Sequeira 2007). Cuidar dos familiares mais velhos pode ser desgastante, até porque é previsível que com o avançar dos anos, o seu estado de saúde se possa agravar e pela diversidade de actividades desenvolvidas, que segundo Lage (2005), cobrem uma gama de necessidades inerentes à saúde e bem estar dos idosos, entre as quais, suporte psicológico, emocional, financeiro, cuidados e assistência nas actividades quotidianas.

Parece consensual que o processo de cuidar de idosos dependentes é, quase sempre, complexo e muito exigente, abarcando uma série de situações e experiências conducentes, em inúmeras situações a compromisso da saúde física e mental do cuidador informal, reflectindo-se na qualidade de vida do mesmo. De entre as consequências nefastas, a sobrecarga do papel de cuidador assume-se como conceito chave, no âmbito da literatura gerontológica e da investigação (Lage 2005). Sustenta a autora que a sobrecarga, seja ela objectiva ou subjectiva, diz respeito às consequências físicas, psicológicas e sociais intrínsecas ao acto de cuidar de outra pessoa, salientando-se as limitações de ordem pessoal, como sejam por exemplo, as restrições da vida social e de lazer, entre outras. Comparados com outras populações, os cuidadores informais de familiares idosos dependentes encontram-se menos satisfeitos e percebem a sua saúde como sendo pior (Figueiredo, Lima e Sousa 2009).

O envelhecimento demográfico, pela sua maior visibilidade e pelas consequências daí inerentes, contribuiu para o crescente aumento das preocupações acerca das políticas sociais no âmbito da velhice. Estas, devem ser pautadas pela tónica da multidisciplinaridade e devem estar especialmente atentas às necessidades sociais, decorrentes das alterações que vão surgindo na sociedade, concebendo respostas sociais consentâneas com as necessidades dos indivíduos e dos grupos. Apesar do

Estado ser o principal agente da protecção social, reparte as responsabilidades de prestação de cuidados aos idosos com a família (Carvalho s/ data).

As alterações ímpares que ocorreram ao nível da população, condicionaram de forma clara as necessidades de apoio ao nível da saúde e social. O objectivo último das políticas direccionadas para os idosos é a melhoria da qualidade de vida deste colectivo durante a velhice, por forma a que esta se consubstancie como um período de crescimento pessoal.

As principais preocupações recaem sobre os gastos públicos com pensões, os elevados rácios entre trabalhadores e não trabalhadores, os aumentos dos custos de saúde, a menor disponibilidade da família para prestar cuidados, pelo aumento do número de idosos e diminuição dos jovens (Harper 2009).

O aumento da oferta de respostas para os idosos ao longo do tempo, por parte do Estado e das instituições privadas, não substituíram as formas tradicionais de prestação de cuidados aos mais velhos. A família continua a ter um papel decisivo neste âmbito. Nos últimos anos, a prestação de cuidados no domicílio consubstanciou-se como uma prioridade das políticas de cuidados aos idosos. Estas, têm subjacente a lógica domiciliária, tendo sido entendidas como as melhores soluções para as questões inerentes aos idosos, mesmo os dependentes (Saraceno e Naldini 2003).

O grande desafio passa por desenvolver um conjunto de políticas de velhice adequadas às necessidades dos idosos, proporcionando-lhes uma vida com qualidade e que possam de alguma forma garantir a sustentabilidade do sistema de segurança social. Segundo Fernandes (2005), o envelhecimento demográfico continua a ameaçar os sistemas de pensões e as soluções actuais pouco ou nada têm contribuído para alterar este facto. A ênfase deve recair sobre a adopção de estratégias de complementaridade e respostas integradas, conciliando esforços e recorrendo à articulação entre as redes formais e informais. À medida que o nível de incapacidade aumenta, é mais necessária, ainda, a complementaridade entre cuidados formais e informais (Bonsang 2009).

De facto, o envelhecimento condiciona a estrutura económica e social do país, com o número de pensionistas a aumentar e, em contrapartida a população potencialmente activa a diminuir. A sustentabilidade do sistema de pensões é uma prioridade e uma urgência a curto e médio prazo (Nazareth 2009). Após a retirada da vida activa vivem-

se cada vez mais anos, uma velhice pensionada. Assiste-se hoje ao envelhecimento da própria população idosa.

Atendendo a esta realidade, entende Nazareth (2009), que o séc. XXI deva ser o século das diferenças no grupo dos 65 e mais anos. A sociedade precisa consciencializar-se de que existe, de facto, um aumento substancial do número de idosos, ainda na posse de todas as suas capacidades e competências.

O grande desafio do séc. XXI passará pela adaptação da sociedade à nova realidade, que segundo as previsões, veio para permanecer, desvalorizando a visão pessimista do envelhecimento e potencializando os aspectos positivos. A maioria dos adultos mais velhos, gozam de boa saúde, são activos até bastante tarde e agrada-lhes a ideia da reforma. Contudo, as mudanças de papel que acompanham a vida adulta, têm a capacidade de poder ser bastante degradantes, a não ser que haja um apoio adequado (Wacker e Roberto 2008).

Os modelos tradicionais de organização social parecem obsoletos e completamente ineficazes. O futuro não se compadece da falta de soluções adequadas. Estas, devem ser inovadoras e porque não audazes? Este é um desafio sem precedentes, aproveitar as oportunidades em detrimento dos problemas.

O cerne da questão subsiste no facto de se poder usufruir de uma vida cada vez mais longa mas, com saúde, independência, autonomia, dignidade e participação social. A resposta está na capacidade de cada um de nós em particular e da sociedade em geral para tirar proveito deste aumento considerável do tempo de vida. Esta deve ser uma questão prioritária nas agendas dos políticos.

A velhice e o envelhecimento têm estado sempre presentes, mas têm recebido pouca atenção, nomeadamente por parte dos sociólogos. O envelhecimento não tem sido uma prioridade em termos de pesquisa ou políticas sociais, até muito recentemente (Phillips, Ajrouch e Hillcoat-Nallétamby 2010).

Enquanto pessoa, inserida numa sociedade, cada vez mais envelhecida, esta problemática tem suscitado algumas preocupações, daí a necessidade e interesse em perceber quais os papéis da família e da sociedade no apoio aos idosos. Esta preocupação foi evidente aquando da realização da dissertação de Mestrado, pelo que sentiu necessidade de um maior aprofundamento destas questões.

Subsistem também um conjunto de preocupações e questões de natureza profissional, inerentes à formação de futuros profissionais de saúde, no sentido de estimular o interesse destes pelas questões do envelhecimento e da velhice. É importante que durante o seu processo de ensino-aprendizagem, eles vão construindo competências no âmbito da geriatria e da gerontologia.

Uma outra ambição é, de alguma forma, contribuir para o crescente aumento de pesquisas nesta área. Não nos podemos esquecer que a população mundial irá manter o seu processo de envelhecimento e que o número de pessoas com mais de 60 anos deve duplicar. É também consensual que Portugal não ficou alheio a esse fenómeno, predominando uma estrutura etária envelhecida. Segundo dados dos últimos Censos (INE 2001), o Alentejo é a Região mais envelhecida do país, detendo o maior índice de dependência de idosos e de envelhecimento.

Por outro lado, a tarefa de prestação de cuidados na família continua a ser essencialmente exercida pelas mulheres logo, ao papel tradicional destas, enquanto responsáveis pelos cuidados aos familiares, junta-se o trabalho remunerado e, desenvolvem ambos em tempo integral. Então, cuidar de idosos é, de facto, uma tarefa difícil, com custos emocionais, sociais e financeiros e, muitas vezes, estes prestadores de cuidados não recebem apoios externos. Mesmo nos países onde o Estado assume a responsabilidade da prestação de cuidados, a importância da família é reconhecida, desempenhando um papel de suporte ao idoso dependente. Esta questão é ainda mais preocupante devido há já previsível diminuição do número de futuros cuidadores e aumento do número dos mais idosos.

À tomada de consciência desta problemática e à necessidade de a aprofundar, impôs-se como tema: Políticas Sociais, Idosos e Famílias, no Alentejo. Os conceitos centrais, em torno dos quais se construiu o objecto teórico, foram a família, o envelhecimento individual e demográfico, a velhice, as redes familiares de apoio e as políticas de apoio à velhice.

Considerando a investigação como *“uma actividade de procura objectiva de conhecimentos sobre questões factuais”* (Gauthier 2003: 18), tendo como cenário toda a problemática anteriormente exposta, pareceu apropriado, para satisfazer a curiosidade do investigador, colocar algumas questões de partida:

- Como se processa a vivência familiar dos agregados com idosos no seu seio?
- Quais os problemas com que se confrontam as famílias que cuidam dos seus familiares idosos?
- Qual a expectativa destas famílias face aos apoios externos?
- Qual a capacidade de resposta das redes formais, face às necessidades das famílias que cuidam de idosos?

Apesar de ser actualmente reconhecida a importância dos cuidadores informais na prestação de cuidados a longo prazo, aos idosos, parece que os políticos, investigadores e profissionais, têm investido pouco na avaliação sistemática das necessidades destes cuidadores (Figueiredo 2007).

Tendo subjacentes a problemática e questões anteriormente delineadas, a sua pertinência e actualidade, foram definidos os seguintes objectivos:

Objectivo geral: Caracterizar a problemática do envelhecimento face aos contextos familiares, no Alentejo (Distrito de Évora)

Objectivos específicos:

- Identificar os problemas com que se confrontam as famílias com idosos;
- Analisar a capacidade de resposta das redes formais face às necessidades das famílias com idosos;
- Apresentar propostas de intervenção, por forma a promover a articulação entre redes formais e informais.

Os problemas inerentes à prestação de cuidados aos mais velhos, podem surgir aos mais variados níveis, consequência das dificuldades que surgem ao nível da organização e gestão do dia-a-dia da família, comprometendo por vezes as relações familiares, a vida social e laboral, potenciando dificuldades financeiras, acrescendo em algumas situações comprometimento físico e mental dos cuidadores. Nesta lógica, parece pertinente e indiscutível a necessidade de identificação dos problemas com que se confrontam as famílias com idosos.

Nesta sequência de ideias, a assunção destas responsabilidades pode efectivamente acarretar constrangimentos, afectando cada um de forma particular, condicionando esse apoio familiar em consequência da desadequação e escassez de respostas e recursos formais na comunidade, facilitadores dessa função. É necessário conhecer o

impacto das respostas da comunidade e a sua adequação às necessidades reais do cuidador. De facto, é crucial a complementaridade entre redes de suporte informais, em que se inclui a família, vizinhos ou amigos e as formais, onde se podem incluir a saúde, as instituições autárquicas e de protecção social, onde se desenvolvem as diferentes respostas. No caso dos idosos destacam-se os centros de convívio, serviços de apoio domiciliário, centros de dia, centros de noite, residências e lares. Neste contexto, é necessário fazer uma análise da capacidade de resposta das redes formais às necessidades das famílias com idosos.

A tese apresenta-se esquematizada em duas partes distintas. Numa primeira parte, são tecidas algumas considerações teóricas acerca do envelhecimento demográfico e enquanto processo individual. São ainda enfatizadas as problemáticas do familiar cuidador e as políticas sociais para os idosos. Nesta etapa, foram muito importantes as leituras, para a construção do quadro teórico. Na segunda parte, apresenta-se uma breve caracterização do distrito de Évora, para conhecer alguns aspectos demográficos, tal como os recursos que pode oferecer, para apoio aos idosos e famílias. De seguida, é exposto todo o percurso metodológico que foi seguido, em função das questões de partida e dos objectivos delineados. Atendendo aos objectivos e à natureza dos factos sociais em estudo, considerou-se como mais adequado, para analisar o fenómeno, optar por uma abordagem metodológica resultante da combinação dos paradigmas qualitativo e quantitativo, optando-se pelo recurso ao inquérito enquanto técnica de recolha de dados; nomeadamente o inquérito por questionário e por entrevista. Por último, serão apresentados e analisados, por forma a permitir a apresentação de algumas propostas de intervenção. Os anexos estão contidos num CD, no final do trabalho.

Importa ainda referir algumas limitações do estudo, nomeadamente as questões financeiras e as que se prendem com o tempo, devido à dispersão geográfica. Por outro lado, a identificação dos cuidadores informais, também não foi fácil e foi muito morosa. Outra dificuldade foi conseguir a disponibilidade atempada dos representantes das instituições formais. Também a generalização dos resultados para outras Regiões não pode ser feita sem reservas e, os instrumentos de recolha de dados, não padronizados, podem levantar problemas na questão da validade e fiabilidade, mesmo que se demonstre no quadro do estudo que os mesmos são adequados; os instrumentos não foram testados em contextos diferentes. Relativamente aos estudos encontrados no âmbito desta temática, essencialmente, estão direccionados para as

problemáticas dos cuidadores familiares de idosos dependentes. Devem ainda ser consideradas a inexperiência e limitação das competências, no processo de pesquisa, usuais num candidato a Doutor.

PARTE I - AS MIL E UMA FACES DO ENVELHECIMENTO

1 - VELHICE E ENVELHECIMENTO: QUESTÕES CONTEMPORÂNEAS

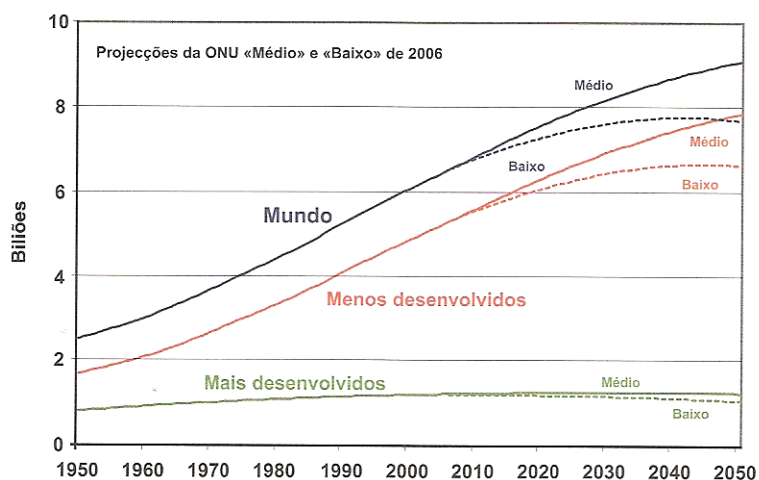
“...a velhice é apenas o último andamento da sonata do existir, que desejaríamos que fosse, sempre que possível, um allegro vivace...”

João Lobo Antunes

1.1 - PERSPECTIVAS DEMOGRÁFICAS

Tendo-se iniciado no século passado, foi efectivamente nos últimos anos que se tornou mais visível o progressivo envelhecimento da população, essencialmente nos países industrializados. A população mundial irá manter o seu processo de envelhecimento, sendo espectável que ultrapasse os 9 mil milhões de habitantes em 2050. As projecções indicam que a população mundial irá crescer cerca de 2,5 mil milhões nos próximos 43 anos passando de 6,7 mil milhões para 9,2 mil milhões em 2050 (United Nations 2007). Como se pode verificar pelo gráfico 1, as tendências da população mundial ao longo de 100 anos, entre 1950 e 2050 indicam que ocorrerá um grande aumento da população a nível mundial (Wilson 2009).

Gráfico 1
População total 1950-2050



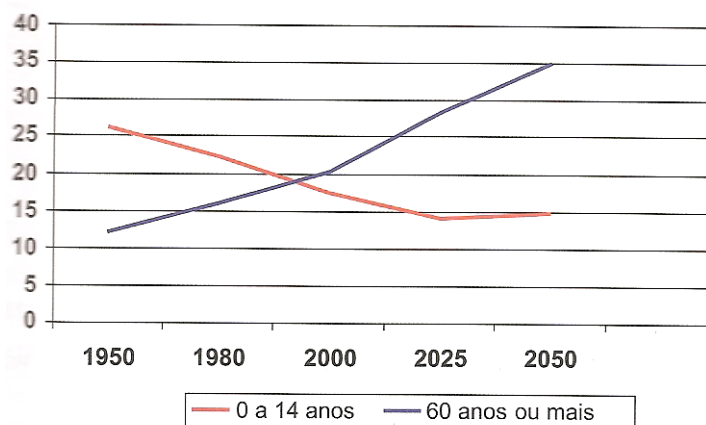
Fonte: Wilson (2009)

O declínio da fecundidade, que parece continuar a manter-se, apesar de nos países menos desenvolvidos, ainda se estar a assegurar a renovação de gerações e o aumento da longevidade, traduzem-se num acelerado envelhecimento da população mundial. Nos países desenvolvidos, o número de pessoas com mais de 60 anos deve duplicar, prevendo-se 406 milhões em 2050 (United Nations 2007).

Relativamente aos países da União Europeia (UE-25) em 2006, a proporção da população com 65 e mais anos era de 16,9% e com 80 e mais anos de 4,1%. Já as projecções para 2050 apontam para um aumento da proporção de pessoas com 65 e mais anos para 28,2% e com 80 e mais anos para 9,8%. Portugal, por sua vez, apresenta valores muito próximos, respectivamente 17,1% de idosos com 65 e mais anos e 3,9% com 80 e mais anos. As projecções para 2050 afastam-se um pouco da média europeia, respectivamente 31,9% de pessoas com 65 e mais anos e 10,7% com 80 e mais anos. Em 2006 a Alemanha e a Itália apresentavam os valores mais elevados de idosos com 65 e mais anos e com 80 e mais anos, a maior proporção pertencia à Suécia e à Itália. Já em 2050, prevê-se que a maior proporção de idosos com 65 e mais anos pertença à Espanha e à Itália e com 80 e mais anos serão a Alemanha e a Itália (Carrascosa 2008).

Neste momento, parece bastante claro que as populações estão a envelhecer, ou seja, o número de pessoas idosas é superior ao número de jovens (Hoff 2009), tal como se pode observar no gráfico 2, nas projecções para a Europa.

Gráfico 2
Envelhecimento da sociedade europeia 1950-2050



Fonte: Hoff (2009)

É então consensual que também Portugal não ficou alheio a este fenómeno, predominando uma estrutura etária envelhecida, consequência de uma diversidade de factores. Em 1970, Portugal, apesar de no contexto europeu ser um dos países mais

jovens, evidenciava sinais visíveis de um duplo envelhecimento. O declínio da fecundidade e a não renovação de gerações foi fundamental na evolução do envelhecimento demográfico, acrescido também da melhoria das condições gerais de saúde, diminuição da mortalidade e conseqüentemente aumento da esperança média de vida. De salientar também os efeitos contraditórios dos movimentos migratórios, pois uma região dominada pela imigração, ao aumentar a população activa pode temporariamente reduzir os efeitos do envelhecimento. O volume das populações europeias, no passado, era regulado pelas fomes, guerras e epidemias. Actualmente o futuro está intimamente relacionado com a atitude face à vida e com os movimentos migratórios (Nazareth 2009).

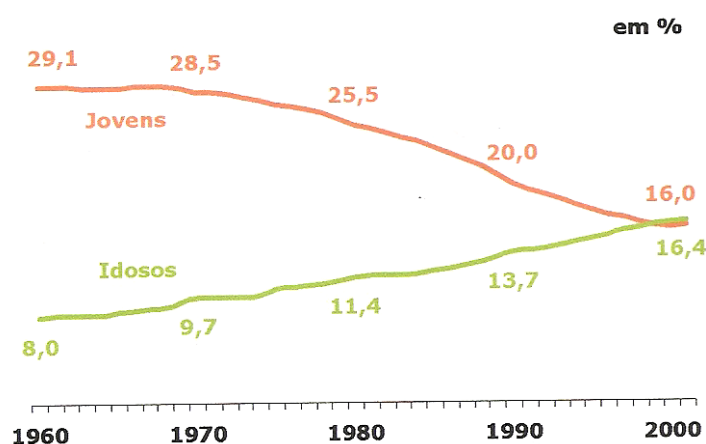
O envelhecimento demográfico caracteriza-se pelo aumento da proporção da população idosa em detrimento da população jovem e em idade activa, considerando jovens a população dos 0-14 anos, potencialmente activos dos 15-64 anos e idosos com 65 e mais anos (INE 1999). Esta questão coloca novos desafios à família, à sociedade e aos Governos, daí talvez poder ser considerado o fenómeno social mais importante do séc. XX, não se vislumbrando ainda o seu término, o que lhe releva actualidade e pertinência.

Atendendo à complexidade da problemática e às conseqüências directas a nível social, económico, da saúde e políticas que daí advêm, é imprescindível compreender o envelhecimento e situá-lo no actual contexto social. Estas novas realidades sócio-demográficas levantam algumas questões, inclusive, em relação à capacidade de resposta da população activa, economicamente produtiva. Se outrora as questões ligadas ao envelhecimento eram estritamente de carácter individual, tendo em conta que o envelhecimento demográfico irá manter a mesma tendência nos próximos anos e pela sua complexidade passou a ser um problema social. Nesta perspectiva, “o envelhecimento constitui hoje um fenómeno estruturante das nossas sociedades” (Moura 2006: 15).

O acréscimo da população idosa e a diminuição da população jovem alterou, sem dúvida, o equilíbrio entre as diferentes idades e gerações. Apesar de ser considerado um novo problema no funcionamento da sociedade global, o investimento na quantificação das suas conseqüências teve eco circunscrito ao mundo universitário e a alguns institutos direccionados para a acção social (Nazareth 2009).

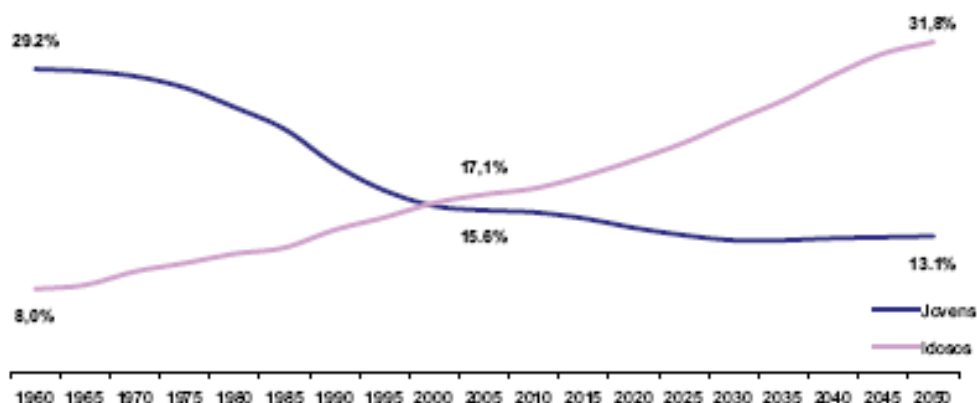
Efectivamente, o envelhecimento demográfico atingiu uma dimensão e complexidade retumbantes. Entre 1960 e 2000 a proporção de jovens na população mundial diminuiu de cerca de 37% para 30%, apontando as projecções das Nações Unidas para valores próximos dos 21% em 2050. Por sua vez, com a população idosa ocorre exactamente o contrário pois esta, no mesmo período de tempo passou de 5,3% para 6,9%, prevendo-se para 2050 valores na ordem dos 15,6%. O ritmo de crescimento da população idosa é quatro vezes superior ao da população jovem. A taxa média de crescimento anual da população idosa foi cerca de 2,2% entre 1960 e 2001, no entanto, o ritmo de crescimento foi mais elevado nos mais idosos, já que a população com 85 e mais anos apresentou uma taxa de 3,5%. Segundo o mesmo estudo, a proporção da população portuguesa idosa duplicou entre 1960 a 2001, passando de 8% a 16,4%, o que confirma o ritmo de crescimento bastante mais elevado entre os mais idosos, ou seja, assiste-se ao envelhecimento da própria população idosa, acontecendo o oposto relativamente aos jovens (INE 2002c). Gonçalves e Carrilho (2007) referem que a estrutura etária da população, em primeira instância, reage à descida dos níveis de fecundidade e posteriormente, quando estes forem suficientemente baixos, aos da mortalidade. Prevê-se que a proporção de idosos volte a duplicar nos próximos 45 anos, sendo em 2050, 32% do total da população, tal como se pode observar pelos gráficos seguintes:

Gráfico 3
Evolução da proporção da população jovem e idosa, Portugal 1960-2001



Fonte: INE (2002c)

Gráfico 4
Evolução da proporção da população jovem e idosa, Portugal 1960-2050



Fonte: Gonçalves e Carrilho (2007)

É certo que o envelhecimento demográfico não evoluiu de forma uniforme em todo o mundo. A distribuição dos idosos a nível mundial apresenta algumas desigualdades, na medida em que as projecções para 2050 demonstram que 26,1% da população dos países desenvolvidos ultrapassará os 65 anos e nos países em desenvolvimento, tal facto só acontecerá com 14,7% da população (Carrascosa 2008). Relativamente a Portugal, encontra-se em décimo lugar, em termos de país envelhecido, tal como se pode verificar pelo quadro 1.

Quadro 1
Portugal em destaque nos rankings de envelhecimento a nível mundial (2007)

País	60 ou mais anos	Ranking
Japão	27.9	1
Itália	26.4	2
Alemanha	25.3	3
Suécia	24.1	4
Grécia	23.4	5
Áustria	23.3	6
Bulgária	22.9	7
Bélgica	22.6	8
Letónia	22.8	9
Portugal	22.8	10

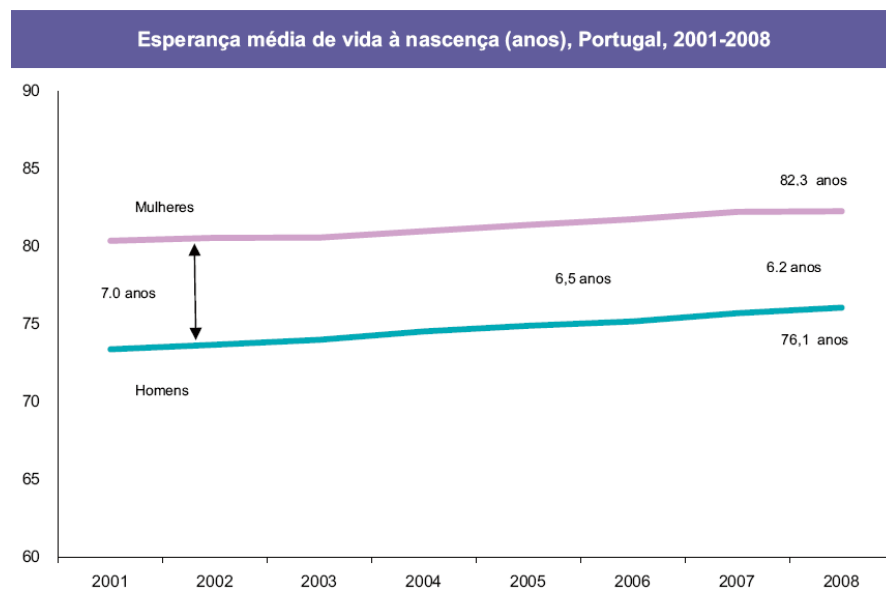
Fonte: Adaptado de Bandeira (2009)

No que concerne à esperança média de vida ao nascer, as projecções para 2050 apontam para que a nível mundial, a mesma seja de 75,4 anos, tendo sofrido um aumento de 20 anos entre 1950 e 2005, ou seja, passou de 46,4 anos para 66 anos. Relativamente à União Europeia (UE-25), também para 2050, a esperança média de vida aponta para os 83 anos, sendo o país onde se prevê uma maior esperança média

de vida a Itália (86,2 anos) e a menor a Estónia (79 anos). Para Portugal antevêm-se valores ligeiramente superiores à média europeia (83,5 anos) (Carrascosa 2008).

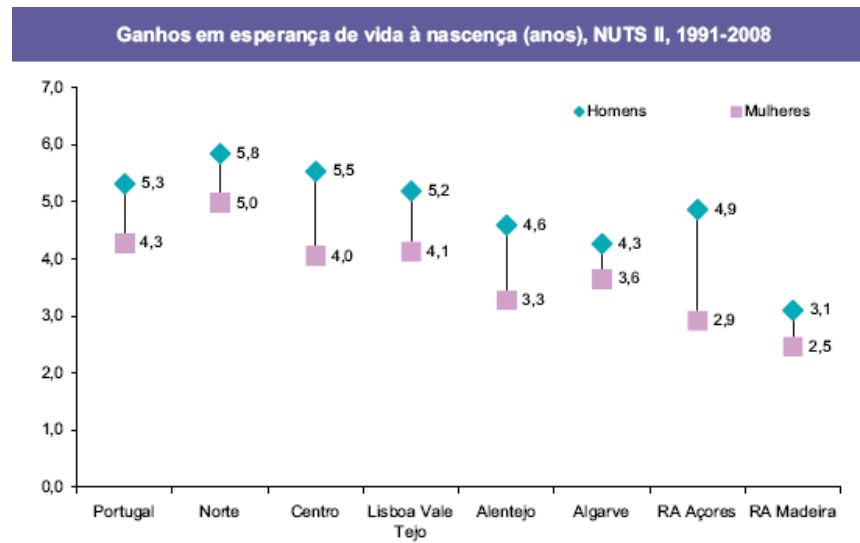
De assinalar que em Portugal, em meados da década de 90, a proporção de idosas ultrapassou a das jovens, o que não aconteceu com os jovens do sexo masculino relativamente aos idosos do mesmo sexo, pois as mulheres apresentam uma maior esperança de vida. Entre 1960 e 2001 a esperança média de vida aumentou 11 anos para os homens e 13 para as mulheres (INE 2002c). No início da década de 40 a esperança de vida era de 50 anos, independentemente do sexo, tendo atingido os 74 anos para os homens e os 80 para as mulheres em 2000/2001 (Magalhães 2002). Entre 2000 e 2008 a esperança de vida à nascença aumentou em Portugal 2,7 anos para os homens e 1,9 anos para as mulheres e situa-se, então, nos 75,7 anos para os homens e 82,2 anos para as mulheres, valores acima da média europeia que em 2007 apresentava, respectivamente 74,7 e 81,5 anos. Os valores mais elevados para os homens pertencem à Suécia - 78,8 anos - e para as mulheres ocorrem na Espanha e na França - 83,8 anos. Em Portugal, à excepção das Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira, cabem ao Alentejo os valores mais baixos e é no Centro que tanto homens, como mulheres, vivem mais tempo 76,8 e 82,5 respectivamente, tal como se pode verificar nos gráficos seguintes (Carrilho e Patrício 2009).

Gráfico 5



Fonte: Carrilho e Patrício (2009)

Gráfico 6



Fonte: Carrilho e Patrício (2009)

De facto, o aumento da longevidade da população, surge associado à tendência para a desigualdade da esperança de vida entre os sexos. Apesar das discrepâncias, ainda evidentes, nos países desenvolvidos, parece ser generalizada a tendência para a diminuição da desigualdade entre a esperança de vida feminina e masculina. Portugal, França e Espanha, são os países que apresentam maiores desigualdades a este nível (Oliveira e Mendes 2010).

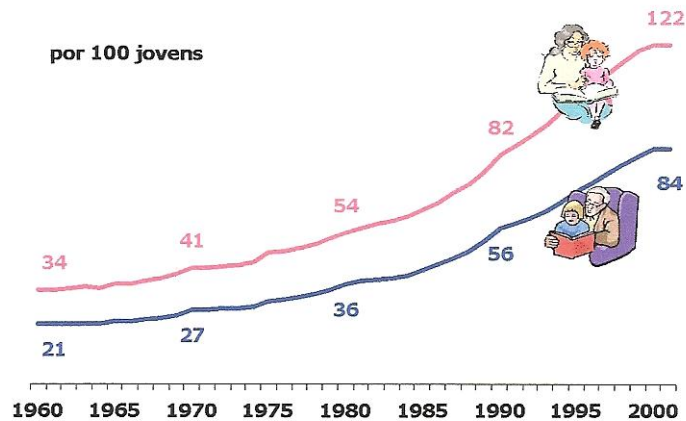
Parece consensual que o grupo dos 65 e mais anos não é homogêneo, atendendo ao aumento progressivo da esperança de vida, daí que a proposta do Gabinete de Recenseamento dos Estados Unidos da América preconize a subdivisão da população idosa em três faixas etárias; “idosos jovens” com idades entre os 65 e 74 anos; “idosos” com idades entre 75 e 84 anos e os “muito idosos” com 85 e mais anos (Rendas 2001). Por outro lado, atendendo à evolução da realidade económica e social, às mudanças culturais dos últimos anos, também as Nações Unidas, no início do século introduziram alterações nos seus sistemas de informação, nomeadamente:

- O grupo dos jovens (0-14 anos) subdivide-se em bebés (0-4 anos) e crianças (5-14 anos)
- O grupo dos potencialmente activos (15-64 anos) subdivide-se em adolescentes (15-19 anos), jovens (20-24 anos), jovens activos (25-44 anos) e velhos activos (45-65 anos)
- O grupo da terceira idade (65 e + anos) subdivide-se em reforma precoce (65-74 anos), reforma tardia (75-85 anos) e velhice (85 e + anos) (Nazareth 2009: 174). Acrescenta ainda o autor que, no actual contexto, não se podem considerar activos os adolescentes

e os jovens em fase final de formação, tal como o grupo dos 65 e mais anos não pode ser tratado como um todo.

A população portuguesa passou então de um índice de envelhecimento¹ de 27 em 1960 para um índice de envelhecimento de 103 em 2001, sendo mais notório nas mulheres. Da mesma forma, o índice de dependência de idosos² passou de 13 em 1960 para 24 em 2001, como se pode verificar, este duplicou. De referir que em 1999 o Índice de envelhecimento ultrapassou os 100 indivíduos, também aqui o fenómeno da sobremortalidade masculina é evidente (INE 2002 c), tal como mostra o gráfico seguinte:

Gráfico 7
Índice de Envelhecimento segundo o sexo, Portugal 1960-2001



Fonte: INE (2002c)

Portugal caracteriza-se por uma baixa fecundidade, em que já nesta altura não se estava a assegurar a renovação de gerações (Magalhães 2002). Cada vez se casa mais tarde, logo o nascimento do primeiro filho também ocorre mais tarde. Tal como em Portugal, em todos os outros países da Europa se constata que já não se estão a renovar gerações. A quase totalidade destes países progride de forma irreversível, já nas próximas décadas, não só para um processo de envelhecimento mas, também de não renovação de gerações, apesar dos esforços para inverter esta tendência, os ganhos foram bastante reduzidos (Nazareth 2009). Acrescenta ainda o autor que independentemente das diferenças económicas, sociais e culturais, os países europeus

¹ Relação entre a população idosa e a população jovem, quociente entre o número de pessoas com 65 e mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos.

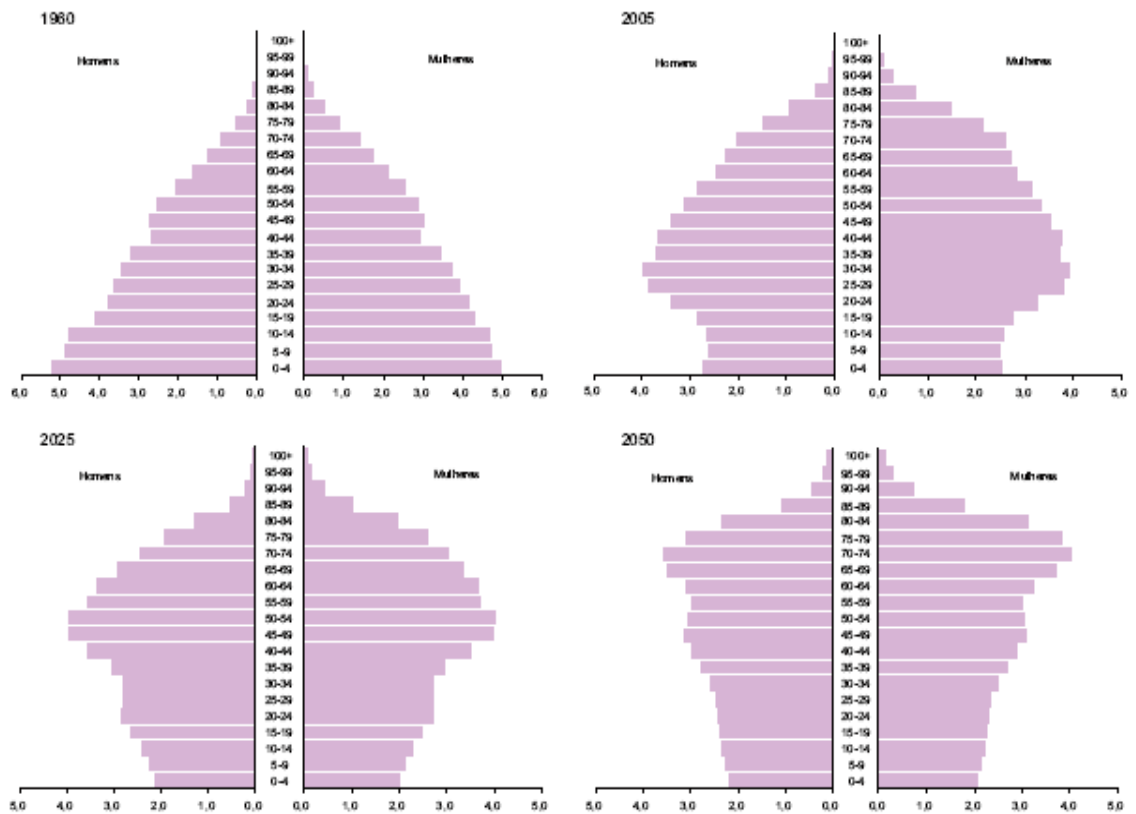
² Relação entre a população idosa e a população em idade activa, quociente entre o número de pessoas com 65 e mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos.

caminham para um modelo único de envelhecimento, com percentagens de pessoas com mais de 65 anos superiores a 30%, percentagem de jovens de cerca de 15% e índices de envelhecimento entre os 200 e os 300.

Também para Carrilho e Patrício (2008) é inquestionável que as alterações ao nível da fecundidade e da mortalidade na segunda metade do séc. XX aceleraram o processo de envelhecimento, observando-se que já não se estão a substituir gerações. Por sua vez, também a esperança de vida conheceu ganhos significativos. Apesar do crescimento contínuo da população, assistiu-se a um desacelerar do seu ritmo desde o início do séc. XXI, sendo esta evolução consequência dos fluxos de entrada no país quer dos imigrantes de nacionalidade estrangeira, quer do regresso dos portugueses.

É ponto assente que Portugal se confronta com um duplo envelhecimento da população, na base devido à diminuição dos jovens e no topo pelo aumento dos idosos. Passou-se de um modelo demográfico de fecundidade e de mortalidade elevados para um modelo em que estes dois fenómenos atingem níveis baixos, cuja consequência é o estreitamento da base da pirâmide etária. Não só há redução da população jovem, como também se observa um acréscimo da população idosa, daí o alargamento no topo da pirâmide (INE 2002c). As alterações ocorridas ao longo dos anos condicionaram a forma das pirâmides etárias, passando de uma configuração triangular, com uma base larga, sinónimo de muitos nascimentos para outra em que a base se reduziu para mais de metade (Carrilho e Gonçalves 2007). A tendência será o estreitamento da base, ou seja, o seu envelhecimento e um topo também envelhecido e alongado, consequência do aumento da longevidade, conforme se pode observar na figura seguinte:

Figura 1
Pirâmides Etárias da População, Portugal 1960-2050



Fonte: Carrilho e Gonçalves (2007)

Não se pode considerar que existam “pessoas idosas a mais” numa sociedade, o que efectivamente acontece é um aumento da importância relativa das pessoas com mais idade, pelo facto das gerações mais jovens estarem a perder importância nas sociedades modernas (Nazareth 2009). Saliente-se que também em Portugal a distribuição da população idosa não é uniforme pois, a maior importância relativa de idosos refere-se ao Alentejo (INE 2002c).

Estudos recentes (INE 2009a; INE 2010) vêm confirmar essas assimetrias. Em 2008, a Região Alentejo era a que apresentava a mais alta percentagem de idosos – 23% e as mais baixas relativamente aos jovens e potencialmente activos, respectivamente 13% e 63%. Relativamente à taxa bruta de natalidade apresentada é a segunda mais baixa de Portugal, com um valor de 8,6 por mil, contrapondo com os 9,8 por mil de Portugal, que por sua vez é mais baixa que a da União Europeia dos 27 – 10,9 por mil. Relativamente à taxa de fecundidade geral, o Alentejo detém a terceira mais baixa de Portugal, respectivamente 39,2 por mil em relação aos 40,4 por mil de Portugal. Também nesta Região o Índice Sintético de Fecundidade é o terceiro mais baixo do país, nomeadamente 1,34 próximo do valor para Portugal – 1,37. No que concerne à

taxa bruta de mortalidade, o Alentejo apresenta um valor elevado, comparado com Portugal, respectivamente 14,8 por mil e 9,8 por mil, valor sensivelmente idêntico ao da União Europeia - 9,7 por mil. No que respeita ao Índice de Envelhecimento e de Dependência de Idosos, o Alentejo detém os mais elevados do país, 173 e 36 respectivamente, por oposição aos valores para Portugal, nomeadamente 115 e 26.

As projecções permitem concluir que o Índice de Dependência de Idosos passará de 26 em 2010 para 58 idosos por cada 100 indivíduos em idade activa em 2050 e, por sua vez, o Índice de Envelhecimento passará de 115 em 2010 para 243 idosos por cada 100 jovens em 2050 (Gonçalves e Carrilho 2007).

Nas projecções para Portugal, para 2060, com base em três cenários (baixo, central e elevado), tomando o exemplo do cenário central relativamente aos Índices Demográficos, prevê-se um Índice de Envelhecimento 270,6 e um Índice de Dependência de Idosos de 58. Tendo ainda por base tais projecções a taxa bruta de natalidade será de 7,7 por mil e a taxa bruta de mortalidade de 14,8 por mil. Relativamente ao Índice Sintético de Fecundidade o valor previsto é 1,6, ou seja, este vai subir, apesar de não atingir o nível necessário para renovação de gerações. Para a União Europeia as mesmas projecções prevêem que a percentagem de jovens diminua para 14%, a de potencialmente activos passe para 56% e a de idosos aumente para 30%, com um Índice de Envelhecimento de 213 (INE 2009b).

As projecções da população residente em Portugal 2008-2060, elaborado com base em quatro cenários, baixo, central, elevado e sem migrações, considera as seguintes hipóteses que se podem observar no quadro seguinte (INE 2009b):

Quadro 2
Conjugação de hipóteses nos diferentes cenários

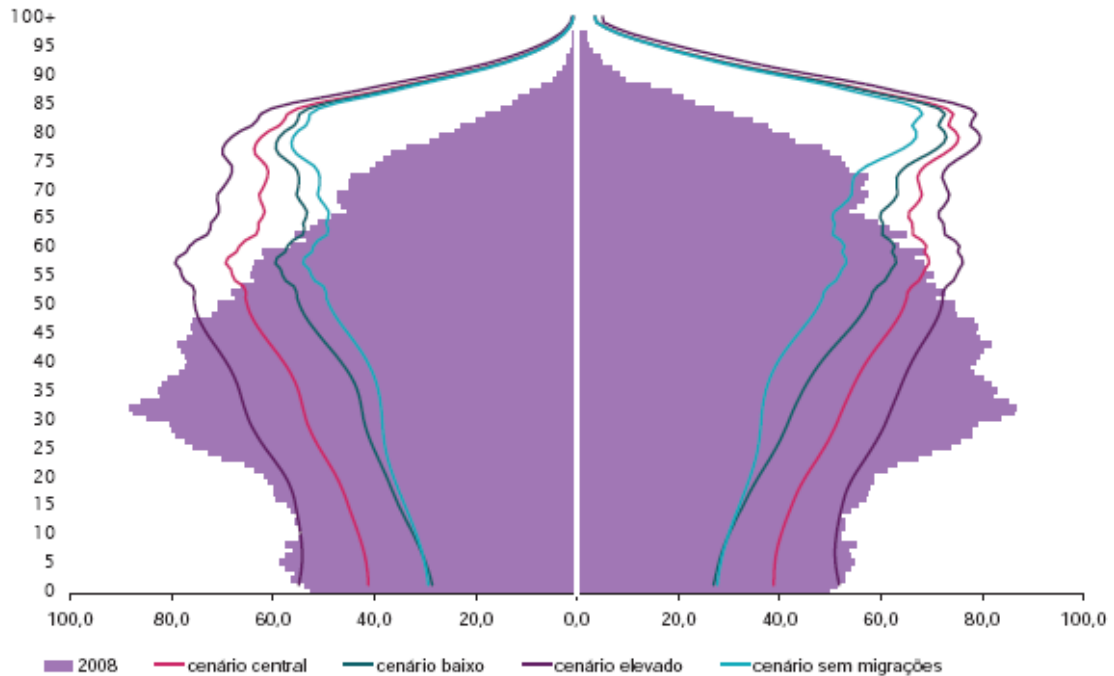
cenários / hipóteses	Índice sintético de fecundidade	Esperança média de vida à nascença	Saldo migratório
<i>Cenário baixo</i>	<i>pessimista</i>	<i>moderada</i>	<i>reduzida</i>
<i>Cenário central</i>	<i>moderada</i>	<i>moderada</i>	<i>moderada</i>
<i>Cenário elevado</i>	<i>optimista</i>	<i>optimista</i>	<i>elevada</i>
<i>Cenário sem migrações</i>	<i>moderada</i>	<i>moderada</i>	<i>sem migrações</i>

Fonte: INE (2009b)

Com base nos dados anteriores, do efeito conjugado do comportamento demográfico nas várias idades, resultam pirâmides etárias com configurações distintas, tal como se

pode observar de seguida, comparando 2008 com os vários cenários projectados para 2060:

Figura 2
Pirâmide etária da população 2008-2060, por cenários



Os grandes desafios com que a sociedade portuguesa se defronta estão relacionados com as questões do envelhecimento demográfico e da imigração para as quais urge encontrar resposta pois, as projecções disponíveis indicam uma diminuição da população e a progressão do envelhecimento, mesmo perante um possível aumento dos níveis de fecundidade e dos saldos migratórios se manterem positivos, ou seja, o envelhecimento demográfico é um fenómeno irreversível (Carrilho e Patrício 2008).

De acordo com as autoras anteriormente referidas, entre 2001 e 2008 o Alentejo foi a única Região que perdeu população (-0,46%). A taxa migratória negativa mais acentuada é-lhe atribuída (-0,17%), conjugada com os valores negativos observados nas taxas de crescimento natural (-0,66%) fundamentam a variação negativa da população mais acentuada, registada em 2008.

Em síntese, a situação demográfica de Portugal comparada com a média dos países da União Europeia (UE 27) no período entre 2000 e 2008, salienta que a taxa bruta de natalidade em Portugal foi em 2008 de 9,8 por mil, inferior ao estimado pelo Eurostat para os 27 países membros (10,9 por mil), no Alentejo por sua vez, esta taxa é mais baixa (8,6 por mil). Todas as Regiões do país apresentam a mesma tendência para

retardar a fecundidade. O Índice Sintético de Fecundidade para Portugal em 2008 foi de 1,37 inferior ao estimado para a União Europeia dos 27 (2007), nomeadamente de 1,5 crianças por mulher. A diminuição da mortalidade tornou possível o aumento da sobrevivência de um número crescente de pessoas idosas. Portugal, na segunda metade do séc. XX, estava afastado de outros países da UE sensivelmente 10 anos relativamente à esperança de vida, no entanto recuperou e em cerca de 40 anos ganhou 12,5 anos de vida nos homens e 13,7 nas mulheres, situando-se nos 75,7 anos e 82,2 anos respectivamente, valores estes, acima da média europeia em 2007 (74,7 anos para os homens e 81,5 anos para as mulheres). O ritmo de crescimento da longevidade foi mais rápido nos homens do que nas mulheres o que por consequência esbateu o fenómeno da sobremortalidade masculina. A população idosa em Portugal, em 2008 era de 17,6% sendo a média estimada para a União Europeia (UE 27) de 17,1%. Saliente-se que o crescimento mais acentuado se refere aos idosos mais velhos. Por sua vez, a taxa bruta de mortalidade em 2008 para Portugal era de 9,8 óbitos por mil habitantes, não muito longe dos valores da média europeia (UE 27) que se situava nos 9,7 óbitos por mil habitantes, sendo que relativamente a Portugal a mais elevada pertencia ao Alentejo (14,8 por mil) (Carrilho e Patrício 2009).

Efectivamente, pode concluir-se que nos últimos anos, foi considerável o incremento da população no grupo dos 65 e mais anos aliás, o grupo dos idosos mais idosos, com 85 e mais anos foi o que sofreu um aumento mais substancial. O ritmo de crescimento da população idosa é bastante superior ao dos jovens. Também a esperança de vida à nascença se ampliou, sendo ainda, apesar de tudo, mais elevada nas mulheres. Em resultado o índice de envelhecimento e de dependência de idosos também sofreram um crescimento significativo. Como tal, *“o envelhecimento demográfico é irreversível, pelo menos para as próximas dezenas de anos, mas não é necessariamente uma calamidade”* (Nazareth 2009: 21).

A grande questão, é que *“apesar do envelhecimento populacional ser uma realidade insofismável, a verdade é que as sociedades ainda não foram capazes de se adaptar aos problemas nem às oportunidades que estes ganhos na esperança de vida representam”* (Vilar 2009:12). Se envelhecer significa viver mais tempo e representa um progresso e uma conquista da Humanidade então, porque nos confrontamos constantemente com um rol de lamentações acerca do envelhecimento da população?

O processo de envelhecimento da população ocorre concomitantemente com outras modificações na sociedade, nomeadamente na forma como a velhice é vivida e no

significado que lhe é atribuído. Se por um lado, actualmente é possível a convivência de várias gerações, o número de elementos em cada geração vai sendo menor. A convivência entre pelo menos quatro gerações é hoje uma realidade, é cada vez mais comum avós, pais e netos conviverem e esta convivência ocorre cada vez durante mais tempo, “esta tendência recente para se terem muitas gerações na mesma família é acompanhada de um ‘estreitamento’ das gerações” (Hoff 2009: 246).

Até agora tentámos compreender uma das perspectivas sob a qual pode ser analisado o envelhecimento, nomeadamente o envelhecimento demográfico. Interessa agora perceber como são vividos esses anos que acresceram à existência de cada um. Ainda não foi descoberta a “fonte da juventude” logo, a única forma de viver mais anos será chegar a velho, o que não deixa de ser pragmático pois, muitas vezes o envelhecimento é visto como uma ameaça. Parece não haver dúvida de que o envelhecimento é algo inevitável o que por si só não constitui um problema, mais não é do que o resultado do que de bom se foi conquistando ao longo das últimas décadas. Então, deveria ser motivo de júbilo. A dúvida surge quando se questiona o actual sistema de valores e modelos de organização social.

É preciso vislumbrar o caminho para solucionar estas questões no mínimo paradoxais. É inquestionável o declínio biológico que o passar dos anos acarreta e todos os “danos” daí inerentes mas, esses são tão-somente, os mais visíveis, a questão do envelhecimento é bem mais complexa. De que vale viver mais anos se não forem bem vividos? O aumento da esperança média de vida só fará sentido e só poderá ser encarado como sinónimo de progresso se este acréscimo no número de anos for acompanhado de qualidade de vida. O envelhecimento deve ser encarado como um motivo de regozijo e não um problema a resolver, constitui-se como uma mudança à qual a sociedade tem de se adaptar (Wilson 2009).

1.2 - O ENVELHECIMENTO ENQUANTO PROCESSO INDIVIDUAL

O conceito de envelhecimento está intimamente ligado ao contexto sócio-cultural da sociedade em que o indivíduo está inserido, num determinado momento, na vigência de determinados valores. É portanto, um processo dinâmico e individual, moldado pelas experiências de cada um, o que o torna subjectivo, condicionado pela cultura em que a pessoa está inserida, daí que é erróneo considerar os idosos como um grupo

“homogéneo”. A forma como cada um envelhece, é ditada pelo modo como viveu os anos precedentes.

O envelhecimento é então um processo natural, pessoal, universal e inevitável para qualquer pessoa, que ocorre paulatinamente ao longo da vida do indivíduo, pautado por inúmeras alterações no quotidiano de cada um, sejam elas, biológicas, fisiológicas, psicossociais, económicas e políticas, consubstanciando-se por ser multifactorial, corolário de uma vida, entendido como *“um fenómeno patológico, associado ao desgaste do organismo e às sequelas das doenças da infância e da idade adulta”* (Berger 1995: 125).

A este propósito, Fontaine (2000) refere que quando se fala do envelhecimento, fala-se em “terceira idade” e “quarta idade”. No entanto, menciona o autor que o envelhecimento não é um estado, mas sim um processo em que ocorre uma degradação progressiva e diferencial que atinge todos os seres vivos e que culmina inevitavelmente na morte. O início deste processo, por sua vez, é difícil de datar, sendo condicionado pelo nível em que se situa, nomeadamente biológico, psicológico ou social, pela sua velocidade e gravidade, uma vez que varia substancialmente de indivíduo para indivíduo. Sendo diferente de pessoa para pessoa, as alterações que lhe estão associadas, não se instalam de forma brusca, havendo consenso que as mesmas são mais visíveis quanto mais avançada for a idade (Sequeira 2007).

Não obstante, o envelhecimento ser um processo que faz parte do curso da vida do ser humano, contemplando várias alterações biológicas, psicológicas e sociais, é no entanto, na etapa da vida designada por velhice que esse processo se acentua. Assim, *“o envelhecimento refere-se às mudanças regulares que ocorrem em organismos maduros, representativos, vivendo em condições ambientais representativas, na medida em que avançam na idade cronológica”* (Paúl 1997: 10). Esta concepção é defendida por Ermida, referindo o autor que o envelhecimento *“é um processo de diminuição orgânica e funcional, não decorrente de acidente ou doença e que acontece inevitavelmente com o passar do tempo”* (Ermida 1999: 43).

Definições desta natureza concebem o envelhecimento não como um processo caracterizado essencialmente por perdas mas, pelo contrário, *“como uma interação contínua entre fenómenos biológicos, psicológicos e sociais, que provoca alterações no organismo à medida que a idade cronológica aumenta”* (Cardão 2009: 32).

Apesar de ser apontado como um processo em que o organismo vai ficando mais fragilizado, ele é inevitável, pelo que Monteiro (2001) considera que o mesmo faz parte da vida; logo é um processo natural. Pode então considerar-se que é inerente à condição humana, sendo que as alterações da sua capacidade funcional podem ser vividas de forma variável, em resultado do contexto social e cultural que o envolve. Refere ainda o autor que cada um envelhece com o passar do seu próprio tempo, dando-lhe a perspectiva individual que também o caracteriza. Afirma-se ainda que *“a característica mais evidente do envelhecimento é a diminuição da capacidade de adaptação do organismo face às alterações do meio ambiente”* (Imaginário 2004: 41); este complexo processo composto por componentes fisiológicas, psicológicas e sociológicas, não deixa de ser programado e influenciado pelas diferenças individuais.

Deste modo, parece consensual que, efectivamente, são vários os factores que intervêm no processo de envelhecimento, da mesma forma que são diversas as consequências que dele resultam, pelo que, *“o crescimento e o envelhecimento nunca é o produto exclusivo de um único conjunto de determinantes, mas a consequência da nossa base filogenética, a nossa hereditariedade única, o meio físico e social no qual estas predisposições genéticas se exprimem e, no caso do homem, ainda o efeito do pensamento e escolha”* (Paúl 1997: 11).

Vários são os factores biológicos, psicológicos e genéticos que influenciam o decurso do processo de envelhecimento; no entanto, não se podem mitigar os factores ambientais e a sociedade em que a pessoa está inserida.

Barreto (2005) considera dois tipos de envelhecimento, o primário ou fisiológico e o secundário ou patológico. O envelhecimento primário é um processo mais ou menos semelhante em todos os indivíduos da mesma espécie, é gradual, previsível e depende essencialmente de factores genéticos, por sua vez, o envelhecimento secundário resulta de causas diversas, manifesta-se de forma diferente de indivíduo para indivíduo, em que as alterações que ocorrem ao nível do ambiente são determinantes, tornando-o desta forma imprevisível. Por sua vez, Paúl (1997) refere que há autores que dividem o envelhecimento em primário, secundário e terciário. O envelhecimento primário é aquele que se caracteriza como normal e sem doenças, o secundário em que o envelhecimento aparece relacionado com doença e o terciário refere-se a um período mais ou menos longo, já próximo da morte, em que ocorre deterioração, de aspectos considerados como não variando com a idade, para níveis anteriores de desempenho.

Paúl (1997) e Cordeiro (1999) referem que o envelhecimento pode compreender três componentes: o processo de envelhecimento biológico que advém da crescente vulnerabilidade e maior probabilidade de morrer, o qual se designa por senescência. Por sua vez, o envelhecimento social está relacionado com os papéis sociais correspondentes às expectativas da sociedade, para os idosos. O envelhecimento psicológico é determinado pela auto-regulação do indivíduo no campo de forças, tomadas de decisões e opções, adaptando-se ao processo de senescência e envelhecimento.

A definição de envelhecimento depende em grande parte do objecto de pesquisa e do objecto de interesse. Biologicamente, é um processo contínuo, em que ocorrem um conjunto de alterações no organismo, desde o nascimento até à morte. Por outro lado, sociólogos e psicólogos realçam os problemas de integração e adaptação social do indivíduo às alterações biológicas, processo de desenvolvimento social e psicológico e alterações em determinadas funções, que ocorrem durante a vida do indivíduo. Socialmente, varia de acordo com o quadro cultural e com as condições de vida e de trabalho. Diferenças a este nível levam a processos de envelhecimento distintos: intelectualmente, quando ocorrem alterações nas suas capacidades intelectuais anteriores; economicamente, quando abandona o mercado de trabalho, deixando de ser economicamente activo; funcionalmente, quando atinge algum grau de dependência na realização das actividades do quotidiano (Paschoal 1999).

Quando se questiona se esta conquista quantitativa em anos de vida está ou não associada ao aparecimento de incapacidades, os resultados apontam para diferenças substanciais entre homens e mulheres, sendo que, os primeiros, com uma menor esperança de vida à nascença, usufruem de mais tempo sem incapacidades. Outros estudos mostram que a esperança de vida sem incapacidade é ainda condicionada pelos recursos económicos e culturais, que ao distribuírem-se de forma desigual, colocam as pessoas em diferentes posições face à velhice e até mesmo à morte (Fernandes 2001). Continua a identificar-se a velhice como uma fase em que prevalece a dependência, incapacidade, fragilidade, doença e inutilidade. Também Sequeira (2007) associa o aumento da longevidade da população a uma maior prevalência de doenças crónicas e de dependência nas actividades do quotidiano.

Esta pode ser uma constatação nos idosos mais idosos; no entanto, é questionável nos idosos mais jovens, atendendo à heterogeneidade dessa faixa etária, em consequência do aumento substancial da longevidade. Não obstante, ocorrerem alterações inerentes

ao próprio processo de envelhecimento, estes indivíduos poderão ser física e psiquicamente activos, manter laços sociais e afectivos e manter-se ocupados, o que vem reforçar o seu sentimento de utilidade (Couvaneiro e Cabrera 2009).

O ritmo e efeito dessas mudanças também depende da forma como se vive essa fase da vida e do modo como a pessoa lida com o envelhecimento, condicionando a continuação da participação e inclusão na vida social, condição facilitadora do envelhecimento activo e da vivência do envelhecimento como uma experiência positiva e construtiva, tanto individualmente como para a sociedade. Envelhecer com saúde, autonomia e independência é o grande desafio que se coloca tanto ao indivíduo como à sociedade.

Quem não aspira chegar a velho, preferencialmente a gozar de boa saúde? Esta pode ser uma realidade acessível à maioria dos idosos e não uma utopia. Num estudo realizado por Sousa, Galante e Figueiredo (2003) concluiu-se, acerca da população idosa portuguesa, com 75 e mais anos, que a qualidade de vida da maioria dos idosos, sob o ponto de vista dos mesmos, pode considerar-se bastante positiva e apenas uma minoria apresentou problemas de diminuição cognitiva grave ou algum grau de dependência. O estudo mostra que muitos idosos alcançam um envelhecimento bem sucedido.

No entanto, referem Couvaneiro e Cabrera (2009), que é preciso não esquecer que o prolongamento deste vigor físico e intelectual não anulou mas, retardou o surgimento de perdas dramáticas e degradação da qualidade de vida.

Envelhecer é então um problema ou uma das maiores conquistas da humanidade? Há alguns anos, não se levantavam estas questões pois, eram raras as pessoas que ultrapassavam os 65 anos, actualmente constitui-se como o epicentro das atenções e das preocupações.

As causas do envelhecimento, apesar das questões empreendidas a este respeito, continuam um enigma. São várias as teorias explicativas do envelhecimento mas, considera Ermida (1999) que na base de todas elas persiste a tentativa de explicar a morte celular, fenómeno central de todo o envelhecimento. Este parece ser a consequência da interacção entre o genoma e os factores ambientais, em que o primeiro determina a longevidade e os segundos condicionam a forma de lá chegar. Se nenhuma teoria explica por si só o processo de envelhecimento, elas podem no entanto

complementar-se na tentativa de explicação desse processo que ocorre inexorável e progressivamente ao longo da vida do indivíduo. Sendo um processo complexo não existem teorias universais e não é previsível que se encontre uma teoria única que descreva, compreenda e explique este fenómeno. Tem sido longa a caminhada na busca de teorias explicativas do envelhecimento, na tentativa de perceber qual a razão pela qual se envelhece; não obstante, nenhuma delas consegue dar uma resposta plausível e inquestionável, “o envelhecimento é um processo cujo resultado é óbvio mas cujo mecanismo permanece desconhecido” (Paúl 1997: 10). Apesar do termo envelhecer ser hoje largamente conhecido, pelo contrário, o envelhecimento não o é. Várias são as lacunas acerca do conhecimento deste processo, não obstante terem surgido, nas últimas décadas, várias teorias (Pinto 2001).

Atendendo à multiplicidade de teorias e abordagens, as mesmas podem ser sintetizadas da seguinte forma: Teorias biológicas (consideram o envelhecimento um processo unicamente associado a mudanças físicas ou psicológicas); Teorias psicológicas (descrevem e preveem algumas das mudanças que ocorrem ao longo do tempo e com o avançar da idade no funcionamento psicológico das pessoas) e Teorias sociológicas (centram-se na explicação da relação entre o contexto sociocultural e o comportamento dos idosos) (Vallespir e Morey 2007).

Se por um lado são inúmeros os factores que interferem com o envelhecimento, o mesmo acontece em relação às consequências que dele advêm. O envelhecimento tem sem dúvida repercussões em várias esferas, principalmente da saúde, social, económica, política e cultural. No entanto, parece consensual que associado ao envelhecimento, e com o passar dos anos, é evidente uma perda progressiva da funcionalidade, conducente a uma maior susceptibilidade e incidência de doenças, apesar de velho não ser sinónimo de doente. Não encontramos nenhum dicionário que descreva a velhice ou o envelhecimento como uma doença ou enfermidade. No entanto, consequência do envelhecimento da população, resultado do aumento da esperança média de vida, é cada vez maior a fasquia dos idosos mais idosos, o que por vezes tem como resultado viver uma fase mais longa da vida, numa situação de não autonomia e dependência quotidiana, sendo que a incapacidade aumenta depois dos 75 anos (Saraceno e Naldini 2003).

O envelhecimento não deve ser considerado um problema mas sim um processo natural e inevitável; o desafio que se coloca é envelhecer com saúde, autonomia e independência durante o maior número de anos possíveis, logo, “o envelhecimento

humano pode ser definido como o processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que, iniciando-se mesmo antes do nascimento, se desenvolve ao longo da vida” (DGS 2006: 5). Ainda segundo este organismo, alcançar viver o mais tempo possível, de forma independente, no seu meio habitual de vida, deverá constituir-se como um objectivo individual de vida e uma responsabilidade colectiva para com as pessoas idosas.

Concluimos então, que envelhecimento e velhice são conceitos distintos; durante mais ou menos tempo, todos vão envelhecendo, no entanto, nem todos têm a certeza de chegar à velhice, pois esta consubstancia-se como sendo a última etapa da existência humana. Segundo Fernandes (2005), os 65 anos são o ponto de referência de entrada nesta etapa da vida que se convencionou chamar velhice, daí que velho seja aquele que atinge uma certa idade.

A velhice é então a etapa da vida entendida como o culminar do processo de envelhecimento. A este propósito, considera também Fernandes (2002) que a velhice mais não é que a última fase do ciclo de vida, concluindo um processo de envelhecimento, quer ele seja normal ou patológico. De facto, *“os estádios do ciclo de vida são tanto de natureza social como biológica. São influenciados por diferenças culturais e também pelas circunstâncias materiais em que as pessoas vivem nos vários tipos de sociedade”* (Giddens 2000:57).

Se o envelhecimento é um processo que ocorre ao longo da vida do ser humano e a velhice a última fase do ciclo de vida do indivíduo, é certo que esta etapa comporta cada vez mais anos, pelo que a singularidade da velhice e do envelhecimento é inquestionável. A velhice deve ser portanto pensada no plural, tendo em conta a multiplicidade de modos de envelhecer dentro dessa faixa etária, comumente designada como velhice, em que convivem vários grupos etários, o que a torna de todo heterogénea (Barros 2006). Ou, *“mais do que um estado de debilidade física, psíquica e social, a velhice é vista como o estágio de fadiga que precede a extinção da vida”* (Couvaneiro e Cabrera 2009: 27). Acrescentam ainda que esta fadiga da vida na velhice resulta das progressivas e prolongadas perdas de capacidades e características que se desenvolveram numa primeira fase da vida, atingindo a sua plenitude na segunda fase da vida, ou seja, na idade adulta.

Arca (2007) salienta a importância de alguns critérios delimitadores da velhice, nomeadamente; cronológico, psicobiológico, psicoafectivo e social. Amiúde,

desvalorizam-se as capacidades dos idosos, os seus conhecimentos e experiências vivenciadas, recursos inquestionavelmente importantes na busca das nossas raízes e na integração dos idosos na sociedade, onde teimosamente parece não haver lugar para eles. A este respeito refere-se que *“os povos que não respeitam os velhos destroem a respectiva identidade, porque não reconhecem a própria memória”* (Grande 1994: 6), acrescentando ainda que a transmissão de saberes ao longo das gerações permitiu à humanidade chegar à actualidade com o modelo de organização que temos. Não conhecer, subestimar ou menosprezar toda a experiência de vida e saber dos mais velhos é sinónimo de falta de qualidade colectiva. Corrobora Pimentel (2005) que ser idoso não deveria ser preocupante nem negativo; só porque se envelhece, não significa que a pessoa perca todas as suas capacidades e saberes, certamente cruciais numa sociedade em transformação; no entanto apesar da experiência, denota-se alguma dificuldade na adaptação aos novos contextos, tal é a dinâmica da sociedade.

Longe vai o tempo em que *“ser idoso”* era o culminar de uma existência repleta de experiência e conhecimentos, símbolo de maturidade, sabedoria e respeito. Ser idoso é afinal um privilégio ou um infortúnio? *“Ele já não sabe tudo e por vezes já não sabe nada deste mundo em mudança constante”* (Cardão 2009: 9), consequência das profundas mudanças que ocorrem ao nível do conhecimento na actualidade, retirando o lugar privilegiado aos idosos que lhe advinha da sabedoria e experiência de vida adquirida ao longo dos anos, tornando neste momento obsoletos os seus conhecimentos, sendo por isso votados ao ostracismo.

As atitudes da sociedade face à velhice e aos idosos são essencialmente negativas, em parte responsáveis pela imagem que fazem de si próprios, denegrindo tudo o que envolve o envelhecimento e a plenitude de uma existência cada vez mais longa. Os idosos, outrora raros e respeitados, foram perdendo o prestígio e respeito de que desfrutavam, não só pelo facto de antigamente serem pouco numerosos os que atingiam uma idade avançada, mas também por se valorizar o facto de serem considerados depositários e transmissores das tradições e dos poucos conhecimentos técnicos de que se dispunha (Nazareth 2009), atirando-os para um passado longínquo e esquecido.

Nas sociedades desenvolvidas, a velhice é encarada como um problema social, económico e político (Couvaneiro e Cabrera 2009). Estas questões estiveram subjacentes à I Assembleia Mundial sobre o envelhecimento, (Viena 1982), em que é adoptado o Plano de Acção Internacional, base das políticas públicas destinadas aos

idosos, contemplando as directrizes e os princípios gerais para enfrentar o desafio do envelhecimento populacional. Por sua vez, a 16 de Dezembro de 1991, são aprovados os Princípios das Nações Unidas a favor das pessoas idosas, pela resolução 46/91 da Assembleia-Geral das Nações Unidas. Os mesmos incentivam os Governos a inserir nos seus programas nacionais, os seguintes postulados: independência, participação, cuidados, realização pessoal e dignidade. Em 1999, a ONU dedica o ano aos idosos cuja temática foi “Uma sociedade inclusiva para todas as idades”. Em 2002, tal como preconizado pela Organização Mundial de Saúde, é reiterado na II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, em Madrid, o conceito de “*envelhecimento activo*”, considerado como “*um processo que permite a optimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, promovendo uma melhor qualidade de vida à medida que as pessoas vão envelhecendo.*” De facto, “*o envelhecimento activo pressupõe a continuidade da integração e motivação das pessoas de idade na vida laboral e social*” (Vaz 2008: 89). A Declaração de Madrid tem como finalidade estimular a integração social dos idosos, de forma a que façam parte integrante da sociedade e sejam reconhecidos como indispensáveis na construção de uma sociedade que se pretende inclusiva, permitindo-lhes uma velhice saudável e de qualidade, esbatendo assim atitudes discriminatórias em relação aos mais velhos, fomentando uma vida saudável e de qualidade na velhice e uma cultura positiva de velhice (WHO 2002), condição essencial para a concretização destes pressupostos é a preparação da velhice muito antes de a vivenciar.

Por outro lado, um nível mais elevado de educação e dos rendimentos, tal como o acesso à saúde e serviços e a integração social, contribuem para um envelhecimento activo e com qualidade de vida (Paúl et al 2005).

O envelhecimento activo é fulcral para o desenvolvimento de uma sociedade, devendo este ser entendido como uma questão tanto individual, como colectiva. Refere Meireles (2008) que o investimento individual, quer seja do idoso ou da família, carece de políticas e infraestruturas comunitárias, sendo crucial o envolvimento dos serviços de saúde e reforço de parcerias, no sentido de usufruir de todos os recursos comunitários: autarquias, instituições de acção social, estabelecimentos de ensino, entidades privadas, etc. Refere ainda que vários países da Europa, nomeadamente, Espanha, Holanda, Reino Unido, Suécia, entre outros, têm implementadas estas orientações, com especial ênfase nos programas de natureza inter-geracional. Também em Portugal é defendida a importância destas acções, tendo por exemplo as escolas um papel de realce a este nível, proporcionando a convivência entre gerações. Há investigadores

nacionais que utilizam a máxima “*educar para a velhice*”, desde a mais tenra idade, de forma a fomentar a consciencialização da importância da experiência e sabedoria dos idosos, não podendo a mesma ser negligenciada e desperdiçada.

A grande conquista será viver cada vez mais anos, mas vividos com saúde, autonomia, independência e participação activa na vida da sociedade. Acima de tudo, este envelhecimento activo exige aprendizagem, é crucial aprender a viver, assumir atitudes positivas perante o envelhecimento.

Todas as sociedades devem almejar o incremento do envelhecimento activo, por forma a que as pessoas idosas possam continuar a participar activamente e com saúde na vida da comunidade. Afinal o envelhecimento da população, mercê da melhoria das condições de vida, da extensão dos cuidados de saúde e da medicina preventiva, concorreram para o aumento da esperança média de vida logo, o envelhecimento não deverá ser um problema mas uma conquista da humanidade.

Sem dúvida que o envelhecimento não se constitui como uma doença mas sim como um conjunto de modificações fisiológicas, decorrentes do próprio processo de vida; no entanto, as consequências de um envelhecimento mal sucedido é que podem ser catastróficas para a pessoa, sobretudo pela inactividade a que muitas vezes são votados os idosos e à maior vulnerabilidade à solidão e isolamento. A ausência de vida social contribui para a degradação da qualidade de vida e bem-estar do idoso.

Feytor Pinto, no 3º Fórum Nacional de Saúde, em 8 de Março de 2010, referiu que é importante os idosos descobrirem acções onde possam ter realização plena, entre outros o papel de avós e de peritos. Por ser mais velho certamente terá experiência, histórias de vida, cultura e conhecimentos que poderá repartir pelos outros. De qualquer forma, este aspecto só é viável se houver disponibilidade para os ouvir e houver consciência da importância dessa partilha.

Nas sociedades ocidentais, caracterizadas pela busca incessante do lucro, em que a valorização dos indivíduos advém da sua capacidade produtiva, o trabalho dos idosos é desvalorizado, conotado como obsoleto, por não se adequar às exigências, nem corresponder às expectativas de uma sociedade que olvida os conhecimentos e a experiência dos mais idosos, como refere Costa (1999) “*a memória das gerações*”. No entanto, a autora, refere que alguns países já estão a desenvolver experiências que permitam gerir as potencialidades dos idosos, estimulando a sua iniciativa e

criatividade, nomeadamente através da participação dos idosos nos cuidados a outros mais idosos, rentabilizando a sua experiência; incentivando a interacção entre idosos, crianças e jovens com o intuito de aproximar várias gerações e a participação dos idosos nas organizações autárquicas.

O desuso é a principal causa do surgimento de limitações do idoso a vários níveis, é pois importante manter-se activo mentalmente, fisicamente e com vida social regular. Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde *“as autoridades, organizações não governamentais, indústrias privadas e os profissionais de serviço social e de saúde podem ajudar a promover redes de contactos sociais para as pessoas idosas a partir de sociedades de apoio tradicionais e grupos comunitários liderados pelos idosos, trabalho voluntário, ajuda da vizinhança, monitoramento e visitas em parceria, cuidadores familiares, programas que promovam a interacção entre as gerações, e serviços comunitários”* (Organização Pan-Americana da Saúde 2005: 29).

As características inerentes ao desenvolvimento biológico, psicológico e social podem ser tão distintas de indivíduo para indivíduo que qualquer classificação que se utilize se torna arbitrária, tal é a heterogeneidade do envelhecimento, pelo que também a questão da idade é um pouco controversa, sendo os 65 anos o marco que separa a idade adulta da velhice.

Considerando o evidente aumento progressivo da população idosa, essencialmente dos mais idosos, enormes e novos são os desafios que se colocam nos vários domínios da sociedade, muito em particular no que concerne às medidas de política social. Estas deverão ter em conta a idade cronológica mas também devem ser suficientemente abrangentes de forma a criar uma sociedade inclusiva que saiba lidar com a individualidade de cada um, constituindo os idosos como um importante recurso para a estrutura social.

O critério cronológico é, sem dúvida, um dos mais utilizados para identificar quem é idoso, sobretudo para facilitar questões administrativas e legais, no âmbito das políticas públicas, pela necessidade de uniformização. Este é *“medido pelo calendário”* (Ermida 1999). Cronologicamente consideram-se os 60 ou os 65 anos, consoante os países, como a idade a partir da qual se é velho. No entanto, segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (2005: 6), *“a idade cronológica não é um marcador preciso para as mudanças que acompanham o envelhecimento”*, o estado de saúde, a participação e os níveis de independência entre as pessoas mais velhas, que têm a mesma idade, podem

condicionar estas mudanças. Não existe, portanto, consenso quanto aos limites de idade dos grandes grupos que devem sustentar a análise do envelhecimento (DGS 2006). Tanto mais que, o marco dos 65 anos tem vindo a perder algum significado social, em resultado das profundas mudanças que têm ocorrido relativamente à longevidade e qualidade de vida. Actualmente, é comum que se atinjam os 65 anos a gozar de boa saúde, pelo que, a idade da reforma e a incapacidade para o trabalho são hoje questionáveis. A pessoa passa a “ser velha” por decisão administrativa. É provável que o marco dos 65 passe para os 70 anos.

Nas sociedades industriais e burocráticas é considerado idoso todo aquele que atinge a idade da reforma, fixada pelas leis sociais, em que adquire o estatuto de improdutivo (Campenhoudt 2003), pelo seu afastamento do mercado trabalho e a ideia de não participação social, numa sociedade que sobrevaloriza o trabalho e contribuição económica. Daí que Vieira (1996) considere que o passaporte para o envelhecimento social seja a aposentadoria.

O limiar da idade fixado em 65 anos para a maioria dos países desenvolvidos, indicamos o momento da passagem para a última etapa da vida, altura a partir da qual se inicia a velhice, reconhecida como categoria social das “pessoas idosas” ou “idade da reforma”. Este tem sido objecto de grandes debates em que se questiona a sustentabilidade dos sistemas de segurança social e a necessidade de adiar a idade limite de reforma. Por sua vez, a atribuição das pré-reformas, com antecipação da reforma para idades que rondam os 50 anos conduz a situações de dependência resultando em exclusão social em que indivíduos fisicamente aptos a desenvolver uma actividade profissional, passam a usufruir, durante um longo período de tempo, de um “salário” sem trabalho, pago pela população activa. Ficamos então com um período de tempo considerável entre o fim da actividade profissional e a entrada na velhice (Fernandes 2001). Acrescenta ainda a autora que a mudança da idade da reforma para mais tarde não é suficiente, o problema é bem mais profundo e está relacionado com a distribuição das riquezas; nomeadamente emprego, tempos livres, formação, salários e rendimentos sociais no conjunto do ciclo de vida.

Parece consensual a ideia de que a idade cronológica serve para definir a pessoa como idosa, que apesar de ser pouco precisa é o critério mais utilizado. A mesma é aceite pela OMS e pela ONU para os países desenvolvidos (Paschoal 2000). A idade cronológica estabelece qual o estágio de vida em que o indivíduo se encontra, determinando desta forma os papéis e funções de cada um na sociedade. Então, pode

considerar-se que a forma como a sociedade vê o idoso, vai condicionar o sentido que é atribuído à idade cronológica. A este propósito, refere Loriaux (1995) que a idade administrativa não é o critério absoluto da velhice mas, um simples vector de mudanças ligadas à passagem do tempo. Considera Vaz (2008) que a idade serviu para institucionalizar o curso de vida, constituindo-se crucial na construção do significado da velhice, ou seja, atribuindo-lhe os papéis e estatuto social inerentes às regras da sociedade. O facto de se afastarem do mercado de trabalho os idosos, ou seja, aqueles que atingiram a idade da reforma, permite que os mesmos sejam agrupados numa categoria com a conotação de inúteis.

Além da idade cronológica, podem ainda considerar-se mais três idades distintas: a idade biológica, a idade social e a idade psicológica. A idade biológica aparece associada ao envelhecimento orgânico, conducente ao declínio funcional dos diferentes órgãos. É medida pelas capacidades funcionais ou vitais e limite de vida dos sistemas orgânicos. Por sua vez, a idade social está relacionada com o papel, o estatuto e os hábitos da pessoa em relação aos outros membros da sociedade. A idade social é influenciada pela cultura, valores, história e toda a trajectória da sociedade em que o mesmo está inserido. Refere-se aos comportamentos esperados pela sua cultura. A idade psicológica direcciona-se para as competências comportamentais do indivíduo em se adaptar ao meio, designadamente, memória, inteligência e motivação (Paúl 1997; Fontaine 2000).

Por sua vez, também Pimentel (2005), ligado ao conceito de envelhecimento apresenta o conceito de idade, referindo a terminologia de Levet-Gautrar para as diversas idades. Assim, a idade cronológica, tempo ocorrido entre o nascimento e o momento presente, fornece indicação sobre o período histórico em que a pessoa viveu, não apresentando informações sobre como o mesmo foi vivido, apresenta portanto escassez de informação; a idade jurídica por outro lado, que corresponde à necessidade social de estabelecer normas de conduta, dita qual a idade em que a pessoa pode assumir determinados direitos e deveres perante a sociedade; a idade física e biológica tem como linha orientadora o ritmo a que cada um envelhece, transparecendo a cadência a que os diferentes órgãos e funções vitais envelhecem; a idade psico-afectiva espelha a personalidade e as emoções da pessoa e não tem limites em função da idade cronológica; por fim, a idade social que corresponde aos papéis atribuídos pela sociedade aos indivíduos, ligados às condições socioeconómicas.

A controvérsia relativa à questão da idade é reafirmada por Mañas Rodriguez (1994) em consequência da dificuldade em encontrar uma definição suficientemente abrangente para a interpretação dos termos, o que vem confirmar a enorme dificuldade que subsiste na caracterização desta etapa da vida, por sinal a última. Também este autor, diferencia três tipos de idades, nomeadamente a idade cronológica que considera o tempo decorrido desde o nascimento até ao momento presente, informando-nos do período histórico em que o indivíduo viveu. A sua limitação advém do facto de não nos dar indicações concretas do estado de evolução do mesmo, ou seja, informa muito pouco sobre cada um, em particular. Por outro lado, a idade biológica corresponde ao estado funcional dos órgãos e das funções vitais, em comparação com os padrões estabelecidos para cada idade ou grupo etário. Este é um conceito fisiológico. A idade funcional estabelece a capacidade para manter os papéis pessoais e a integração social do idoso na comunidade, sendo para tal impreterível manter um nível razoável de capacidade física e mental.

As questões inerentes ao envelhecimento e à velhice, apesar de não serem de todo recentes, foi sobretudo nas últimas décadas que surgiram de uma forma mais vincada, fruto do crescente e acentuado envelhecimento da população e consequências daí inerentes. Se por um lado aparecem associadas a uma diminuição das capacidades, maior vulnerabilidade e dependência, porque não valorizar o que se foi construindo ao longo dos anos, não poderá esta etapa da vida constituir-se como o auge da existência humana, caracterizada pela sabedoria e riqueza de saberes, fruto de uma longa experiência de vida, tanto mais que esta parece persistir em aumentar?

A atitude negativa da sociedade para com os idosos, por vezes, impede os mesmos de assumirem uma visão positiva da velhice e a sociedade deve estar ciente de que a integração social dos idosos é assaz importante para lhes reduzir a dependência, preservar a autoconfiança e contribuir para a prosperidade da mesma. A imagem que frequentemente se tem dos idosos, é que são pessoas gastas, solitárias e pobres, então, envelhecer torna-se um problema (Santos 2000). É preciso inverter esta imagem negativa que por vezes aparece associada à velhice.

No entender de Harper (2009), valorizam-se muito as questões negativas do envelhecimento e o fardo que representam para a sociedade, porque é mais fácil do que compreender a natureza complexa e inter-relacionada das questões envolventes. No entanto, se por um lado a sociedade pode condicionar a vivência da velhice, cada um, em particular, pode modelar a sua forma de estar na vida, preparando-se

antecipadamente para esta etapa, traduzindo-se numa série de oportunidades e numa velhice bem-sucedida, é hoje grande a probabilidade de se atingir os 80 anos; é portanto inquestionável a necessidade de preparação desta etapa da existência humana.

Apesar das anteriores constatações de preocupação no modo como é encarada a velhice, não é fácil ser velho na sociedade contemporânea; a mesma teima em construir uma imagem negativa e depreciativa da velhice, apesar da autonomia e independência das pessoas de idade. Inúmeras são as barreiras sócio-culturais e os estereótipos atribuídos aos idosos que vão sendo incutidos aos mais novos e com os quais ninguém se quer identificar (Pimentel 2006).

Numa sociedade em que a juventude e o aspecto físico são valorizados, os idosos, na melhor das hipóteses, tornam-se invisíveis aos olhos da mesma, não obstante nas últimas décadas as atitudes para com eles sofreram algumas modificações, não sendo expectável que readquiram o prestígio e autoridade de outrora. No entanto, o aumento considerável do número de idosos, condicionou o peso que essa faixa etária detém na política, tornando-se num importante grupo de pressão política (Giddens 2000).

A forma como envelhecemos está, de facto, relacionada com a forma como vivemos ao longo dos anos, sofrendo influência do meio físico e social em que cada um está inserido (Paúl 1997). Este é o desafio que se coloca, aprender a viver esta etapa da vida em plenitude, apesar das alterações que com o passar dos anos inevitavelmente vão surgindo.

A velhice como categoria social ficou intimamente ligada à idade e ao acesso a uma pensão de reforma, reforçada com a institucionalização das pré-reformas, desajustada às transformações socioeconómicas recentes. Mesmo os idosos mais jovens, quando passam à categoria de reformados, adquirem o estatuto social imputado à velhice, consequência do afastamento da vida profissional e que poderá resultar em exclusão social, passando a serem desvalorizados pelo facto de estarem reformados (Fernandes 2001). É também valorizada por Grácio (1999) a questão da perda de rendimentos, ficando por vezes vulneráveis a situações de pobreza, em consequência da inadequação das medidas de protecção social na velhice, resultado dos poucos subsídios de que auferem. Capucha (2005) reforça esta ideia quando refere que a pobreza em Portugal apresenta um valor elevado nos reformados e, apesar do valor da pensão social ter crescido, ainda se situa no limiar da pobreza.

Efectivamente, hoje, para muitos idosos o tempo da reforma não é sinónimo de lazer ou de desenvolvimento de projectos de vida, pela debilidade dos recursos tanto económicos como qualificacionais, podendo mesmo estar imbuído de uma série de constrangimentos. Mauritti (2004) destaca cinco perfis-tipo; perfil A (velhice de pobreza), perfil B (velhice precária), perfil C (velhice remediada), perfil D (velhice autónoma), perfil E (velhice distintiva).

Uma outra perspectiva, entende que a saída da vida activa por um lado, pode pôr em causa a sustentabilidade dos sistemas de segurança social mas, além deste aspecto, levanta outras questões, atendendo a que o prolongamento da vida laboral, pode não ser bem visto pelos idosos pois, veem ser-lhes retirado tempo para se dedicarem a projectos pessoais, impossibilitando-os de usufruir plenamente da vida (Couvaneiro e Cabrera 2009).

Se por um lado a passagem à reforma está sujeita a perdas, perdem-se rotinas, amigos, colegas de trabalho, hábitos, incapacidade de ocupação do tempo, existe também a possibilidade de obter ganhos. Abrem-se novas portas e novas oportunidades, onde por vezes se encontra um novo sentido para a vida, com possibilidade de cultivar outros interesses que não exclusivamente os relacionados com a vida profissional. O aspecto positivo prende-se essencialmente com a liberdade de uso do tempo; no entanto, para o rentabilizar é necessário continuar envolvido na vida (Fonseca 2009).

Tendo em conta Géis (2003), a reforma pode transmitir a ideia de “missão cumprida” em que cada um pode dispor da vida como muito bem entender; todavia, é preciso não esquecer que inúmeras vezes, ao reformar-se, o indivíduo diminui o poder económico, traduzindo-se em alterações do seu padrão de vida e status social, além da perda de relações de amizade. Logo, o que poderia ser um período de oportunidades, consubstancia-se na constatação de que não se viveu a vida na sua plenitude.

A passagem à reforma continua a ser fonte de preocupação pelo facto de não estar ainda incrementado o hábito de fazer desse período da vida, um tempo de construção e de valorização pessoal. É preciso planear a velhice como qualquer outra etapa da vida, fazendo os ajustes necessários para ter um envelhecimento activo, aumentando a participação dos idosos e em consequência reduzir os custos. Nos últimos anos, porém, assistiu-se à implementação de políticas que incentivavam à reforma precoce. No próprio conceito de envelhecimento activo está subjacente a importância da adequação dos locais de trabalho aos idosos, modificando as regras no âmbito do emprego, as

atitudes discriminatórias, criando ambientes de trabalho facilitadores de uma vida longa mas, activa. A ideia preponderante passa pela utilização das potencialidades dos idosos, com modalidades de trabalho flexíveis, com um acompanhamento próximo na integração de programas de passagem gradual para a reforma (Vaz 2008).

Tendo subjacentes os resultados de estudos realizados na América do Norte e no Reino Unido, revela-se que *“os trabalhadores mais velhos são vistos como tendo uma qualidade de serviço mais elevada, orgulho no trabalho, bom humor e confiança, enquanto os trabalhadores mais jovens possuem as chamadas características quantitativas: ritmo de trabalho rápido, abertura à formação e capacidade de lidar com a nova tecnologia”* (Harper 2009: 89). Acrescenta ainda a autora que a diminuição da actividade física e mental entre os 20 e os 70 anos é mínima; essas alterações são mais visíveis dentro da mesma faixa etária, do que entre faixas etárias.

A OMS reitera que os incentivos para os mais velhos manterem durante mais tempo a sua actividade profissional não existem; pelo contrário, a actual conjuntura promove a saída precoce da vida laboral. Ao contrário do senso comum de que a saída dos mais velhos permite a entrada no mundo do trabalho aos mais novos, não é de todo aceite (Organização Pan-Americana da Saúde 2005). Por outro lado, Pimentel (2005) refere que as reformas antecipadas surgem muitas vezes como reflexo da rápida evolução do conhecimento no mundo do trabalho, apesar da adaptação do trabalhador mais idoso não ser de todo inexecutável. Até porque, segundo Börsch-Supan (2009), não foi só a produção tecnológica que evoluiu, o que permite que as pessoas possam trabalhar durante mais tempo, mas as próprias pessoas são mais saudáveis do que o eram há 10 ou 20 anos atrás. Actualmente ainda prevalece o mito de que os idosos deixam de ser produtivos e que estão demasiado doentes para trabalhar.

Fonseca (2004) concluiu que nos primeiros anos da reforma as pessoas vivem satisfeitas, o suficiente para gozarem de boa saúde, retirando prazer das actividades que a sua autonomia e tempo permitem. As pessoas que tinham um nível de vida melhor (mais estudos, profissões diferenciadas e mais dinheiro) eram mais optimistas relativamente à sua nova condição, encarando este período como uma oportunidade para empreender realizações gratificantes, ao invés do que acontecia com reformados das classes sociais mais baixas. Ou seja, o que a pessoa fazia antes da reforma condicionava o seu papel após a passagem ao estatuto de reformado. De todo o modo, com o avançar da idade os efeitos da passagem à reforma vão-se desvanecendo, conduzindo a uma redução da satisfação de vida ou diminuição do seu bem estar

psicológico ou mesmo um empobrecimento da capacidade de obter prazer das ocupações quotidianas.

Parece inegável que o envelhecimento é um período em que as perdas desenvolvimentais se sobrepõem aos ganhos, mas também parece ser consensual que pouca atenção se tem dado à implementação de medidas preventivas que permitam o controlo dessas perdas, centrando a atenção na própria pessoa e nas suas capacidades e não nas perdas. Fonseca (2004) sugere algumas medidas preventivas no sentido de reduzir o impacto negativo que poderá advir da passagem à reforma, nomeadamente medidas de cariz sócio-político e contextual, no sentido de valorizar e utilizar os conhecimentos e capacidades das pessoas, fazendo-os sentirem-se úteis e integrados socialmente, capazes de assumir responsabilidades e valorizando a rede de suporte informal e ainda medidas de cariz pessoal, como seja a preparação gradual da reforma, desenvolvendo ao longo dos anos novos projectos de vida e estimulando um envelhecimento activo físico, mental e social.

O processo de reforma pode decorrer em cinco fases, nomeadamente, o “período de lua-de-mel”, que corresponde ao início da reforma, tempo de euforia em que se tenta fazer tudo o que não se teve tempo de fazer antes, o “período de descanso e relaxamento” em que se vive tranquilamente a nova situação, o “período de desencantamento”, constatação de que as expectativas e os planos são interrompidos por algo imprevisto, o “período de reorientação”, em que se enfrenta esta nova condição e se procuram algumas opções que concedam estrutura e rotina à reforma e, por fim, a fase em que se atinge uma rotina estável e satisfatória (Figueiredo 2007).

Também Couvaneiro e Cabrera (2009) defendem que a fase da reforma passa por diferentes perspectivas, considerando que no período inicial da sua vida de reformados vivem o “fascínio pela liberdade”, sem a preocupação de cumprir horários e finalmente dispor de tempo para utilizar à vontade, a designada fase de “lua de mel”; porém, esta é relativamente curta, pois rapidamente surge a sensação de mau estar, consequência da perda de referências. Esta fase em que se encontram profissionalmente inactivos pode acentuar a sensação de inutilidade. Mas, ao contrário do senso comum, as pessoas quando se reformam não adoecem, nem morrem. Após consulta de vários estudos, não se verifica que exista efeito da reforma sobre a saúde das pessoas; pelo contrário, muitas vezes ocupam-se ainda mais da sua saúde (Figueiredo 2007).

A velhice não tem que ser um tempo de perdas, pode também ser um tempo de novas oportunidades. É preciso preparar a sociedade e incentivar os idosos a dar sentido à vida, tendo como alicerces os conhecimentos e sabedoria adquiridos ao longo dos anos (Couvaneiro e Cabrera 2009).

Parece reunir consenso a máxima de que o envelhecimento da população é uma aspiração de todas as sociedades; logo, também as políticas seguidas pelos Governos deveriam ser congruentes com esta realidade e envidar esforços, por forma a que os recursos sejam os adequados e conduzam a uma vida longa e com qualidade, numa sociedade que se diz inclusiva, capaz de ultrapassar os constrangimentos, aos mais variados níveis, condicionantes da sustentabilidade dessa mesma sociedade. *“Fazer vigorar políticas sociais abrangentes baseadas somente na idade cronológica pode ser discriminatório e contraproducente para o bem-estar na terceira idade”* (Organização Pan-Americana da Saúde 2005).

De facto, o acentuado envelhecimento da população tem repercussões nos mais variados domínios, na saúde, protecção social, mercado de trabalho, crescimento económico, solicitando políticas inovadoras conducentes à integração e participação social do idoso. É preciso ter em conta que a designada faixa etária que corresponde à velhice comporta cada vez mais anos, o que leva a questionar se as soluções serão as mesmas para os idosos mais velhos e para os idosos mais novos. É bem verdade que quanto mais anos uma pessoa tem, maior poderá ser a fragilidade, debilidade e dependência, o que por si só não deve servir para rotular os idosos como inúteis, pois poderão não ter vigor físico, mas certamente terão um manancial de conhecimentos e uma maior sensatez e serenidade, corolário de uma longa experiência de vida, o que lhes confere competência para participar na vida activa da sociedade.

Desta forma, a OCDE propôs um modelo onde se distinguem duas etapas distintas no processo de envelhecimento, a primeira dos 65 aos 80 anos que corresponde à passagem à reforma, em que persiste a autonomia e a segunda a partir desta idade, correspondendo a um período de maiores riscos e vulnerabilidade (Fernandes 2005).

Concluindo, apesar da melhoria das condições de vida e de saúde alcançadas nos últimos anos, conducentes a uma vida cada vez mais longa, a velhice continua associada às dificuldades resultantes das incapacidades e limitações que surgem, indubitavelmente, com o passar dos anos. Se a isto somarmos os impactos daí decorrentes ao nível da sustentabilidade dos sistemas de segurança social e de saúde,

grande é o desafio que se coloca ao Estado, na concretização de políticas que apontem para soluções adequadas às problemáticas deste grupo da população, abandonando a tentação de considerar este grupo homogéneo e que se tem vindo a afirmar cada vez com maior visibilidade social. Caminhamos a passos largos para uma vivência da velhice distinta da actual, em que esta nova trajetória de vida reclama alguns ajustes. Desta forma, adverte Machado (2009) que é crucial que se pensem em estratégias para três grupos de idosos, o idoso saudável, o idoso com doença crónica e o idoso frágil. *“A velhice só será o apogeu ou o ponto culminante quando, nesse período, for possível continuar a construir a vida pessoal, ou seja, quando o idoso ainda for capaz de projectar o seu futuro”* (Osório 2007: 12). Apesar da ideia ainda vigente de que não faz sentido os idosos terem projectos para o futuro, pelo contrário, é a própria percepção da velhice, como derradeiro momento da vida que torna possível a formulação e execução de um projecto de vida (Barros 2006).

Talvez estas questões fossem menos problemáticas se nos lembrássemos que tudo o que construímos hoje está alicerçado no conhecimento, sabedoria e experiência de vida deixados pelos nossos antepassados, os actuais idosos, atribuindo-lhes mérito e reconhecimento, ao invés de os fazer sentir inúteis, constituindo-se então esta etapa da vida como um período de construção contribuindo para uma visão positiva da velhice e do envelhecimento.

A velhice tem sido tratada, erroneamente, como uma etapa em que predomina a doença, a incapacidade, a dependência e a improdutividade, daí a necessidade de se implementarem políticas consentâneas com a actualidade e que sejam reflexo dessa mudança de mentalidade (WHO 2002).

Neste contexto, parece inquestionável a necessidade de políticas que incentivem ao envelhecimento activo e que da mesma forma facilitem o papel da família no apoio aos seus familiares mais idosos. As mudanças que vêm ocorrendo na sociedade e ao nível da família convergem para um modelo de complementaridade entre redes formais e informais. É hoje aceite que a família ainda é uma fonte privilegiada e insubstituível de apoio e suporte, apesar das indiscutíveis dificuldades com que se confrontam. *“Embora ser velho não seja sinónimo de ser dependente, a tendência para o envelhecimento da população acarreta frequentemente um aumento de situações crónicas incapacitantes, com problemas de dependência e/ou défice funcional que requerem a médio ou a longo prazo suporte familiar, social e de saúde”* (Lage 2005: 203).

Esta questão torna-se mais preocupante quando nos confrontamos com as alterações ímpares a nível da estrutura e dimensão da família que condicionam as relações intergeracionais e o apoio aos mais velhos. Segundo Harper (2009) com base em investigações realizadas na Europa e nos Estados Unidos é hoje possível existirem famílias multigeracionais, em que ocorre uma diminuição no número de membros da família horizontal e um aumento do número de elementos na família vertical, o que põe em causa a existência ou não de filhos disponíveis para a prestação de cuidados informais.

Será que chegar ao fim da sua, cada vez mais longa existência, com dignidade e respeito, integrados numa sociedade à qual já tanto deram, não passa de uma utopia?

Wilson (2009) não partilha da visão pessimista e apocalíptica muitas vezes atribuída às questões do envelhecimento. Não é razão para angústia, é necessário perceber porque é que o mesmo está a ocorrer e só se constitui como problema porque as nossas instituições, sobretudo de natureza económica e social, não estão formatadas para lidar com uma população bastante envelhecida.

O envelhecimento activo é uma questão que diz respeito a todos, a sociedade deve assumir a responsabilidade de promover espaços e equipamentos sociais que garantam a participação cívica dos mais velhos. O exercício da cidadania é sem dúvida um direito e um dever (Paúl 2005).

Uma sociedade inclusiva é aquela que sabe cuidar das pessoas, incluindo as mais idosas, em que estas não sejam acusadas de já ter esgotado todo o seu potencial e capacidade de empreender novos desafios, que não sejam apenas um fardo para as gerações mais novas.

1.3 - POLÍTICAS SOCIAIS NA VELHICE

Já anteriormente foi referido que, os progressos tecnológicos, o avanço da ciência, a melhoria das condições de vida e socioeconómicas contribuíram de forma inequívoca para o aumento da longevidade da população, à qual, por vezes, se associa, numa idade mais avançada, uma maior prevalência de doenças crónicas e incapacitantes que criam algum nível de dependência na realização das actividades do quotidiano. Não

obstante se possa atingir a velhice sem doenças, com o passar dos anos é provável que o estado de saúde se venha a deteriorar, ou a fragilizar, em consequência do desgaste normal, causado pela passagem do tempo, condicionado, sem dúvida, pelas características individuais e do meio envolvente.

Este envelhecimento crescente da população e as alterações que ocorreram nas últimas décadas, ao nível da estrutura social e familiar, criaram novas necessidades, tanto mais evidentes porquanto são algumas vezes acompanhadas de situações de fragilidade e incapacidade, inerentes ao aumento da longevidade.

Actualmente, somos confrontados com uma elevada percentagem de população inactiva, durante cerca de pelo menos 20 anos, com tendência a aumentar, pelo que o suporte económico da sociedade é hoje uma questão fundamental, questão esta que é previsível se venha a manter nos anos vindouros.

A sociedade tem levado algum tempo a consciencializar-se acerca da problemática do envelhecimento, condicionando, desta forma, o apoio adequado aos idosos e famílias. Apesar de não serem questões novas, as mesmas adquiriram maior visibilidade, nas últimas décadas, essencialmente pelas consequências que daí advêm, sobretudo no que se relaciona com as questões da sustentabilidade financeira. A este respeito Caleiro (2007: 75) confirma que *“não são, obviamente, de ignorar as consequências óbvias do envelhecimento populacional sobre a sustentabilidade dos sistemas de protecção social”*.

O trabalho especializado, consequência da industrialização conduziu de alguma forma à segregação de gerações, excluindo os que saíram do ciclo produtivo, nomeadamente os idosos, em que o saber transmitido de geração em geração e a experiência de vida deixaram de ser valorizados pois, já não se trata de uma questão de sobrevivência, nem se insere na economia de mercado vigente, onde são enfatizados o lucro e a produtividade. Se antigamente o idoso mantinha ao longo da vida um papel social extremamente valorizado e era uma referência, actualmente, quando as pessoas se reformam são afastadas do mercado de trabalho e a imagem que a sociedade delas tem também é alterada, sendo por vezes marginalizados e excluídos da vida social. Entram, portanto, num período da vida, para muitos idosos, pouco dignificante. Entre as várias perdas que surgem com a inactividade, se bem que a reforma lhes assegure alguma capacidade económica, este passa a ser um período em que as dificuldades financeiras assumem maior expressão, atendendo a que uma grande parte dos idosos portugueses

aufere de parcas reformas, pondo em causa uma vivência com qualidade e dignidade, após uma vida de trabalho.

A decomposição dos índices de desigualdade comprova a vulnerabilidade da população idosa à pobreza, apresentando também a mesma, as situações mais desfavorecidas no que concerne ao estado de saúde e níveis de instrução. Os agregados com idosos, estejam eles a viver sós ou casais de idosos, detêm as piores situações em termos de condições de alojamento e na posse de bens e equipamentos, inclusive, alguns relacionados com níveis mínimos de bem-estar e conforto. São estes os agregados que apresentam os maiores índices de pobreza. As despesas com a habitação e com a alimentação absorvem-lhes quase metade do total das despesas, tal como acontece também com as despesas de saúde que registam um peso relativo, no total das despesas, superior nos agregados com idosos (Gonçalves 2004), desta forma, O Estado tem o dever de apoiar e proteger os mais desfavorecidos e vulneráveis, grupo onde se encontram muitos dos idosos.

O fenómeno do envelhecimento populacional é também, em parte, uma consequência dos avanços nos sistemas públicos de protecção social, através de uma melhor redistribuição da riqueza intergeracional e de uma melhor cobertura na prestação de serviços às pessoas dependentes, ou seja, pode atribuir-se em parte ao sucesso das políticas de saúde e de protecção social. No entanto, o envelhecimento, associado a outros factores, pode pôr em causa o equilíbrio financeiro e institucional que sustentam essas mesmas políticas. Portugal, é disso um exemplo, tomando esta questão maiores proporções, porquanto o sistema de protecção e acção social nunca atingiram níveis de desempenho capazes de proporcionar qualidade de vida a todos os idosos (Capucha 2005). Refere ainda o autor que, em Portugal, como no resto das sociedades europeias, à medida que o Estado e um conjunto de actores se organizam por forma a prestar cuidados sociais e de saúde condignos, a qualidade de vida aumenta e a esperança de vida cresce substancialmente.

As políticas e programas devem ser fundamentados nos direitos, necessidades, preferências e habilidades dos idosos. Devem incorporar uma perspectiva de curso de vida, que reconheça a importante influência das experiências de vida, na forma como as pessoas envelhecem. Apesar de tudo, os idosos ainda podem representar um recurso vital tanto para a família como para a comunidade. Estas políticas e programas são cruciais por forma a que os idosos continuem a trabalhar, de acordo com as suas capacidades e preferências, tendo em conta o seu percurso de vida. Quando as políticas

sociais, de saúde, mercado de trabalho, emprego e educação apoiarem o envelhecimento activo ocorrerão menos mortes prematuras, menos doenças crónicas, melhoria da qualidade de vida, menos gastos em saúde e participação activa dos idosos nos aspectos sociais, culturais, económicos e políticos da sociedade (Organização Pan-Americana da Saúde 2005).

Entenda-se por política *“a habilidade e conhecimento dos factos precisos para a condução e administração da polis”* (Vaz 2008: 56). Então, política social *“serve para definir as características dos Estados modernos democráticos que definem para si próprios objectivos direccionados para o bem-estar e a cidadania das pessoas”* (Vaz 2008: 56). Por sua vez, segundo a mesma autora, as políticas sociais de velhice *“são a estruturação, explícita ou implícita, das relações entre a velhice e a sociedade através das intervenções públicas”* (Vaz 2008:65).

Carvalho (s/ data) entende a política social como um campo de estudo e de acção do Estado de bem-estar, construído por todos os actores políticos, com vista à reprodução das relações sociais, regulação da actividade económica, igualdade de oportunidades, justiça social, equidade e eficiência na redução das desigualdades, permitindo lutar contra a pobreza, por forma a eliminar problemas sociais, protegendo socialmente os indivíduos do risco social. Por sua vez, a autora refere que a política de velhice se constitui como um ramo da política social, providenciando bens e serviços necessários à satisfação das necessidades das pessoas idosas.

As questões inerentes ao envelhecimento, nomeadamente a sustentabilidade dos sistemas de segurança social e da saúde, só se colocaram quando a sociedade foi confrontada com o acentuado envelhecimento demográfico das últimas décadas. A sua visibilidade ocorreu pelo aumento da proporção de idosos na população, ao qual podemos acrescentar o aumento significativo de doenças crónicas e incapacitantes que, parece causarem um grande impacto nos sistemas de saúde e protecção social, pelo acréscimo da necessidade de cuidados de saúde e apoio social.

Segundo Veras (2009), o prolongamento da vida é uma aspiração de qualquer sociedade. No entanto, só pode ser considerada como uma real conquista, na medida em que se agregue qualidade a esses anos adicionais. Assim, qualquer política destinada aos idosos, deve levar em conta a capacidade funcional, a necessidade de autonomia, de participação, de cuidado e de auto-satisfação.

De facto, um dos desafios que se coloca com o envelhecimento populacional é a questão da sustentabilidade do sistema de protecção social e de saúde pela sobrecarga a que estão sujeitos. “De todo o orçamento social, os montantes que se destinam à terceira idade são os mais importantes, e esta é uma tendência pesada que não apresenta quaisquer sinais de se inverter” (Sullerot 1999: 273).

A nível da Europa, as políticas adoptadas são distintas e foi sobretudo desde 1970 que surgiram as políticas sociais específicas para idosos. Segundo Lamas (2007), na Alemanha o apoio familiar tem vindo a diminuir, sendo o custo social e económico do envelhecimento assegurado por seguros privados, o apoio domiciliário iniciou-se depois de 1988. Já relativamente à Bélgica, as primeiras políticas são de 1983 e privilegiaram as casas de repouso para os grandes dependentes, existindo ainda muitas associações de economia social de apoio domiciliário. Na Dinamarca, os hospitais não recebem idosos e desde 1987 que não se constroem lares para idosos, privilegiando-se as residências. As políticas sociais centram-se na família e nas residências. No que concerne à Espanha, o apoio domiciliário está em grande expansão. Relativamente à França, os hospitais não acolhem idosos e as políticas sociais estão centradas nas famílias e nos lares. Na Grécia, o apoio estatal cinge-se ao pagamento da pensão de velhice. Na Holanda os serviços sociais e de saúde estão descentralizados por associações de economia social ou privados, sendo o papel do Estado o de financiar e fiscalizar a qualidade dos serviços. Desde 1975 que não é criado nenhum lar. Em Itália, foi dado um apoio especial às redes informais e familiares de apoio aos idosos. Por sua vez, no Luxemburgo, desde 1985, existe uma avaliação sistemática de cada idoso, sendo o mesmo posteriormente encaminhado para a resposta mais adequada, nomeadamente apoio domiciliário, lar ou família. Por fim, no Reino Unido, existem muitos “apartamentos geriátricos”, geridos por entidades privadas, financiados pelo Estado, sendo os serviços de apoio domiciliário geridos pelo poder local.

Anttonen e Sipila desenvolveram um estudo em que procuraram conhecer o grau de cobertura e a qualidade dos serviços públicos de prestação de cuidados aos idosos, concluindo que a maior parte dos países europeus podem ser agrupados como países com óptimos níveis de serviços tanto para as crianças, como para os idosos (Dinamarca, Suécia e Finlândia); países com escasso desenvolvimento de serviços de prestação de cuidados em ambos os sectores (Portugal, Grécia, Espanha, Irlanda e Alemanha); países em que é óptimo o desenvolvimento de serviços para os idosos, mas

escasso os serviços para as crianças (Holanda, Noruega e Grã-Bretanha) e países com bons serviços para as crianças mas, escassos serviços para os idosos (Bélgica, França e Itália) (Saraceno e Naldini 2003).

Em Portugal, durante séculos, a assistência aos mais necessitados, esteve a cargo de instituições religiosas. Em meados do séc. XV, existindo alguns hospitais pelo país, apesar de exíguos e dispersos, houve necessidade de rentabilizar os recursos humanos e materiais e é neste contexto que as Misericórdias, cuja vocação é a prestação humanitária de assistência às necessidades da população em geral, têm um papel preponderante na reforma e institucionalização da assistência em Portugal, com uma enorme capacidade de adaptação a novas necessidades sociais (Moura 2006).

Até final dos anos 60, as questões e problemas inerentes aos idosos, não foram objecto de uma política social destinada à protecção social dos mesmos, tanto mais que ainda não se faziam sentir os efeitos do envelhecimento demográfico, porquanto eram poucos os que alcançavam uma idade avançada. Além disso, os cuidados aos mais velhos era da responsabilidade da família, não merecendo portanto especial atenção por parte do Estado, pelo que as políticas direccionadas para esse colectivo eram quase inexistentes. Em 1969 estas problemáticas foram então equacionadas e inicia-se a discussão na Assembleia Nacional, acerca dos problemas inerentes à população idosa portuguesa. Em 1971, é criado o serviço de Reabilitação e Protecção aos Diminuídos e Idosos, no âmbito do Instituto da Família e Acção Social inserido na Direcção Geral da Assistência Social, que veio substituir o Instituto de Assistência aos Inválidos. Então, eis que surge um Departamento direccionado para os problemas dos idosos. No entanto, só em 1976, com a redacção da nova Constituição da República, se consagra o direito à segurança social, através de cobertura na doença, velhice, invalidez, viuvez e orfandade, desemprego e situações de falta ou de diminuição dos meios de subsistência ou de capacidade para o trabalho. Em 1988, foi criada a Comissão Nacional para a Política da Terceira Idade (CNAPTI), importante para a implementação de políticas sociais de velhice em Portugal, que permitiam melhores condições de vida a esse colectivo. A política social da velhice consubstanciou-se em medidas políticas no âmbito da Segurança Social, Saúde, Justiça, Cultura e Lazer. Emerge ainda uma acção social que é essencialmente exercida por Instituições Particulares de Solidariedade Social e outras organizações privadas, apoiadas financeiramente pelo Estado. Para além destes apoios, existem outros de carácter financeiro, que se designam pensões. Estas podem ser do regime contributivo ou não

contributivo, consoante os idosos tenham feito ou não descontos para a Segurança Social. É também a partir desta altura que se começa a desenhar uma política que ainda hoje perdura e que tem por paradigma a manutenção do idoso no seu domicílio, o maior tempo possível. No decorrer dos anos 80, começaram então a definir-se com grande intensidade políticas de prestação de cuidados aos idosos, com algum investimento na manutenção do idoso no seu ambiente familiar. De todo o modo, o Estado divide as responsabilidades de prestação de cuidados aos idosos com a sociedade civil e a família (Martins 2006; Vaz 2008).

Em Portugal, a implementação do Estado-Providência é pois recente, ocorrendo essencialmente após as alterações políticas e sociais de 1974, na tentativa de dar resposta às novas necessidades. Segundo Vaz (2008:61), o Estado-Providência *"corporiza-se num conjunto de instituições públicas que procedem a uma redistribuição de benefícios através de prestações directas ou indirectas de bens e serviços a que legitimamente o cidadão tem direito"*.

Relativamente aos equipamentos sociais, segundo a Carta Social, Relatório 2008, último disponível, (MTSS/GEP 2010), consideram-se as estruturas físicas onde se desenvolvem as diversas respostas sociais ou, onde estão instalados os serviços de enquadramento das respostas que se desenvolvem directamente junto dos utentes. Relativamente à natureza jurídica da entidade proprietária os equipamentos não lucrativos, em 2008, correspondem a 85% do universo, enquanto os lucrativos correspondem a 15%. Apesar do crescente aumento destes últimos, a rede solidária continua a ser a grande dinamizadora do crescimento da rede. De entre as várias respostas sociais, a maioria (52%) são dirigidas às pessoas idosas³, nomeadamente,

³ **Serviço de Apoio Domiciliário** - social, desenvolvida a partir de um equipamento, que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio a indivíduos e famílias quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar temporária ou permanentemente, a satisfação das necessidades básicas e/ou as actividades da vida diária;

Centro de Convívio - Resposta social, desenvolvida em equipamento, de apoio a actividades sócio-recreativas e culturais, organizadas e dinamizadas com participação activa das pessoas idosas de uma comunidade;

Centro de Dia - Resposta social, desenvolvida em equipamento, que consiste na prestação de um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção das pessoas idosas no seu meio sócio-familiar.;

Centro de Noite - Resposta social, desenvolvida em equipamento, que tem por finalidade o acolhimento nocturno, prioritariamente para pessoas idosas com autonomia que, por vivenciarem situações de solidão, isolamento ou insegurança necessitam de suporte de acompanhamento durante a noite;

Acolhimento Familiar para Pessoas Idosas - Resposta social que consiste em integrar, temporária ou permanentemente, em famílias consideradas idóneas, pessoas idosas quando, por ausência ou falta de condições de familiares e/ou inexistência ou insuficiência de respostas sociais, não possam permanecer no seu domicílio;

Residência - Resposta social, desenvolvida em equipamento, constituída por um conjunto de apartamentos com espaços e/ou serviços de utilização comum, para pessoas idosas, ou outras, com autonomia total ou parcial;

Serviço de Apoio Domiciliário, Centro de Convívio, Centro de Dia, Centro de Noite, Acolhimento Familiar para Pessoas Idosas, Residência e Lar de Idosos. As principais respostas sociais, neste âmbito, são o Centro de Dia, a Residência e Lar de Idosos e o Serviço de Apoio Domiciliário. Entre 1998 e 2008, o Serviço de Apoio Domiciliário apresenta a maior taxa de crescimento, seguido pelo Centro de Dia e pela Residência e Lar de Idosos. Por outro lado, durante a década em apreciação, a percentagem mais elevada de ocupação corresponde inequivocamente à Residência e Lar de Idosos, logo seguida pelo Serviço de Apoio Domiciliário, também com uma elevada taxa de utilização. Os centros de dia, apresentam uma menor taxa de utilização, relativamente às respostas anteriores. Ainda, segundo a Carta Social, em 2009⁴, o número de respostas sociais em Portugal estava distribuído da seguinte forma; Centro de Dia - 1937, Lar de Idosos - 1773 e Serviço de Apoio Domiciliário - 2415. No entanto, para Nazareth (2009), estes três tipos de respostas nunca serão uma solução, são tão somente remédios provisórios que atenuam as consequências da velhice para alguns.

Também Pimentel (2006) considera que os equipamentos de maior implementação foram os lares, sendo mesmo, durante muito tempo, a única possibilidade de apoio formal. Posteriormente, a consciencialização dos efeitos nefastos da institucionalização, pelo corte com o meio habitual do idoso e pela ineficiência das estruturas, tanto pela sua desumanização, como pelos custos elevados, a aposta recaiu na implementação de serviços na comunidade que promovam a inserção dos idosos na mesma. Nos últimos anos, foram privilegiadas algumas respostas que se caracterizam por serem intersectoriais, nomeadamente, Apoio 65 - Idosos em Segurança, Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII), em 1994, que contempla alguns serviços, como sejam, serviços de Apoio Domiciliário, Centros de Apoio a Dependentes/Centros Pluridisciplinares de Recursos, Formação de Recursos Humanos, Serviço de Telealarme, Saúde e Termalismo e Passes da Terceira Idade. Foram ainda criados outros programas e projectos nomeadamente, o Programa Idosos em Lar (PILAR), em 1997, que pretende desenvolver e intensificar a oferta de lares e outras respostas sociais para idosos. O Programa "Apoio 65 - Idosos em Segurança" (1998), que tem como objectivo promover a segurança dos idosos mais vulneráveis e isolados através de policiamento de proximidade. O Plano Avô, em 2000, com vista a contribuir para a

Lar de Idosos - Resposta social, desenvolvida em equipamento, destinada ao alojamento colectivo, de utilização temporária ou permanente, para pessoas idosas ou outras em situação de maior risco de perda de independência e/ou de autonomia (www.cartasocial.pt).

⁴ www.cartasocial.pt

melhoria da qualidade dos serviços prestados pelos lares de idosos. O Projecto Recriar o Futuro, que pretende sensibilizar para a mudança de atitudes e a preparação para a reforma, como forma de promover o desenvolvimento social, pessoal e empresarial. O Cartão 65 que permite beneficiar de descontos em serviços ou compra de bens de vários sectores de actividade. A Linha do Cidadão Idoso, que serve para informar e divulgar um conjunto de direitos e de benefícios. O Programa de Apoio à Iniciativa Privada Social (PAIPS), apoia a construção e remodelação de estabelecimentos com fins lucrativos, formação de recursos humanos e criação de novos postos de trabalho. O Projecto TIO (Terceira Idade On Line) que promove a utilização das novas tecnologias na promoção da qualidade de vida dos idosos. O Plano Gerontológico Local também foi uma medida importante no âmbito da acção social, privilegiando a actuação em equipas multidisciplinares e intersectoriais, planeando serviços e projectos em função de grupos e zonas de intervenção prioritários. Também a formação ao longo da vida teve grande incremento nos últimos anos, nomeadamente através da proliferação das Universidades Seniores. No parecer de Moura (2006), as Universidades da Terceira Idade para além da ocupação dos tempos livres, com actividades de cariz educativo e cultural, apresentam outros benefícios, como sejam, promover a formação ao longo da vida, a aquisição de conhecimentos, a intergeracionalidade, maximizar o capital intelectual dos idosos, promover actividades desportivas e recreativas, fortalecer laços de amizade, estimular a integração social, diminuir a solidão, incutir confiança e incrementar o sentimento de utilidade.

Bandeira (2009), refere também que a oferta de serviços e equipamentos em Portugal, tem sofrido nos últimos anos um aumento considerável, sobretudo em termos de lar, centros de dia e cuidados domiciliários. Entre 1991 e 2006 existe, de facto, um maior investimento do Estado. Os cuidados domiciliários formais foram os que apresentaram um maior crescimento. O Estado tem um papel importante no financiamento destes serviços para idosos, através da prestação directa de serviços ou pelo financiamento de serviços de apoio, essencialmente através da rede de Instituições Particulares de Solidariedade Social. Também a administração local, tem oferecido uma diversidade de programas destinados à população sénior, dos quais se destacam, o Cartão Sénior Local, programas de promoção da actividade física, como por exemplo, o envelhecimento activo, eventos culturais, prestação de pequenos serviços e o Plano Social (Carta Social). Salienta-se o papel importantíssimo da rede de Misericórdias e a sua cobertura a nível nacional. As respostas e programas para idosos, no sector público, são distintos, nomeadamente, os de carácter social, essencialmente o apoio no

domicílio, incentivos à estada em família, lares, residências, centros de dia, centros de convívio, centros de noite e centros de férias. No que concerne à prestação de serviços, são exemplo o Programa Nacional de Saúde para as Pessoas Idosas, o Programa de Apoio Integrado a Idosos e o Programa de Turismo Sénior, aos quais se acrescenta a prestação financeira, por exemplo o Complemento Solidário para Idosos. Existe ainda um conjunto de medidas destinadas a esta população, entre as quais, o Programa de Alargamento da Rede de Equipamentos Sociais (PARES), apoio ao investimento de equipamentos sociais do sector privado e a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, tal como se pode observar nos quadros seguintes 3 e 4.

Quadro 3
Programas e Políticas centrais para idosos

Programas e políticas centrais para idosos	Infraestrutural/ material	- Soluções sociais (Serviço ao domicílio, estada em família, lares, residenciais, centros de dia, centros de convívio, centros de noite, centros de férias) - PCHI – Programa Conforto Habitacional para Idosos
	Prestação de Serviços	- Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas - Projecto “Recriar o Futuro” - PAII – Programa de Apoio Integrado a Idosos - Programa de Turismo Sénior
	Prestação Financeira	CSI – Complemento Solidário para Idosos

Fonte: Adaptado de Bandeira (2009)

Quadro 4
Outros Programas e Políticas centrais relevantes

Outros Programas e políticas centrais relevantes	Infraestrutural/ material	- PARES – Programa de Alargamento da Rede de Equipamentos Sociais - PAIES – Programa de Apoio ao Investimento em Equipamentos Sociais - RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
	Prestação de Serviços	- Rede social - PROGRIDE – Programa para a Inclusão e Desenvolvimento - PCAAC – Programa Comunitário de Ajuda Alimentar a Carenciados - Serviço tele-assistência domiciliária
	Prestação Financeira	- RSI – Rendimento Social de Inserção

Fonte: Adaptado de Bandeira (2009)

Relativamente ao sector privado, a grande aposta tem sido nos cuidados residenciais, concentrados essencialmente em algumas regiões do litoral (Bandeira 2009).

A intervenção coordenada na área do apoio social e dos cuidados de saúde, dirigidos à pessoa em situação de dependência, em Portugal, tomou forma com o Despacho Conjunto nº 407/98 de 18 de Junho, do Ministérios da Saúde e do Trabalho e Solidariedade, com a finalidade de responder às necessidades deste grupo, no contexto

sócio-familiar, sendo o tipo de respostas o apoio social, cuidados de saúde continuados e respostas integradas, nomeadamente Apoio Domiciliário Integrado (ADI), para a prestação de cuidados médicos, de enfermagem e apoio social no domicílio e Unidades de Apoio Integrado (UAI), com a finalidade de apoiar, durante as 24 horas pessoas que necessitem de cuidados multidisciplinares, que não possam ser prestados no domicílio. Mais recentemente, com o Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho dos Ministérios da Saúde, Trabalho e Solidariedade Social, foi criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, que prevê as Unidades de Internamento, Unidades de Ambulatório, Equipas Hospitalares e Equipas Domiciliárias.

Da análise que Martin et al (2007) fizeram distingue-se uma forma peculiar de organização dos diferentes serviços e ou programas públicos, em Portugal, salientando-se dois blocos de estratégias políticas para a terceira idade, nomeadamente; medidas de promoção de cuidados aos idosos dependentes e medidas de promoção do envelhecimento activo.

De entre as medidas de promoção de cuidados aos idosos dependentes sobressaem os serviços de informação (Carta Social), assessoria legal e defesa de direitos (Linha do cidadão idoso e Linha de emergência social), programas residenciais e ou de internamento (Lar), programas de cuidados a idosos inovadores ou alternativos (Acolhimento Familiar, Programa de Apoio Integrado a Idosos, Serviço de Apoio Domiciliário, Centro de Apoio a Dependentes/Centro Pluridisciplinar de Recursos, Formação de Centro de Recursos Humanos e Serviço de Telealarme), Centros de Atenção Diurna e Nocturna (Centro de Dia, Centro de Convívio, Centro de Noite), programas de adaptação ambiental (Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas e Programa de Apoio à Adaptação e Remodelação de Habitação e Espaços Circundantes), programa de cuidados domiciliários (Serviço de Apoio Domiciliário) e intervenção em negligência e maus tratos a idosos (Manual para a Prevenção da Violência Institucional). No que concerne às medidas de promoção do envelhecimento activo destacam-se os programas de saúde e bem-estar físico (Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas) e Programas de Ingressos Económicos (Cartão 65).

Sistematizando, de acordo com o estudo da avaliação das necessidades dos seniores em Portugal, solicitado pela Fundação Aga Khan, foram identificados nove programas em curso, Apoio Integrado a Idosos (1994), Turismo Sénior (1995), Recriar o Futuro (2000), Linha Nacional de Emergência Social (2001), Plano Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (2004), Complemento Solidário para Idosos (2005), Rede Nacional de

Cuidados Continuados Integrados (2006), Projecto Cidades Amigas do Idoso (2007) e Conforto Habitacional para Pessoas Idosas (2007) (Machado 2009).

Ao nível da saúde, em Portugal, o Plano Nacional de Saúde, nas suas Orientações Estratégicas para 2004-2010, no âmbito do envelhecimento saudável, proclama que os cuidados são inadequados às necessidades dos idosos, sobretudo ao nível dos cuidados de saúde primários não se faz um rastreio suficiente dos factores de fragilidade dos idosos, os cuidados de saúde também não estão organizados de modo a responder às necessidades de uma população cada vez mais envelhecida, com inadequada formação tanto para cuidadores formais como informais. A prestação de cuidados no domicílio e a equidade de acesso aos serviços de saúde também são questionáveis. Também a articulação entre os vários sectores, não só da saúde, envolvidos na prestação e cuidados aos idosos é inadequada. Relativamente aos determinantes da autonomia e independência a questão da preparação da reforma é uma preocupação, pelas consequências nefastas que daí advêm para o idoso, ao nível da saúde física e mental e nas relações sociais. É manifestada a preocupação com a insuficiência de ambientes capacitadores da autonomia e independência, a falta de ambientes acessíveis é uma constante.

Desta forma, tendo subjacente as preocupações elencadas, foram definidas como intervenções necessárias e objectivos estratégicos, adequar os cuidados de saúde às necessidades específicas dos idosos (implementação do programa para a saúde das pessoas idosas, identificação das dificuldades no acesso à saúde, investimento na informação da população idosa, prevenção da doença, promoção do envelhecimento activo e investimento nos cuidados continuados), actuar sobre determinantes de autonomia e independência (rastreio de critérios de fragilidade, implementação do conceito de envelhecimento activo) e promover e desenvolver intersectorialmente ambientes capacitadores de autonomia e independência dos idosos (detecção e eliminação de barreiras arquitectónicas, detecção e encaminhamento de situações de violência, abuso ou negligência, recursos a tecnologias e serviços promotores da segurança e articulação da saúde com outros serviços e com a sociedade civil).

Como *settings* a privilegiar, surge a capacitação da família para a prestação de cuidados informais, adaptação dos lares de idosos, no sentido de serem promotores da funcionalidade, autonomia e independência dos idosos, identificação por parte dos serviços de saúde dos critérios de fragilidade e a promoção da reabilitação activa e recuperação global, no âmbito dos cuidados continuados (Ministério da Saúde 2003).

Da avaliação feita pela OMS ao Plano Nacional de Saúde 2004-2010 salienta-se, de uma forma geral, que o estado da saúde em Portugal sofreu melhorias significativas e que se aproximou de algumas médias europeias nomeadamente, no que concerne à esperança média de vida e nas mortalidades por doença isquémica cardíaca, por acidentes rodoviários e por cancro da mama. Metade dos indicadores já foram atingidos ou espera-se que atinjam as metas até final de 2010. Dos indicadores comparáveis internacionalmente a grande maioria tem uma evolução favorável, relativamente à média europeia. Não obstante, prevalecem algumas lacunas nomeadamente ao nível das desigualdades na saúde. Os aspectos a melhorar prendem-se com a equidade no acesso aos cuidados e a sua qualidade e com o propósito de esbater as assimetrias regionais, assegurando ainda a sustentabilidade financeira do SNS (OMS 2010).

Segundo a OMS, pesquisas feitas em países com populações idosas evidenciam que por si só, o envelhecimento não leva à explosão incontrolável dos gastos com a saúde. Em primeiro lugar e, segundo os dados da OCDE, os altos custos na saúde aplicam-se à ineficácia na prestação de cuidados, construção de hospitais em excesso, sistemas de pagamento que incentivam a internamentos longos, número excessivo de intervenções médicas e uso inadequado de tecnologias caras. Por outro lado, também os custos com os cuidados de longa duração poderiam ser melhor geridos se fossem adoptadas políticas que incitem à prevenção e estimulem os cuidados informais. As políticas de saúde que apostem na promoção da saúde e prevenção da doença possibilitam uma vida mais longa e independente durante mais anos (Organização Pan-Americana da Saúde 2005).

Apesar de se ouvir frequentemente que há medida que o número de idosos aumenta, é evidente o aumento das despesas com a saúde, também Wise (2009) refere que não nos podemos esquecer que, este agravamento dos custos, também pode ser atribuído aos custos inerentes ao aperfeiçoamento das tecnologias. O problema, segundo o autor, também se coloca porque cada vez há menos pessoas no mercado de trabalho para pagar essas despesas crescentes da Segurança Social e da assistência à saúde. Igualmente Kalache (2009) partilha da convicção de que o aumento dos custos da saúde não são um exclusivo do processo de envelhecimento, mas sim, das tecnologias caras que surgem associadas às doenças crónicas e por isso, ao envelhecimento.

O sistema formal de prestação de cuidados diverge de país para país, sendo distinta a divisão das responsabilidades e obrigações públicas e privadas, familiares. No sul da Europa, Itália, Espanha e Portugal, as obrigações familiares de sustento são alargadas,

muito para além da relação entre filhos adultos e pais mais evidente na Áustria, Bélgica, França, Alemanha, Grécia e Luxemburgo. Por outro lado, nos países escandinavos e na Holanda, estão claramente assumidas as responsabilidades a nível público. Na Grã-Bretanha e Irlanda, onde apesar de não estarem bem definidas as responsabilidades públicas não existem obrigações familiares legais entre pais e filhos adultos (Saraceno e Naldini 2003).

De todo o modo, nos últimos anos, a aposta tem sido na prestação de cuidados no domicílio, “*community care*”, tornando-se uma prioridade nas políticas de cuidados aos idosos, “*novas políticas de cuidados que seguem a lógica domiciliária foram vistas como as melhores soluções para os problemas de cuidados aos idosos também quando estes deixam de ser autónomos*” (Saraceno e Naldini 2003: 369). Ainda, segundo as mesmas autoras, o sistema formal de cuidados, sejam em instituições ou assistência domiciliária, nos países industrializados, no início dos anos 90, apresentam um curso de vida diferente de país para país, sendo a Holanda e a Grã-Bretanha que apresentam uma história mais longa. A Austrália, França, Bélgica e Estados Unidos têm um sistema de políticas mais recente e limitado. Na Áustria, Alemanha e países do Sul da Europa, a difusão deste tipo de serviços é nessa altura ainda um pouco limitada. Em Portugal e outros países da Europa do Sul, recaem sobre a família as obrigações legais de assistência ao idoso dependente, tanto em termos pessoais como financeiros. Notórias são as limitações dos sistemas formais de cuidados aos idosos e as parcas condições para que as famílias desempenhem estas funções. Mais recentemente, as políticas direccionadas para a manutenção do idoso no domicílio passavam pela atribuição de um subsídio para a prestação de cuidados. Em Portugal, existe a figura do “subsídio por assistência de terceira pessoa” e o “complemento por dependência”. No entanto, apesar de nos países do sul da Europa ser visível o significativo papel da sociedade-providência, em Portugal, independentemente da coesão familiar, as elevadas taxas de pobreza e a insuficiência de protecção pública, condiciona o apoio e a protecção social aos mais velhos (Queirós 2010).

Ao diminuir o número de potenciais cuidadores, com o aumento da necessidade de cuidados aos mais velhos, aliado ao facto de as mulheres integrarem o mercado de trabalho, durante cada vez mais tempo, proliferaram novas estruturas, ao invés do que há algum tempo acontecia, em que a prestação de cuidados era da responsabilidade da própria família, em privado. No decorrer dos anos 80 os países industrializados começaram a preocupar-se com os cuidados aos idosos visando manter a pessoa idosa,

mesmo incapacitada, o máximo de tempo possível no seu ambiente familiar, na comunidade, na sua casa, resposta esta também da preferência dos idosos. A prestação de cuidados no domicílio tornou-se uma prioridade na política de cuidados aos mais velhos, acrescentando-se-lhes os centros de dia e os subsídios económicos, no caso de Portugal, por exemplo, o complemento por dependência e assistência de terceira pessoa. As políticas de cuidados que adoptam a lógica domiciliária parecem ser a melhor resposta para esta problemática, essencialmente quando deixam de ser independentes (Saraceno e Naldini 2003).

Se actualmente se privilegia a manutenção do idoso no domicílio, é decisivo que o apoio familiar assuma uma relevância particular no actual contexto. As políticas sociais de apoio aos idosos dependentes e famílias ainda não são, de todo, suficientes. O apoio aos familiares que cuidam de idosos não tem sido privilegiado nas políticas nacionais, nomeadamente as medidas de conciliação entre a vida profissional e os cuidados aos idosos (José, Wall e Correia 2002). As mesmas autoras referem ainda que a oferta de equipamentos e serviços tem aumentado nos últimos anos, no entanto, a procura continua a ser superior à oferta. Têm também surgido alguns programas governamentais de âmbito nacional, nomeadamente, o Programa de Apoio Integrado a Idosos (1994) e o Programa de Idosos em Lar (1997). Em 2001 foi criado o Plano Nacional de Acção para a Inclusão, cuja principal finalidade é desenvolver os serviços de apoio domiciliário. A nível regional, mais concretamente no Alentejo, surgiu a Rede Ajuda (1999), com o objectivo de incrementar a criação de respostas de apoio social através da formação para prestadores de serviços às famílias e concessão de apoios financeiros e outros, para a criação de iniciativas empresariais neste domínio.

No entanto, os benefícios sociais para quem presta cuidados aos ascendentes são diferentes, não beneficiam dos mesmos direitos que os que prestam cuidados a descendentes, quer em termos de faltas ao trabalho para prestar assistência, como relativamente a horários de trabalho (regime de tempo parcial ou jornada contínua). Em 2000 foi implementado o Complemento por Dependência, atribuído de acordo com o grau de dependência do idoso, correspondendo a uma percentagem do valor da pensão social de invalidez e velhice do regime não contributivo. Importa salientar que Ribeiro (2005) realça o número reduzido de situações em que o Complemento por Dependência é atribuído (6 em 25), em que dado o tipo de patologia e o grau de dependência evidenciado, na opinião do autor, deixa dúvidas quanto à razão da sua existência. Eventualmente, poderá ser ainda influenciado pelo baixo nível de

escolaridade dos cuidadores, daí ser importante que os profissionais informem acerca deste tipo de subsídio e da forma de o adquirir.

Parece que os Governos têm alguma dificuldade em controlar as despesas da Doença e da Terceira Idade (Sullerot 1999). *“Solidariedades familiares e políticas sociais conjugam esforços de modo a encontrarem as melhores soluções de encargo, porque é disso que se trata, com os custos mais reduzidos para todos os lados”* (Fernandes 2001: 46).

É necessário tomar consciência de que, se não existir uma maior participação da população idosa no mercado de trabalho, se os serviços de saúde e sociais não estiverem adaptados à realidade e forem de facto eficazes, então assistiremos certamente a uma enorme pressão sobre os modelos sociais e das finanças públicas europeias (Wintlev-Jensen 2009). Não faz sentido que o aumento da longevidade só contribua para o crescimento do número de anos passados na reforma (Wise 2009).

Tal como refere Loriaux (1995), as estruturas demográficas não devem ser forçadas a adaptarem-se às estruturas económicas, sociais ou políticas, mas sim o inverso, ou seja, estas é que devem acompanhar o movimento das estruturas demográficas. No entanto, não se podem ignorar as consequências do envelhecimento sobre a sustentabilidade dos sistemas de protecção social, no que diz respeito aos gastos com as pensões de reforma e em saúde, pois cada vez as pessoas usufruem de mais tempo como beneficiários destes sistemas (Caleiro 2007). Considera Nazareth (2009) que as actuais medidas podem garantir a sustentabilidade nos próximos 10 a 15 anos, porém, a partir dessa altura deixa de ser sustentável. Deverão ser pensadas as alternativas para o período posterior a 2025.

No parecer de Couvaneiro e Cabrera (2009), as políticas direccionadas para a velhice destinam-se principalmente aos apoios financeiros, criação de estruturas de acolhimento, prestação de cuidados de saúde e na oferta de actividades ocupacionais, partindo desde logo do principio de que se dirigem a uma população socialmente desintegrada ou marginalizada. Talvez a orientação das políticas dirigidas para a velhice deva ser outra, alterando a representação que actualmente se tem da velhice, enquanto período marcado pela dependência, fragilidade, doença e sobretudo inutilidade.

Entre 1960 e 2005 o rácio médio de dependência na velhice (UE25), ou seja, o número de pensionistas que têm de ser financiados por cada pessoa em idade activa aumentou

de 28% para 39%. A Alemanha atingiu a actual média logo em 1970, quanto à Polónia e Portugal ainda não apresentavam, na altura, problemas quanto ao financiamento das pensões públicas (Hoff 2009).

Segundo Carrascosa (2008), em 2005, os países da UE-25, em média, mostraram gastos totais em protecção social, na ordem de 26,3% do PIB. Relativamente ao gasto total em pensões, o valor corresponde a 12,2% do PIB, atribuindo-se à Áustria (14,2%) e à Itália (14,8%) os valores mais elevados e à Irlanda (4,9%) os mais baixos. Portugal atingiu valores próximos da média europeia (12,3%). As projecções para 2050, sobre a despesa pública associada ao processo de envelhecimento indicam que o impacto mais acentuado ocorrerá a partir de 2010 em todos os países da UE, mas o maior incremento dos gastos ocorrerá entre 2020 - 2040 (essencialmente protecção social e pensões).

A este propósito, Caleiro (2007) refere um Relatório do High Group que apresenta as consequências do envelhecimento da população, ao nível da União Europeia, em que, entre outras, é mencionado o aumento dos gastos com pensões e assistência médica, em 2050, entre 4% e 8% do produto interno bruto.

As despesas de prestações sociais, em 2007, representaram 23,4% do Produto Interno Bruto, cabendo aos grupos de funções Saúde (doença e invalidez) e Velhice e Sobrevivência, as maiores proporções de despesa relativamente ao PIB, respectivamente 9,0% e 11,7%. Entre 2002 e 2007 os beneficiários nas funções doença e invalidez, nomeadamente pensão de invalidez diminuíram, tendo aumentado os pensionistas com complemento por dependência. Relativamente ao número de beneficiários nas funções velhice e sobrevivência, em particular pensão de velhice, de sobrevivência e reforma antecipada, aumentaram os três. No que concerne aos beneficiários na função família, mais concretamente ao subsídio por assistência de terceira pessoa, também o seu número aumentou (INE 2009d).

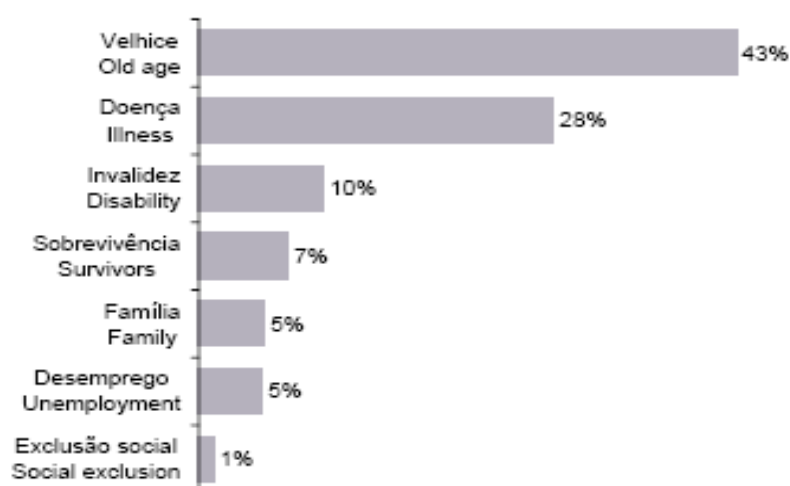
As pensões em vigor em Portugal⁵ são do regime contributivo ou não contributivo, consoante o idoso tenha ou não descontado para a Segurança Social, durante a sua vida de trabalho. Os idosos que pertençam ao regime contributivo podem auferir de uma pensão de velhice, atribuída quando atinge o limite de idade (65 anos), ou então uma pensão de invalidez para compensação da perda de remuneração por incapacidade antecipada para o trabalho ou pensão de sobrevivência. Os idosos abrangidos pelo regime não contributivo, beneficiam da pensão social de invalidez e velhice, atribuída a

⁵ www.seg-social.pt

quem não tem qualquer outro regime de protecção social e ainda a pensão de viuvez. Além destes, há ainda a considerar o Complemento por Dependência, que é uma prestação pecuniária atribuída aos pensionistas de invalidez, velhice, sobrevivência, viuvez e orfandade dos regimes de segurança social, que se encontrem em situação de dependência e o Complemento Solidário para Idosos, que consiste numa prestação monetária para pessoas com baixos recursos, sendo o seu pagamento mensal; uma prestação complementar à pensão que o idoso já recebe.

De acordo com o INE (2010), as prestações de protecção social, em Portugal, em 2007, recaem essencialmente nas pensões de velhice, conforme gráfico seguinte.

Gráfico 8
Prestações de Protecção social, Portugal, 2007



Fonte: INE (2010)

As perspectivas das despesas sociais relacionadas com o envelhecimento em Portugal, segundo Mendes (2009), entre 2004 e 2050 sofrem um considerável aumento relativamente às pensões, aumento esse não tão significativo no que concerne aos cuidados de saúde, tal como se pode observar no quadro 5.

Quadro 5
Perspectivas das despesas sociais relacionadas com o envelhecimento em Portugal (2004-2050)

Despesa social (% PIB)	2004	2030	2050
Pensões	11,1	16,0	20,8
Cuidados de saúde	6,7	6,6	7,2

Fonte: Mendes (2009)

Calcula-se que os serviços nacionais de saúde e a economia colapsem, tamanha é a procura dos serviços de saúde e de pensões, com a agravante que num curto espaço de

tempo já não haverá famílias para compensar a deficitária prestação de serviços públicos, nem pessoas em idade activa capazes de compensar o acréscimo dos custos (Harper 2009). Daí que, entre as principais preocupações constem os gastos públicos com pensões, os aumentos dos custos com cuidados de saúde e a menor disponibilidade dos cuidados prestados pela família, fenómenos estes que podem ser abordados por medidas políticas, assim haja vontade política e económica. Acrescenta ainda a autora que são escassos os recursos capazes de dar resposta à necessidade urgente de criação de instituições e sistemas que se compadeçam dos mil milhões de adultos idosos que sobreviverão ao longo dos próximos 25 anos.

Também Nazareth (2009) constata que com o número de pensionistas a crescer e a população potencialmente activa a diminuir a sustentabilidade do sistema de pensões é uma urgência de curto e médio prazo. Invoca os constrangimentos inerentes a uma Europa com cerca de 180 milhões de pessoas com mais de 65 anos em 2050, num total de 632 milhões de habitantes, comportando Portugal mais de 3 milhões de idosos, num total de 10 a 11 milhões de habitantes. Questiona o autor se o acentuado envelhecimento demográfico corrói irremediavelmente os fundamentos do Estado-Providência.

Machado (2009) alerta para a necessidade das questões sociais e da saúde se consubstanciarem numa política intersectorial, com parcerias entre os diferentes Ministérios, sociedade civil e as próprias famílias. De facto, a solução mais consentânea com a actualidade e com as projecções passa pela implementação de políticas interligadas, premiando a articulação dos sistemas estatais com os sistemas da comunidade e da família.

Em termos de futuro terão de ser repensadas estas políticas pois, grandes são as transformações que estão a ocorrer. As próximas gerações de idosos “ *virão mais bem munidas para responder às dificuldades materiais e culturais, com maior sentido de autonomia e uma mais poderosa consciência de cidadania, promotora de maior capacidade de resolução dos problemas individuais e mesmo colectivos*” (Fernandes 2001: 50).

As políticas sociais e os programas de apoio aos idosos, atendendo a que um elevado número permanece plenamente capaz, terão de valorizar tanto a vertente assistencial, como a ocupação, o voluntariado, a educação, ou seja, a autonomia destas pessoas (Sousa, Galante e Figueiredo 2003). Segundo as autoras, nos países em desenvolvimento, as medidas de apoio aos idosos, que permitam a manutenção da sua

saúde e lhes permita ser economicamente activos, mais do que um luxo é uma necessidade. A tónica destas políticas deve então ser direccionada para os direitos e necessidades deste grupo, tendo em conta ainda as suas preferências e capacidades, disso depende o seu sucesso ou insucesso, tanto na actualidade como nas décadas vindouras.

2- O IDOSO EM CONTEXTO FAMILIAR

“Uma das causas mais importantes da perda de amor à vida é a sensação de não sermos queridos.”

Bertrand Russel

A Sociologia da Família foi nos seus primórdios uma sociologia dos comportamentos familiares e suas transformações em que os grandes autores, como Durkheim, nunca dissociaram o estudo da família da forma de organização da sociedade (Commaille 1998). A mesma não se pode desligar dos condicionantes sociais, políticos, culturais e económicos. Parece consensual que a família é a célula fundamental da vida social, e que apesar das mudanças que ocorreram nas formas de vida familiar, ela é uma das mais antigas instituições, o primeiro e mais importante grupo social. A família é uma instituição natural que nasceu com o Homem, não se limitando a uma elementar construção social. Efectivamente, ela tem-se modificado ao longo da história e apresentado formas diferentes numa mesma época e lugar, consoante o grupo social em causa logo, um fenómeno da natureza e da cultura. A família é um espaço de cultura e um veículo da civilização (Sullerot 1999).

De facto, o papel do tempo e do espaço tem condicionado a estrutura do grupo familiar. As formas de vida familiar variam de sociedade para sociedade e de geração para geração. A família enquanto parte integrante da realidade social, acompanha as modificações sociais que nela acontecem, sendo actualmente essas mudanças mais reconhecidas e visíveis. Apesar disso, na mesma sociedade coexistem diversas organizações familiares. Efectivamente, nas últimas décadas, a baixa taxa de fecundidade e de natalidade, as novas formas de família, a participação da mulher no mercado de trabalho, entre outros, condicionam a ideia que se tem de família, tendo a mesma assumido contornos diferentes ao longo do tempo.

Para se entender e compreender todas estas transformações familiares, temos de perceber as bruscas e profundas mudanças que ocorreram na sociedade global. De todas as mudanças que estão a decorrer por todo o mundo, as principais são as que afectam a vida pessoal, de entre elas a família. Poucos são os países onde não se está a discutir o futuro da família. Em sociedades e culturas diferentes, os tipos de família e

de relacionamento revestem-se de formas diversas. Muitas das mudanças que estão a acontecer na família são problemáticas e difíceis mas, de acordo com inquéritos feitos nos Estados Unidos e na Europa, poucas pessoas aspiram ao regresso dos papéis tradicionais do homem e da mulher, ou à desigualdade entre eles (Giddens 2001).

A família pode então considerar-se como uma instituição em constante mutação em que *“cada época conhece as suas formas familiares; sociedade e família são o produto de forças sociais, económicas e culturais comuns, sem que uma seja o resultado da outra”* (Segalen 1999: 10). No mundo ocidental, antes da revolução industrial, os modelos familiares organizavam-se essencialmente em torno da exploração agrícola; posteriormente com a industrialização desvanecem-se os modelos de família baseados na economia da terra, surgindo o trabalho especializado. A família já não é a unidade base da produção, mas sim do consumo em que com o advento da industrialização, a actividade económica deixa de ser exercida na residência familiar e a indústria passa a contar com mão de obra masculina, feminina e também de crianças, essencialmente as mais desfavorecidas. Assim, a mão-de-obra feminina é essencial para a sobrevivência de um grande número de famílias, acumulando então a mulher as funções de cuidadora da casa, da família e que exerce ainda uma actividade profissional.

Para Gimeno (2003) a industrialização fez com que os trabalhadores abandonassem os seus locais de origem e fossem residir para mais perto dos seus novos locais de trabalho o que contribuiu para a nuclearização da família, em detrimento da antiga família patriarcal, mais ligada às lides agrícolas do que industriais. Daí que, do ponto de vista económico, a família se tenha convertido de uma unidade de produção numa unidade de consumo. Por outro lado, considera-se que *“a família nuclear como estrutura esteve presente ao longo de vários séculos muito antes da industrialização em várias regiões da Europa”* (Saraceno e Naldini 2003: 46). Acrescentam ainda, parecer consensual que em todos os países que viveram esse processo de industrialização, este tipo de convivência familiar se expandiu rapidamente, inclusivamente em áreas e classes que antes se identificavam com outros tipos de estrutura familiar.

Nos anos 50 e 60 modernidade e sociedade industrial andam a par; *“a modernidade, aqui encarnada na sociedade industrial, teria revolucionado a família antiga na sua estrutura, no seu funcionamento e nas suas relações com a sociedade”* (Segalen 1999: 11). Tendo subjacente esta ideia, Parsons considerava que a industrialização impôs a passagem do grupo doméstico a uma forma nuclear, com um único membro economicamente activo que seria o marido. No entanto, os trabalhos relativos à família assumiram que a

industrialização não se posicionou contra a família e, em inúmeras situações, a família seguiu esse processo. Da mesma forma, também se pensava que antes da industrialização predominava a família extensa, constatação esta que foi posta em causa após algumas investigações que vieram demonstrar que em grande parte da Europa os grupos domésticos tinham uma configuração semelhante à das décadas de 50 e 60. Logo, a industrialização, não nuclearizou a família porque isso já ocorria desde há muito tempo. Pelo contrário, alguns autores admitem que foi a existência da família nuclear que impulsionou a industrialização. Desta forma, é um erro considerar a família uma instituição passiva; em antítese, exalta-se a sua capacidade de resistência e de acção (Segalen 1999).

Houchard (2001), considera que a estrutura tradicional da família se encontra maioritariamente na Europa. Perto de 78% da população europeia vive numa família nuclear, distribuída por duas categorias: a dos pais casados e com filhos e a das famílias monoparentais. Segundo a autora, mesmo na Europa existem diferenças entre o Norte e o Sul, em que aparecem somente 40% de famílias clássicas na Suécia. Em Portugal esse valor é de 60%, tal como em Espanha e na Irlanda. O Sul da Europa distingue-se ainda com uma terceira categoria familiar: aquela onde coabitam várias gerações. É o caso de um quinto da população da Grécia, Espanha e Portugal. No resto da Europa este tipo de família não representa mais de 11%. Refere ainda que em média, por residência, o número oficial conhecido é de 2,5 pessoas, embora só permita medir até que ponto vão longe os tempos das famílias numerosas. Somente três países - Espanha, Irlanda e Portugal - contam mais de três pessoas por família. Actualmente predominam as famílias pouco numerosas, segundo o INE (2010), a dimensão média da família em Portugal é de 2 pessoas (30,1%), logo seguidas das famílias com 3 pessoas (26,7%).

Numa mesma sociedade podem, no entanto, conviver uma diversidade de modelos familiares, o que realmente dificulta a compreensão e assunção de um conceito de família, consequência das inúmeras alterações que a mesma sofreu ao longo do tempo e nas diferentes culturas, o que originou alteração nos seus papéis e funções. Apesar de prevalecer nas sociedades contemporâneas a família nuclear, também se podem encontrar outras formas de família, nomeadamente, a família extensa e também novas formas de família, como sejam, a família monoparental e a família recomposta. Gimeno (2003) considera a família nuclear o modelo predominante na cultura ocidental pós-industrial, como sendo aquela que é composta por pais e filhos que convivem no lar

familiar, sem mais nenhum parente. A família alargada, por sua vez, inclui mais graus de parentesco, com pelo menos três gerações no sentido vertical. Alarcão (2006) considera família nuclear, aquela que é composta por elementos que coabitam e que estão unidos por laços biológicos e afectivos e que partilham actividades familiares, nomeadamente refeições e tempos livres, entre outros. Sublinhe-se a perspectiva de Relvas e Alarcão (2007) que referem a falência do modelo das “duas formas de família” como referência estrutural da família, acrescentam as autoras que “a *família extensa (várias gerações vivendo sob o mesmo tecto) e a família nuclear intacta (pai, mãe e filhos) constituem-se, ainda hoje, como um protótipo*” (Relvas e Alarcão 2007: 318). Este modelo, parece permanecer, alheio às alterações entretanto ocorridas e à proliferação de novas formas de família. Está-se constantemente a ouvir falar na ruptura da família tradicional, sendo que “família tradicional” tem servido para englobar situações distintas. Em sociedades e culturas diferentes, também os tipos de família apresentam formas diferentes (Giddens 2001).

Apesar de tudo é indiscutível que a família é o lugar onde se nasce, cresce e se morre, embora nesta trajectória que é a vida, possamos ter mais do que uma família. É a família que nos transmite as normas, valores e cultura da sociedade da qual fazemos parte. Esse espaço de aprendizagem é também um espaço de vivência de relações afectivas que distingue cada pessoa e a faz pertencer a uma família e não a outra. A família pode ser entendida como “*uma micro população no seio da qual acontecem nascimentos, casamentos, mortes, ou conjunto de pessoas que residem no mesmo alojamento e que têm relações de parentesco entre si podendo ocupar a totalidade ou parte do alojamento*” (Silva 2006:43). Por outro lado, a família pode também ser “*um grupo institucionalizado, relativamente estável, e que constitui uma importante base da vida social*” (Alarcão 2006: 37). Para Gimeno (2003: 40), “*a família é um grupo primário, um grupo de convivência intergeracional com relações de parentesco e com uma experiência de intimidade que se prolonga no tempo*”.

Apesar do termo “família” continuar a ser polissémico, pois são diversas as suas funções, dependendo do discurso apresentado ou do local onde se utiliza, o mesmo tem vindo a alterar-se de acordo com as transformações sociais e compreende os indivíduos ligados pelo sangue e pela aliança, tal como a instituição que rege esses laços (Segalen 1999). Independentemente das várias definições que existem de família o mais relevante é vê-la como um todo. Esta visão global da sua estrutura e do seu desenvolvimento é o que a distingue enquanto sistema. Não se pode confinar a uma

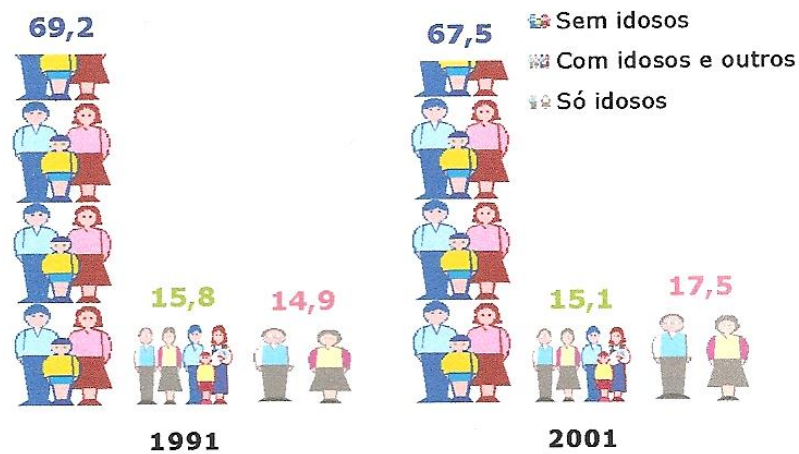
simples construção social, apesar das alterações que tem sofrido ao longo do tempo, apresentando diversas formas e estruturas, em que cada um dos seus membros tem um papel e função definidos dentro da mesma, em constante interação e que está inserida numa unidade social maior (Alarcão 2006).

Enquanto sistema social, os membros da família detêm papéis e funções específicos, cruciais tanto para o indivíduo como para a sociedade, pelo que o sistema familiar se altera sempre que qualquer um dos seus elementos sofre mudanças, daí a necessidade de uma organização interna e distribuição dos papéis. Neste contexto, pode definir-se a família como *“um sistema, 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 de evolução diversificados”* (Alarcão 2006: 39). Tendo subjacente esta filosofia também Gimeno (2003) define a família como um conjunto de elementos em interação, salientando a interconectividade dos seus elementos entre si, reforçando o papel das relações interpessoais logo, os elementos da família não estão isolados mas sim em constante interação, sendo esses laços cruciais para o sistema familiar, é essa a energia que o mantém vivo. Esta interação familiar preserva, no entanto, a individualidade e responsabilidade dentro e fora do complexo contexto do sistema familiar.

Não se pode restringir a vida familiar à soma da vida de cada um dos seus elementos; todavia o comportamento de cada um interfere na família como um todo; o que acontece com cada um em particular condiciona todos os elementos, pelo que Alarcão (2006) considera inadmissível que se analise o comportamento individual, sem ter em conta o contexto em que ele ocorre.

No que se refere à formação familiar, também foram notórias as alterações ao nível da dimensão e composição das famílias. De acordo com o INE (2002c), as estimativas com base nos resultados provisórios dos censos 2001, relativamente a Portugal, demonstraram que em 32,5% das famílias clássicas, residia pelo menos um idoso e que as famílias constituídas apenas por idosos representavam 17,5% do total das famílias. Entre 1991 e 2001 a proporção de famílias clássicas com idosos aumentou, essencialmente, as famílias só de idosos, sendo a grande maioria destas famílias compostas apenas por um idoso no entanto, as famílias compostas por idosos e outros diminuíram ligeiramente, como se observa no gráfico seguinte:

Gráfico 9
Evolução das famílias segundo a sua composição
Portugal (1991 e 2001)

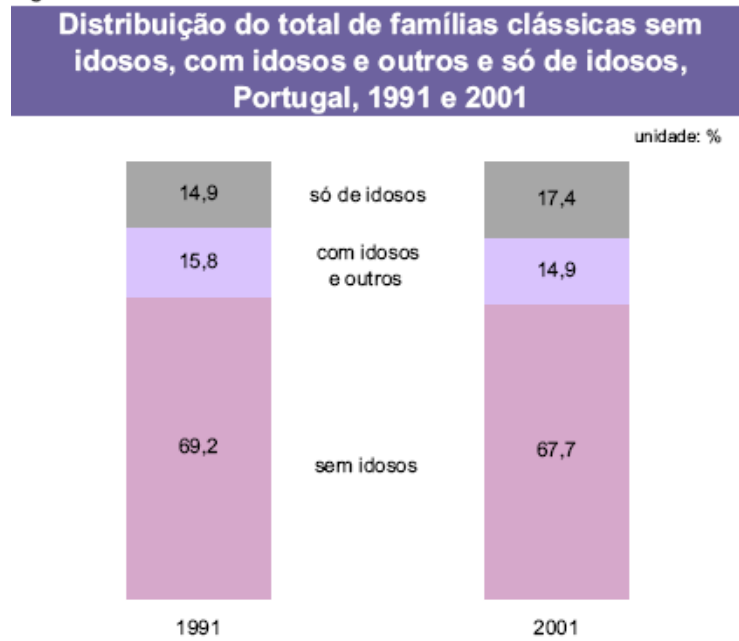


Fonte: INE (2002c)

Também, segundo Gonçalves (2004), nos últimos anos foi visível um aumento das famílias clássicas constituídas só por idosos, sejam famílias unipessoais, idosos que vivem sós, ou famílias constituídas por 2, 3 ou mais pessoas, todas idosas. A proporção de pessoas idosas a viver sós é bastante superior nas mulheres, resultado da sobremortalidade masculina e celibato definitivo, mais comum nas mulheres. Na União Europeia a proporção de viúvos entre 50 e 64 anos é de 2,2% e de viúvas 10,1% no entanto, a partir dos 65 anos esta discrepância aumenta significativamente, sendo 13,6% no caso dos homens e 45% nas mulheres (Carrascosa 2008). Ainda, segundo a mesma autora, Espanha, Grécia e Portugal (Censos 2001), são os países da União Europeia em que é menor a proporção de idosos a viverem sós, situando-se no extremo oposto a Dinamarca.

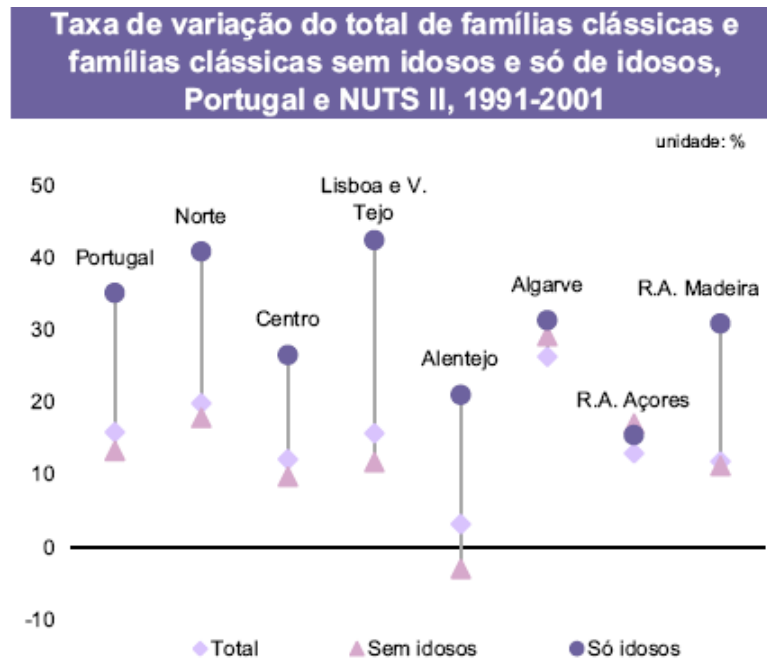
De acordo com Gonçalves (2004), em Portugal, o aumento das famílias só de idosos é mais evidente nas Regiões de Lisboa e Vale do Tejo e Norte, sendo este crescimento menor no Alentejo, na opinião da autora, devido ao desaceleramento do ritmo de envelhecimento, apesar do Alentejo continuar a ser a Região mais envelhecida do país. Ainda segundo a mesma autora, o forte acréscimo verificado no total das famílias clássicas, do qual o Alentejo é exceção, não teve o mesmo impacto nas famílias sem idosos, facto este explicado pelo aumento das pessoas idosas, tal como se pode observar pelos dois gráficos seguintes:

Gráfico 10



Fonte: Gonçalves (2004)

Gráfico 11



Fonte: Gonçalves (2004)

Enquanto conceito censitário, consideram-se famílias clássicas o conjunto de indivíduos que residem no mesmo alojamento e que têm relações de parentesco (de direito ou de facto) entre si, podendo ocupar a totalidade ou parte do alojamento.

Considera-se também como família clássica qualquer pessoa independente que ocupa uma parte ou a totalidade de uma unidade de alojamento (INE 2002b).

Gonçalves (2004), afirma que em Portugal, ocorreu um aumento considerável de pessoas idosas em famílias institucionais, em que mais de metade dessas pessoas, com base nos últimos censos, tinham 80 e mais anos. Já Carrascosa (2008), menciona que em 2001, em Espanha, Grécia, Itália, Eslováquia, Estónia, Letónia, Lituânia e Polónia, aproximadamente 5% de idosos com mais de 85 anos viviam em instituições, valor muito baixo comparativamente com a Holanda e a Bélgica, onde essa percentagem sobe para 25%.

Recentemente o *Statistics Netherlands* fez um cálculo de projecções de famílias (UE-15) para os anos de 1995 a 2025, considerando para o efeito três cenários a longo prazo: o cenário “individualista” que adopta uma tendência mais individualista, de emancipação e de secularização e de baixa fecundidade; o cenário “familiar” que assume um abrandamento do processo de individualização, para além de taxas altas de fecundidade; o cenário “base” que resulta da média dos cenários anteriores. Para cada Estado Membro foram calculadas projecções do número de pessoas a viver em famílias clássicas e em famílias institucionais e o número dessas famílias. À semelhança do que aconteceu nas últimas décadas, o número de famílias tende a aumentar nos Estados Membros, observando os três cenários. Esta situação será consequência do forte crescimento do número de pessoas a viver sozinhas. Por outro lado, a dimensão média da família irá declinar em quase todos os países considerados. A maioria da população europeia vive em casal, casado legalmente ou em união de facto. Esta realidade terá tendência para aumentar, ao que não será alheio o aumento contínuo da esperança média de vida, significando isso que os casais permanecerão juntos nas idades mais avançadas. Por sua vez, os três cenários indicam também o aumento da população da UE-15 em famílias institucionais, resultado do envelhecimento da população (Leite 2005).

Todas estas alterações ao nível da família, às quais se associam as preocupações com o aumento progressivo da proporção de idosos, os condicionantes socioeconómicos e sociais e a inadequação das respostas, veio despoletar uma série de questões, nomeadamente no que concerne à capacidade da família em prover suporte e ajuda aos mais idosos, pois parece que a rede familiar, é a primeira a quem se recorre para resolver necessidades e problemas. Tradicionalmente, a família continua a ter um papel crucial nos cuidados quotidianos aos seus membros, local privilegiado de

solidariedade, acolhimento, de troca afectiva e material. Martín (2005) refere que a família é uma entidade própria, grupo social base, é o que tem o papel mais importante, sobretudo quando está em causa um compromisso a longo prazo. Quando algum membro da família adoece ou sofre de alguma incapacidade é a família que lhe presta apoio. Também Lage (2005) defende que ao longo dos tempos a função de cuidar está associada essencialmente à família.

Muitas famílias continuam no firme propósito de prestar cuidados e apoio aos seus familiares, eventualmente poderá verificar-se uma adaptação às actuais estruturas familiares, mais fluidas e uma continuação do estreitamento dos laços familiares, pondo em causa a apreensão pública de que as famílias se estão a indisponibilizar para os cuidados aos mais velhos (Harper 2009).

Então, parece poder afirmar-se que cuidar dos familiares idosos surge na continuidade do que é o papel e funções da família, social e culturalmente estabelecidos. Apesar de se reconhecer que ser idoso não significa ser dependente, também é perceptível que com o avançar dos anos poderá ocorrer alguma perda da autonomia e ocorrer necessidade de ajuda na resolução das actividades quotidianas. De facto, é nos extremos do ciclo vital que a necessidade de ajuda é mais evidente, na infância e na velhice. No entanto, considera ainda Lage (2005) que a crise dos sistemas de saúde e protecção social das últimas décadas, consequência do acentuado envelhecimento demográfico, responsabiliza as famílias pelos cuidados aos mais velhos, descobrindo então o Estado o papel crucial da família. Desta forma, em alguns países ocidentais desenvolveram-se algumas medidas políticas impulsionadoras da desinstitucionalização ou pelo menos conducentes à institucionalização, apenas quando estritamente necessária, ficando o cuidado socialmente dividido entre o Estado e a família.

A família continua a ser o local por natureza onde ocorrem laços de solidariedade, unidade fundamental da sociedade (Imaginário 2004). Na sequência da ideia, Lamas (2007) refere que as solidariedades familiares estão mais desenvolvidas no sul da Europa do que no Norte, eventualmente porque as dificuldades fortalecem os laços familiares e efectivamente o sul é mais pobre do que o norte.

Um dos grandes desafios que se coloca na actualidade é como conviver com várias formas de família e encontrar o equilíbrio entre o apoio formal e informal de forma a promover a autonomia e independência dos idosos e famílias e contribuir para uma

vida cada vez mais longa, mas acompanhada de qualidade. A integração da mulher no mercado de trabalho, a redução do número de filhos, o casamento tardio e conseqüente nascimento do primeiro filho também mais tardio, alteraram a estrutura e papéis familiares e condicionam o apoio aos mais velhos; no entanto, parece comprovado que o apoio familiar continua a ser uma constante, apesar das dificuldades.

Num relatório da Direcção-Geral da Família (1993), sobre a situação da família portuguesa, ficou evidente a imagem muito positiva que os portugueses têm da família. Ela é factor de equilíbrio social e de desenvolvimento da sociedade, não sendo a mesma substituível pelos amigos. No que se refere às suas funções, a maioria considera que em primeiro lugar é criar, educar e instruir os filhos e em segundo lugar garantir amor e afecto. Num estudo efectuado em Santarém acerca das necessidades, expectativas, práticas e valores sociais da família, concluiu-se que para a maioria dos entrevistados, a família é vista como um grupo de pessoas que se apoiam e se ajudam entre si. A família é uma instituição altamente valorizada e desempenha um papel insubstituível. A sua função principal é ser uma fonte de afecto, compreensão e apoio. Os entrevistados que têm consigo os seus familiares idosos, consideram existir uma boa relação entre as várias gerações. Quando confrontados com uma hipotética situação de "crise", a maioria dos entrevistados, estão convictos de que os membros da respectiva família os apoiariam incondicionalmente (Pereira 1994). Estes resultados parecem confirmar as conclusões a que chegou um outro estudo realizado com famílias da Diocese de Évora, referindo o mesmo que a família é um grupo de pessoas que se apoiam. As suas funções baseiam-se em ser fonte de afecto e educar os filhos. Consideram existir apoio incondicional da família em situações de "crise". A maioria dessas famílias tem uma imagem proteccionista dos idosos, apesar de terem ainda utilidade social ao cuidarem dos netos (Ilhéu; Parreira e Gomes 1995). Na Europa mais de 40% dos avós encarregam-se de cuidar dos netos, no entanto, são evidentes algumas diferenças. Mais de 40% dos avós espanhóis, italianos e gregos cuidam diariamente dos seus netos, comparativamente com os 3% de dinamarqueses, suecos e holandeses, onde essa situação se verifica (Carrascosa 2008).

Actualmente, o papel dos avós vai sendo posto em causa, essencialmente os avós mais jovens, não conseguem ocupar-se dos netos a tempo inteiro pois, o mercado de trabalho absorve-os cada vez durante mais tempo (Saraceno 2004). Por outro lado, actualmente a fase considerada da meia-idade é repleta de solicitações, tendo em conta que os filhos saem cada vez mais tarde da casa dos pais, tanto pelo casamento mais

tardio, como pela dificuldade de inserção no mercado de trabalho e podem ainda regressar em consequência da ruptura conjugal, almejando de novo ajuda, quer de subsistência, quer de alojamento, então pode considerar-se que mesmo na fase da terceira idade a família pode ser prestadora e receptora de cuidados (Carvalho s/ data).

Neste contexto, Parreira; Gonçalves e Ilhéu (1993), no seu estudo, corroboraram, que a existência de redes informais leva a que os idosos não recorram às redes formais. A rede informal e, dentro desta, a rede familiar, é a primeira escolha para qualquer das situações de ajuda. O estudo veio consolidar a vitalidade, reciprocidade e a multiplicidade das trocas no seio da família. Evidencia-se a importância da rede familiar; no entanto, a forte presença da rede familiar não dispensa a coadjuvação com a rede formal.

Da mesma forma, num relatório apresentado por Ulysse (1997), no Canadá, ficou conhecido que o mito do abandono das pessoas idosas pela família, não subsiste aos vários estudos que foram surgindo. Acrescenta também que mesmo com as transformações estruturais que se sucederam na família, não deixa de ser uma fonte de interacção e de suporte, continua a assegurar uma presença de qualidade junto dos idosos. A maioria das pessoas idosas no Canadá faz parte de uma família e de uma larga rede social. Eles recebem ajuda da sua rede informal ao longo da sua velhice e esta ajuda não tende a enfraquecer.

Por sua vez, também Gil (1998), concluiu no seu estudo, que não houve perda de solidariedades intergeracionais, ocorreram sim transformações das redes sociais de suporte na velhice, em que, no circuito das trocas entre pais idosos, em relação de dependência com instituições, e os seus filhos adultos, sobressaem os afectos e os bens materiais dos pais para os filhos adultos e em oposição prevalecem os cuidados instrumentais e de acompanhamento, dos filhos para os pais, essencialmente sob a alçada do elemento feminino da família. Refere a autora que vários estudos salientam a importância das redes informais e demonstram que a rede familiar continua a ser a mais espontânea e, genuinamente, aquela a que as pessoas de idade estão mais ligadas. Esta ideia é reforçada por Pimentel (2006: 116) ao afirmar que *“as redes familiares constituem-se como um importante espaço de trocas instrumentais, expressivas e normativas, assegurando acompanhamento, cuidados e interacções fundamentais para o equilíbrio emocional destas pessoas”*. As trocas ocorrem essencialmente entre pais e filhos sejam elas em sentido ascendente ou descendente. Carvalho (s/ data), acrescenta a este propósito que,

em Portugal, as famílias com rendimentos e escolaridade mais baixos e emprego desqualificado, são aquelas em que ocorre um menor número de trocas entre gerações, reproduzindo a pobreza.

Gil (1999), confirma com base em estudos que as solidariedades familiares se mantêm vivas, o que vem reafirmar a importância da família e das relações de parentesco na vivência quotidiana dos idosos. As solidariedades intergeracionais existem, apesar de terem sofrido mudanças no seu conteúdo e na sua regularidade, quer seja a nível afectivo, instrumental ou normativo. Brito (2002) refere também que estudos realizados nos Estados Unidos e no Reino Unido demonstram que 80% dos cuidados a idosos são prestados por familiares e em Espanha 72% dos cuidados prestados a idosos dependentes são prestados por familiares, amigos e vizinhos.

Imaginário (2004), concluiu no seu estudo sobre idosos dependentes que, efectivamente, a tarefa de cuidar de um idoso dependente é um dever familiar, lugar privilegiado para ser cuidado, onde sem dúvida lhe são prestados melhores cuidados. Também Silva (2006), considera que no actual contexto social a família é um lugar privilegiado nos cuidados aos idosos, pois o ambiente familiar é sem dúvida o cenário onde cada pessoa anseia viver e morrer com respeito e dignidade. Campenhoudt (2003) considera que Durkheim, quando reforça a ideia de solidariedade, entende que uma sociedade não se pode conservar como um agregado se apenas celebrar contratos formais, a vida colectiva seria inviável sem a presença de laços profundos entre os seus membros e em grande parte informais.

Apesar da morte anunciada da família a mesma continua a existir e presta um serviço inigualável para o desenvolvimento e apoio pessoais, *“mais do que um obstáculo para o desenvolvimento individual, a família prossegue sendo uma realidade e um projecto nos quais se acredita e nos quais se investe a maior parte das energias pessoais esperando-se que seja a fonte principal da nossa satisfação individual”* (Gimeno 2003: 23). Ainda é à família que se recorre habitualmente em caso de necessidade. Uma das suas funções básicas é a de protecção dos seus membros, apesar de todas as alterações que foram ocorrendo ao longo do tempo, ela testemunhou a sua capacidade de adaptação às mais variadas situações, tal como a competência e flexibilidade do seu modo de funcionamento.

Contrariando também a ideia de decadência da instituição familiar, Pimentel (2005) refere que a família continua a ser uma instituição significativa no suporte e relação afectiva do indivíduo. Segundo a autora, *“vários estudos sociológicos vêm afirmar que as*

famílias actuais, maioritariamente do tipo nuclear, não estão de um modo geral isoladas das suas redes de parentesco e assumem, na vida dos indivíduos, um papel preponderante como instituição de suporte e referência” (Pimentel 2005: 14).

Os vários estudos apontam no sentido de que as relações intergeracionais se mantêm, sendo a família o apoio mais próximo do idoso, apesar dessas relações terem sofrido alterações em resultado da necessidade de ajuste devido a inúmeros factores, nomeadamente o crescente envelhecimento demográfico, a procura de trabalho longe dos locais de residência e a alteração dos papéis femininos, podendo por vezes essa ajuda ficar comprometida, pois é essencialmente sobre a mulher que recai essa responsabilidade. De todo o modo, a mulher não se afastou do seu papel tradicional de cuidadora da família, ela acumulou sim os dois papéis e tenta conciliar a vida familiar com a vida profissional. A este propósito, Sullerot (1999) refere que nas décadas de 75 a 85, as mulheres investiram no mundo do trabalho, mas a família não deixou de ter um lugar de realce na sua vida, no entanto deixou de ser o seu estatuto principal ou a sua tarefa fundamental. A autora também sublinha que a maior parte das mulheres tenta conciliar a vida familiar e profissional. A desigualdade na repartição das tarefas domésticas e dos cuidados tanto a ascendentes como a descendentes é ainda visível, daí o acumular de papéis e as evidentes dificuldades na conciliação trabalho e família.

Hoje a conciliação entre a vida familiar e profissional é uma questão chave não só para a família mas para a organização social. Refere o artigo 59º, nº 1 b) da Constituição da República Portuguesa que *“todos os trabalhadores sem distinção de sexo, raça, cidadania, território de origem, religião, convicções políticas ou ideológicas, têm direito à organização do trabalho em condições socialmente dignificantes, de forma a facultar a realização pessoal e a permitir a conciliação da actividade profissional com a vida familiar”*. Portugal é dos países que apresenta das maiores taxas de actividade feminina, até porque na maioria das situações a independência económica que esse facto proporciona é preciosa e imperdível. Segundo Relvas e Alarcão (2007), em Portugal, em 1960 a taxa de actividade feminina era de 13% e em 1998 esse valor atingiu os 40%, sendo a mais alta da Europa, a par da Grã-Bretanha, no entanto, este país tem um elevado número de mulheres que trabalham a tempo parcial, ao invés do que acontece em Portugal. Este é um cenário que já se arrasta ao longo do tempo. Já em 1987, segundo Ferreira (1993), as mulheres portuguesas tinham uma das mais altas taxas de actividade dos países Europeus, inclusivamente o grupo das mulheres casadas, no grupo etário dos 25 aos 49

anos, habitualmente o menos activo, sendo irrelevante o número de mulheres que trabalham a tempo parcial.

Segundo o INE, em 2008, a taxa de actividade (dos 15 aos 64 anos) em Portugal aumentou, na sequência do que tem acontecido desde 1998. Este aumento pode ser justificado, entre outros factores, pelo aumento da participação feminina no mercado de trabalho. Efectivamente, entre 1998 e 2008, a taxa de actividade das mulheres aumentou. Relativamente à taxa de emprego, de acordo com os dados disponíveis no INE, entre 2000 e 2008 pode-se perceber que relativamente à população activa feminina, com idades entre os 35 e 44 anos, a taxa de emprego subiu (INE 2009c).

Se por um lado se verifica uma crescente simetria entre homens e mulheres no domínio do trabalho pago, contrapõe-se uma persistente assimetria no domínio da repartição das tarefas domésticas e dos cuidados a crianças e idosos. A desigualdade na repartição das tarefas domésticas e dos cuidados a pessoas dependentes entre homens e mulheres continua a ser característico da família portuguesa, apesar de, no domínio dos valores, os casais portugueses estarem dirigidos para um modelo simétrico da divisão do trabalho (José, Wall e Correia 2002). De todo o modo, apesar de subsistir a construção social das funções da mulher e a divisão sexual do trabalho e apesar de se ter demonstrado que homens e mulheres prestam diferentes tipos de cuidados, actualmente esta situação parece estar com tendência para a mudança.

São diversos os cuidados prestados pela família, no que diz respeito aos idosos, e abarcam as necessidades conducentes à saúde e bem-estar dos mesmos, nomeadamente suporte psicológico, emocional, financeiro e cuidados e assistência nas actividades básicas e instrumentais da vida diária (Lage 2005; Ribeiro 2005) ou, como menciona Paúl (1997), a prestação de cuidados informais está dividida em dois domínios, o apoio psicológico essencial ao bem-estar psicológico e satisfação com a vida e o apoio instrumental que proporciona ajuda física aquando da ocorrência de diminuição das capacidades funcionais do idoso e aumento da dependência física, seja ela temporária ou permanente. No entanto, Lage (2005) com o suporte de alguns estudos, menciona que os homens e as mulheres, de facto, prestam diferentes tipos de cuidados, cabendo ao homem essencialmente o transporte do idoso e gestão do dinheiro. A esta divisão sexual de tarefas, podemos acrescentar os constrangimentos no que concerne à privacidade e intimidade, pois poderá ser bastante embaraçoso um filho prestar cuidados de higiene à mãe (Veríssimo 2004 e Figueiredo 2007).

A família parece ser a alternativa de suporte informal mais evidente e é sem dúvida o principal prestador de cuidados informais; a rede de vizinhança tem alguma visibilidade mas, essencialmente, nos meios rurais. Existia a ideia, actualmente questionada, de que outrora a família tinha maior responsabilidade nos cuidados aos idosos e doentes, sendo esse papel bastante acentuado e que na actualidade isso não acontece; no entanto, atendendo aos vários estudos, ainda é bem visível o papel da família nos cuidados aos mais velhos, algumas vezes lado a lado com as instituições. Em situações extremas, o recurso às redes formais de apoio ao idoso impõe-se como a solução mais viável e não como primeira escolha. Apesar das acentuadas alterações que condicionam a estrutura e organização familiar no âmbito dos papéis e funções que desempenham, a família continua a ter um papel de relevo nas redes de solidariedade e nas trocas expressivas e instrumentais entre os seus elementos. Mesmo com a modificação ocorrida ao nível das relações intergeracionais, consequência do marcado envelhecimento demográfico, mobilidade geográfica e social dos jovens, integração da mulher no mercado de trabalho, condições de vida precárias e crescimento dos serviços formais de apoio ao idoso, a família não deixou de ser a fonte fundamental de apoio, sejam cuidados directos, apoio psicológico e contactos sociais.

O apoio familiar é o mais adequado às necessidades específicas dos idosos, daí ser o mais solicitado. De facto, *“existe em Portugal uma sociedade-providência forte que compensa, em certa medida, o défice de actuação do Estado que, no nosso país, não assume os contornos de um verdadeiro Estado-Providência”* (Pimentel 2005: 23). Reforça ainda a autora que *“a família ocupa um lugar privilegiado no contexto da sociedade-providência”* (Pimentel 2005: 29). Paraphrasing Boaventura de Sousa Santos, a sociedade-providência considera-se uma *“rede de relações de interconhecimento, reconhecimento mútuo e entreaajuda baseada em laços de parentesco e de comunidade através da qual os pequenos grupos sociais trocam entre si bens e serviços numa base não mercantil e com uma lógica de reciprocidade”* (Hespanha 1993: 315). Por sua vez, o Estado-Providência pode ser corporizado como um *“conjunto de instituições públicas que procedem a uma redistribuição de benefícios através de prestações directas ou indirectas de bens e serviços a que legitimamente o cidadão tem direito”* (Vaz 2008: 61).

Figueiredo (2007), referindo alguns autores (Jani-Le Bris; Salvage; Walker), menciona que as expectativas relativamente à manutenção do idoso no seu meio se apresentam em dois extremos opostos. Por um lado temos os países do sul da Europa que se caracterizam pela responsabilização da família e desinvestimento ou não investimento

do Estado e, por outro, os países nórdicos caracterizados pela responsabilização do Estado, com desresponsabilização mas não desinvestimento da família. Nos países do sul da Europa a função de cuidador não é legalmente reconhecida pois ela é considerada como uma obrigação familiar. Este facto pode condicionar o investimento em medidas de apoio à família. Também no norte da Europa não há reconhecimento formal dos cuidadores familiares mas, neste caso, porque ninguém espera da família qualquer responsabilidade na prestação de cuidados, esta cabe ao Estado.

Mesmo nos países onde o Estado assume a responsabilidade da prestação de cuidados a importância da família é reconhecida, desempenhando um papel de suporte ao idoso dependente. Nos países em que os serviços formais se encontram mais desenvolvidos o apoio da família continua a ser significativo, não tendo sido substituído o apoio familiar, sobretudo no que concerne às necessidades de ordem afectiva e social (José, Wall e Correia 2002). Ou seja, um pouco por toda a Europa, é a família que assume o papel de prestadora de cuidados e de suporte aos idosos, quando estes necessitam de apoio, mesmo nos países do norte da Europa, onde a oferta de serviços formais e a responsabilização do Estado pela prestação de cuidados aos idosos é evidente, ao invés do que acontece no sul da Europa, em que esse apoio se constitui como obrigação familiar (Mestheneos e Triantafillou 2005; Figueiredo 2007).

Segundo Carrascosa (2008), cerca de 70% dos espanhóis, gregos e portugueses afirmam que convidariam os seus pais idosos a viverem com eles ou se instalariam com eles se fosse necessário. No caso dos dinamarqueses, holandeses e suecos essa percentagem é inferior a 15%. Por outro lado, os próprios idosos, referem que em caso de necessidade, por doença ou acidente, recorreriam à família. No caso da França e Dinamarca mais de 27% dos idosos recorreriam em primeiro lugar a ajuda externa (serviços sociais ou ajuda contratada).

Até mesmo os “serviços de alívio” (*respite care*) estão mais desenvolvidos em países como o Reino Unido, Noruega, Dinamarca, Suécia, Holanda, França e Bélgica, contrariamente aos países do sul da Europa, mais concretamente Portugal (Figueiredo, Lima e Sousa 2009).

Saraceno e Naldini (2003) também referem que o dever da prestação de cuidados informais é mais visível no sul da Europa onde é inquestionável que devem ser os filhos a tratar dos pais idosos e consequentemente o desinteresse do Estado inerente à prestação de cuidados aos mesmos. Em Portugal, recaem sobre a família as obrigações

legais de assistência aos idosos dependentes, conduzindo à insuficiência da rede de cuidados formais e falta de apoio para as famílias darem resposta às necessidades daí inerentes. Esta questão é ainda mais preocupante se aliarmos à desresponsabilização do Estado a já previsível diminuição do número de futuros cuidadores e aumento do número dos mais idosos.

As autoras atrás mencionadas, referem que o grau de cobertura e a qualidade dos serviços públicos de prestação de cuidados aos idosos não reflectem o desenvolvimento e a lógica do sistema dos serviços para a infância. Concluem que a maior parte dos países europeus se podem agrupar da seguinte forma; países com óptimos níveis de serviços tanto para crianças como para idosos (Dinamarca, Suécia e Finlândia), países com escasso desenvolvimento em ambos os sectores (Portugal, Grécia, Espanha, Irlanda e Alemanha), países com óptimo desenvolvimento dos serviços para idosos e escassez de serviços para as crianças (Holanda, Noruega e Grã-Bretanha) e o inverso, países com bons serviços para a infância, mas escassos serviços para os idosos (Bélgica, França e Itália).

Para a OMS também parece evidente que grande parte dos cuidados de que as pessoas precisam podem ser proporcionados por elas mesmas ou pelos cuidadores informais e acrescenta que na maioria dos países os recursos financeiros são aplicados de forma inversa, ou seja, grande parte das despesas é utilizada com cuidados institucionais. Da mesma forma, acrescenta que em todo o mundo é a rede informal, na sua maioria as mulheres, quem mais apoia os idosos carecidos de cuidados e reforça que não é pelo facto de existir mais apoio formal que as famílias se desresponsabilizam dessa função; ao invés, existem estudos que demonstram que esse apoio não cessa, muito pelo contrário, constitui-se sim como seu principal aliado. Outra questão se levanta no futuro, é preocupante o aumento da percentagem de mulheres sem filhos, as mudanças nos padrões de casamento e divórcio e a diminuição do número de filhos dos futuros idosos confluem na diminuição da rede de apoio familiar (Organização Pan-Americana da Saúde 2005).

Carrilho e Gonçalves (2007) destacam a importância da implementação de medidas de inclusão social como forma de promover a integração dos idosos no seio familiar. Segundo as mesmas, em 2001, cerca de 57 mil pessoas idosas encontravam-se institucionalizados em convivências de apoio social, saúde e religiosas, representando quase 4% da população idosa total. Referem ainda que as recomendações internacionais incitam as sociedades a entender o envelhecimento como um desafio e

uma oportunidade. A experiência e as capacidades dos idosos devem ser valorizadas, incentivando à sua participação na vida da sociedade.

Desta forma, sendo reconhecido este papel da família como prioritário, é crucial a implementação de estratégias de apoio à família no sentido de dar resposta às suas reais necessidades. É preciso equilibrar o papel da família e o papel do Estado na prestação de cuidados aos idosos, reconhecendo a importância do papel do cuidador informal e a necessidade de apoio do mesmo, assegurando que o ónus dos cuidados será partilhado tanto pelos cuidadores informais como pelas instituições formais.

Apesar das famílias cuidadoras serem um recurso, têm necessidades e problemas, inerentes à prestação de cuidados a um familiar idoso, daí a designação de “pacientes ocultos”. Também eles necessitam de ajuda para promover a sua qualidade de vida, saúde e bem-estar, pois prestar cuidados durante um longo período de tempo, pode ser extenuante física e psicologicamente (Figueiredo, Lima e Sousa 2009).

Esta questão do apoio à família e a adequação da mesma não é recente. Desde 1976 que o mesmo está contemplado na Constituição da República Portuguesa que assenta os seus princípios nos direitos fundamentais da pessoa humana e na integridade moral e física. No seu artigo 67º assume a família como elemento fundamental da sociedade, com direito à protecção da sociedade e do Estado e à implementação de condições conducentes à realização pessoal dos seus membros. Nomeadamente, é papel do Estado promover a independência social e económica dos agregados familiares; promover a criação e garantir o acesso a uma rede nacional de creches e de outros equipamentos sociais de apoio à família, bem como uma política de terceira idade; cooperar com os pais na educação dos filhos; garantir, no respeito da liberdade individual, o direito ao planeamento familiar, promovendo a informação e o acesso aos métodos e aos meios que o assegurem e organizar as estruturas jurídicas e técnicas que permitam o exercício de uma maternidade e paternidade conscientes; regulamentar a procriação assistida, em termos que salvaguardem a dignidade da pessoa humana; regular os impostos e os benefícios sociais, de harmonia com os encargos familiares; definir, ouvidas as associações representativas das famílias e executar uma política de família com carácter global e integrado. Mais especificamente, no que diz respeito concretamente ao idoso (artigo 72º) refere-se que “as pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem e superem o isolamento ou a marginalização social. Considera que a política da terceira idade engloba medidas de carácter económico, social e cultural tendentes a

proporcionar às pessoas idosas oportunidades de realização pessoal, através de uma participação activa na vida da comunidade”.

Isto remete-nos para o conceito de cidadania, inscrita no princípio da universalidade e para a importância da incrementação de condições essenciais a uma sociedade incluída, em que os seus membros tenham acesso a um conjunto de direitos e deveres que lhe confirmem a garantia de não serem excluídos socialmente, nomeadamente o acesso a bens e serviços no que se refere à saúde, habitação, educação, sustento, conforto e lazer, segurança social, entre outros. O conceito de cidadania insere-se numa tripla acepção do termo; nomeadamente o elemento civil (séc. XVIII), o elemento político (séc. XIX) e por fim o elemento social da cidadania (séc. XX). Deste modo, devem ser reconhecidas as capacidades legais do indivíduo, as capacidades políticas e os direitos sociais que atribuem à pessoa o direito a um padrão de bem-estar económico e de segurança (Mozzicafreddo 2002; Vaz 2008).

Actualmente, de facto, envelhece-se num contexto mais desfavorável, consequência do acentuado envelhecimento demográfico, em que o duplo envelhecimento da população conduz a um desequilíbrio entre o peso relativo das várias gerações o que poderá, de alguma forma, predispor a graves problemas sociais. Acrescenta Pimentel (2005) que outro factor a ter em conta está relacionado com a alteração das relações sociais, em que as relações de comunidade e de vizinhança tendem a desvanecer-se, sobretudo nos meios urbanos. Nas sociedades tradicionais ainda se encontram resquícios visíveis das mesmas, proporcionando o apoio a quem dele necessita, permitindo a manutenção dos idosos no seu contexto familiar e social. Logo, o isolamento poderá surgir como consequência destas alterações e os idosos poderão sofrer restrições no seu suporte relacional.

Conscientes das dificuldades com que se debatem as famílias na assumpção dos cuidados aos mais velhos e da tendência crescente para a diminuição da importância das relações de comunidade e de vizinhança, essencialmente nos centros urbanos, a opção mais eficaz passa pela complementaridade entre redes formais e informais, determinantes de um envelhecimento como experiência positiva, fazendo jus a uma vida mais longa, plena e com qualidade. Uma boa rede de suporte formal e informal reforça os laços de solidariedade familiar. Gil (1999) refere que o suporte social aos idosos tem subjacente uma lógica preferencial, tendo como base um processo ordenado e uma selecção hierárquica compensatória. O sistema informal é aquele a que o idoso e/ou pessoa dependente recorre com mais frequência. Quando os elementos desta rede

não estão disponíveis ou não existem, então solicitam o apoio do sistema formal. Estes apoios só são solicitados em último recurso, sendo que o complemento entre solidariedades formais e informais, não determina a substituição e aniquilação das solidariedades intergeracionais.

Segundo José, Wall e Correia (2002) existem dois perfis de prestação de cuidados a idosos no seio familiar: um perfil familiar, caracterizado pela centralização da prestação de cuidados na família da pessoa idosa dependente, não havendo recurso exterior à rede de parentesco e um perfil misto que combina vários tipos de prestadores de cuidados, conjugando-se os cuidados prestados pela família com cuidados exteriores à rede familiar, formais ou informais. Da mesma forma, noutra tentativa de compreender os modos de cuidar, pode ter-se em conta dois tipos de estratégias; estratégias de exclusividade em que não existe qualquer tipo de apoio exterior à família e estratégias de complementaridade que concilia os esforços dos familiares cuidadores com a utilização de recursos externos à família, sejam eles de âmbito formal ou informal (Pimentel 2006).

Importa clarificar o conceito de cuidador formal e informal, que no âmbito do cuidado formal, enquanto actividade profissional *“este tipo de prestação de cuidados é habitualmente executado por profissionais devidamente qualificados (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais,...), os quais são designados por cuidadores formais, uma vez que existe uma preparação específica para o desempenho deste papel, e estão integrados no âmbito de uma actividade profissional”* (Sequeira 2007: 97). Cuidador formal é o *“profissional que é contratado para a prestação de cuidados”* (Figueiredo 2007: 103). Outra maneira de prestar cuidados, passa pela prestação dos mesmos, *“executados preferencialmente no domicílio e que habitualmente ficam sob a responsabilidade dos elementos da família, dos amigos, vizinhos ou outros, sendo designados por cuidadores informais”* (Sequeira 2007: 97). Salvaguarda-se que amigos e vizinhos só pontualmente assumem a responsabilidade de cuidar, aquando da inexistência de família ou da incapacidade da mesma para assumir esse papel. Considera-se cuidador informal *“os familiares, amigos, vizinhos ou voluntários que prestam cuidados de forma não remunerada”* (Figueiredo 2007: 103). Por sua vez, o cuidado informal é a prestação de cuidados por parte da família, amigos e vizinhos a pessoas dependentes, os quais não recebem remuneração económica por essa ajuda que prestam (Lage 2005).

De entre os cuidadores informais considera-se cuidador primário ou principal aquele sobre quem recai a responsabilidade absoluta de supervisão, orientação ou que cuida

directamente da pessoa que necessita de cuidados, ou seja, é aquele que realiza e é responsável pela maior parte dos cuidados (Sequeira 2007). Ainda segundo este autor, o cuidador principal, além de ser aquele que proporciona a maior parte dos cuidados e sobre quem recai a responsabilidade, não é remunerado. Martín (2005) refere que a maioria dos investigadores consideram cuidador primário a pessoa que realiza mais de metade do cuidado informal, nomeadamente no que diz respeito ao transporte, tarefas domésticas, preparação das refeições, tratamento da roupa, cuidados pessoais, suporte financeiro, em que o indivíduo afectado seja dependente e cuidador secundário, é aquele que não tem as responsabilidades principais no cuidado. Ainda segundo o autor supra citado, só poderá haver um cuidador primário; socialmente este papel só pode caber a uma pessoa, mesmo quando há rotatividade na prestação de cuidados, essa responsabilidade é temporariamente assumida por uma pessoa de cada vez, não há co-responsabilidade. De facto, podem existir vários cuidadores principais, nunca em simultâneo, em consequência da rotatividade do idoso por diferentes agregados familiares, essencialmente filhos, situação frequente no sul da Europa, nomeadamente em Portugal. Estes esquemas de apoio rotativos, pressupõem o envolvimento de vários cuidadores, articulando-se entre si, de modo a repartir tempo e tarefas, podendo ser os mesmos igualitários (em que a igualdade é a norma na repartição de tarefas e de responsabilidades, independentemente das circunstâncias, com pequenas adaptações em virtude de situações inesperadas) ou flexíveis (que são facilmente e frequentemente adaptados às circunstâncias) (Pimentel 2006). O regime de rotação parece corresponder essencialmente a um padrão mensal (Martín 2005). Este padrão poderá não sobreviver à diminuição do número de filhos, potenciais cuidadores no futuro. Como cuidador secundário entende Sequeira (2007) que é aquele que dá apoio ao cuidador principal, normalmente familiares que dão ajuda na prestação de cuidados de forma ocasional ou regular, mas não tem a responsabilidade de cuidar.

Considera-se algo consensual que, apesar de se dedicar atenção ao cuidador primário ou principal, a restante família passa muitas vezes despercebida e é mesmo negligenciada, sem ser alvo de preocupação ou cuidados e, no entanto, também ela é afectada e envolvida numa teia complexa de relações e passam ou estão a passar por um processo de adaptação e de redistribuição de tarefas. Enquanto sistema, as alterações não afectam ou condicionam apenas um elemento da família mas sim todos eles.

Recentemente a prestação de cuidados no domicílio “traduzida por vezes e em alguns contextos numa preferência por uma política de community care, tornou-se a prioridade das “novas” políticas de cuidados aos idosos, numa política a realizar quer através do desenvolvimento ou da potenciação de serviços à pessoa, diversificados e descentralizados a nível territorial, como a assistência domiciliária, os alojamentos protegidos, os centros de dia para idosos, e nos últimos anos a atribuição de subsídios para a prestação de cuidados” (Saraceno e Naldini 2003: 369). Concluem as autoras que são vistas com muito bons olhos as políticas de cuidados que dão primazia à lógica domiciliária, solução mais adequada para os problemas das famílias e dos idosos, mesmo quando estes perdem autonomia.

Se por um lado, o facto de permanecerem no seio familiar lhes permite receber de uma forma mais efectiva apoio emocional e instrumental, por outro, também a família pode usufruir do apoio dos idosos, assumindo o seu papel de avós, ajudando nas tarefas domésticas e em algumas situações ajudando financeiramente, consubstanciando-se na revitalização dos laços afectivos entre as várias gerações.

2.1 - PROBLEMÁTICAS DO FAMILIAR CUIDADOR

Várias foram as referências relativas ao facto de apesar de todas as alterações e transformações, a família continuar a ter capacidade para se adaptar às mudanças e sobreviver, pelo que se mantêm algumas das suas funções básicas e continua a ter consciência do seu papel no apoio aos mais velhos. A forma como uma família consegue mobilizar os seus recursos, sejam eles internos ou externos, condiciona a sua capacidade de adaptação às várias situações e de resolução das situações de crise. A tarefa de prestação de cuidados na família continua a ser preferencialmente exercida pelas mulheres. Ao papel tradicional das mulheres, enquanto responsáveis pelos cuidados aos seus membros, junta-se o trabalho remunerado e desenvolvem ambos em tempo integral. José, Wall e Correia (2002) referem que a participação da mulher no mercado de trabalho não levou a uma desresponsabilização da mesma pelas tarefas domésticas e cuidados às crianças e idosos dependentes, acumulam as várias responsabilidades. Muitas vezes se ouve que a família está decadente e em crise, que foi substituída no desempenho das suas funções no entanto, foi comprovada a falácia destas suposições, a família continua a ser uma instituição significativa para o suporte

e realização afectiva do indivíduo. A família actual valoriza mais a afectividade e a privatização das relações, os papéis menos hierarquizados e o poder distribuído de forma mais igualitária (Pimentel 2005). Apesar de social e culturalmente ser aceite que cabe à família cuidar dos seus membros, cuidar de idosos é diferente de cuidar de jovens, pelo contínuo agravamento da situação do idoso, pela relação anterior com o idoso e a inversão de papéis, pelos conflitos que podem surgir, muitas vezes não é uma escolha assumida e também frequentemente não partilhada. Por outro lado, existe como que uma antevisão do seu próprio futuro (Paúl 1997).

Vários estudos⁶, reforçam a ideia de que “os cuidadores informais têm vindo a assumir uma importância acrescida, evidenciada pelas investigações desenvolvidas, tendo como alvo esta população, em grande parte devido à congregação de factores demográficos, políticos e sociais” (Sequeira 2007: 96).

Acrescenta Martín (2005), que parece ser um facto confirmado por vários autores e investigadores⁷ que a maioria do cuidado informal proporcionado aos idosos é prestado pelas mulheres.

Refere Kalache (2009) que não vale a pena usar eufemismos, é a mulher, sobretudo as mulheres idosas, por vezes doentes, que cuidam dentro de casa, continuando a suportar o encargo principal da comunidade, em qualquer país.

Interessante a terminologia utilizada por Saraceno e Naldini (2003) para designar a actual geração de cuidadores como “a geração do meio”, pois ainda têm os cuidados aos filhos que acumulam com os cuidados aos pais idosos, sobretudo as mulheres, pois é essencialmente nelas que se delega o trabalho de prestação de cuidados.

Sem dúvida, os domicílios multigeracionais são hoje uma realidade, daí que, os cuidadores tanto são responsáveis por criar e cuidar dos filhos, como cuidar dos pais, ou até mesmo dos avós (Santos 2003). Hoff (2009) faz a analogia com um feijoeiro, em que a família verticalizada é constituída por muitos ramos, ou seja, as várias gerações, no entanto com menos folhas, ou seja, com menos membros por geração.

⁶ Coen e col. (1997); Schneider e col. (1999); Martín, Paul e Roncon (2000); Andreasen (2003); Garrett (2005); Melo (2005); Lage (2005); Martín (2005); Ribeiro (2005); Sotto Mayor e col. (2006) e Sequeira (2007), citados por Sequeira (2007)

⁷ Birkel e Jones (1989); Brody, Litvin, Albert e Hoffman (1994); Dwyer e Coward (1991); Hillier, (1982); INSERSO (1995); Lee, Dwyer e Coward (1993); Morris, Woods, Davies e Morris (1991); Penrod, Kane, Kane e Finch (1995); Stoller (1990); Wolf, Freedman e Soldo (1997), citados por Martín (2005)

O aumento da esperança de vida propicia, de facto, o contacto e a presença física de várias gerações concomitantemente, ao que Segalen adoptou a terminologia “terceira idade” ou “vovô e vovó-boom”. Estas pessoas, normalmente gozam de boa saúde e têm tempo livre e rendimentos (reforma), redescobrimo-se a intensa circulação afectiva, material e simbólica no seio da família. Refere a autora que *“as gerações coexistem, sobrepõem-se e já não se sucedem – eis a grande novidade da instituição familiar contemporânea”* (Segalen 1999: 221).

Também Wacker e Roberto (2008) confirmam que é indiscutível que os cuidadores informais são actualmente uma peça importante nos cuidados aos mais velhos, apesar das alterações ao nível da estrutura familiar, dos novos modelos de família, da elevada taxa de actividade feminina e da conseqüente sobrecarga de trabalho, devido ao facto de acumular todos estes papéis. As pesquisas documentam que os familiares que prestam apoio aos idosos, assumem um papel importante no seu bem-estar físico, psicológico e financeiro. Hoff (2009), também considera que para, a ameaça de que num futuro mais ou menos próximo, o número dos futuros cuidadores sofrerá uma diminuição, numa sociedade em que o envelhecimento da população é uma realidade inofismável. E as pessoas sem filhos, hoje cuidam dos pais, mas quem irá cuidar delas quando disso necessitarem?

Tal como já foi mencionado, o acumular dos vários papéis pela mulher, resulta muitas vezes em sobrecarga física, psicológica e intelectual que amiúde se traduz num elevado absentismo ao trabalho, devido a dificuldades e doenças familiares (Relvas e Alarcão 2007). A sobrecarga do cuidador diz respeito às conseqüências físicas, psicológicas e sociais próprias do facto de se cuidar de outra pessoa (Lage 2005). Considera-se sobrecarga objectiva aquela que *“ está relacionada com os acontecimentos e actividades concretas e refere-se à alteração em parâmetros da vida do cuidador potencialmente observáveis e quantificáveis (sobrecarga física, económica,...)”* e a sobrecarga subjectiva *“é entendida enquanto sentimentos, atitudes e reacções emocionais face à experiência do cuidar, ou seja como cada um avalia a sobrecarga objectiva”* (Sequeira 2007: 119).

De facto, reconhece-se que é preciso não esquecer as implicações para a vida familiar, mais concretamente para o cuidador principal, pois apesar de ser uma situação extensível a toda a família, é sem dúvida sobre o cuidador principal que recai a maior parte da sobrecarga dos cuidados, com reflexos em termos de saúde física e emocional e também ao nível social e financeiro, o que condiciona a qualidade de vida do mesmo e por extensão da restante família, incluindo quem é cuidado, obrigando muitas vezes

a alterações do estilo de vida, relações familiares e (re) distribuição dos papéis. Certamente que o facto de se sentirem cuidados faz com que os cuidadores informais tenham uma maior qualidade de vida o que se vai reflectir nos cuidados que prestam a toda a família. O papel dos cuidadores informais é de extraordinária importância na sociedade actual com implicações importantes tanto a nível económico, como social e humano. Sobretudo na Europa e nos Estados Unidos também é visível a tendência para a manutenção dos idosos no seu domicílio, mesmo os idosos com demência (Sequeira 2007).

Confrontadas com todas as dificuldades que têm vindo a ser elencadas, porque cuidam então as famílias dos seus familiares idosos?

A forma como a rede informal encara e se disponibiliza para a prestação de cuidados tem a ver com a lógica que lhe está subjacente. Se for uma lógica de afectividade, independentemente da necessidade e tipo de exigência a única solução passa pelo acolhimento, a ideia central é minimizar o sofrimento e a dependência, valorizando a preservação da autonomia e dignidade, manifestando inquestionavelmente o seu afecto; numa lógica de constrangimento o acolhimento acontece por obrigação, resultado de ajuda anterior por parte do outro, conseqüentemente esta dinâmica negativa leva o idoso a sentir-se como um fardo; a lógica do dever considera que a obrigação de acolher é natural e inquestionável e por fim a lógica da dependência que se manifesta por uma relação doentia em que a pessoa que cuida tem uma relação extrema com a pessoa cuidada e desta forma tenta conquistar a sua afectividade. A realidade inglesa, segundo Finch, também evidencia o dever dos filhos de apoiar os pais. A família manifesta como razões para cuidar dos idosos um misto de dever, obrigação, amor e afecto. A recompensa parece não ter grande influência na decisão. A autora refere também poder existir, em alguns casos, a expectativa da retribuição (Pimentel 2005). Tendo dado provas de terem sido “boas” mães, esperam quando disso necessitarem, ter “bons” filhos (Segalen 1999).

A ajuda que se desenvolve entre os elementos da família, para Claudine Attias-Donfut, tem origem no reconhecimento de uma necessidade e tem por base as seguintes motivações:

- *“a lógica das necessidades:* as ajudas são orientadas em direcção aos membros da família que se deparam com dificuldades;

- *o laço de reciprocidade*: as ajudas representam a liquidação de uma dívida resultante de uma dádiva recebida anteriormente;
- *a complementaridade* com as ajudas públicas: as prestações sociais estimulam a *entreaajuda familiar*” (Fernandes 2001: 49).

Para Hespanha (1993) numa sociedade rural o dever de cuidar dos idosos resulta do respeito e dos laços afectivos, englobando os deveres filiais de sustento e os deveres de solidariedade dos vizinhos em situação de doença ou risco, uma das manifestações mais típicas das normas de convivência colectiva de uma sociedade rural. Acrescenta ainda que os filhos que não coabitam com os pais, logo que estes fiquem dependentes arcam com a obrigação ou de trazê-los para a sua casa ou ir morar para a casa deles. Procura-se dar resposta às necessidades dos idosos dentro das redes de solidariedade informal. *“O peso dos costumes e a experiência levam a que mesmo os idosos em difíceis condições de vida não se mostrem muito interessados em sair da sua casa ou da sua família para se entregarem aos cuidados de estranhos. A família, mesmo nas piores condições, organiza-se para assumir o que considera a sua obrigação – retribuir o sacrifício dos pais. Fá-lo, muitas vezes, apenas para dar o exemplo aos filhos ou evitar a censura dos vizinhos”* (Hespanha 1993: 326).

Num outro estudo, de âmbito internacional, que integrou a Alemanha, a Espanha, a França, a Grécia, a Holanda e Portugal, em que se pretendeu recolher informação acerca da responsabilidade familiar pelos dependentes idosos, em primeira instância é referido que o desinvestimento familiar relativamente aos ascendentes não tem qualquer fundamento, reforçando ainda que em Itália, Espanha e Portugal espera-se que a máxima da manutenção do idoso no domicílio seja assegurada pela família. São vários os motivos para cuidar dos idosos, estando essencialmente relacionados com as tradições do país, as normas sociais, estrutura familiar, história de cada pessoa, entre outros. A noção de “dever” surge em todos os relatórios nacionais, tal como se encontrou em todos os países menção à gratidão sincera em relação aos pais, sem implicação do dever de troca para pagar uma dívida (Bris 1994). Cohen e Eisdorfer consideram estar subjacentes quatro razões: amor, sentimento que não requer explicação; gratidão, em que são consideradas as experiências passadas e tudo o que anteriormente foi oferecido pelo indivíduo que é agora necessitado; moralidade, tendo em conta as expectativas da sociedade em que se está inserido e, por fim, uma vontade própria em prover cuidados a alguém (Luders 1999).

Os motivos para coabitação com os idosos, para Silva e Neri (1999), são essencialmente afectividade, obrigação, dependência física ou económica, casamento e papel instrumental desempenhado pelo idoso na casa. Para as autoras do estudo foi visível a conjugação das razões afectividade e obrigação com as outras. Dever moral, reciprocidade e afectividade são apontados como os principais motivos da coabitação. Saliente-se que mais de três quartos destes idosos referem que têm alguma doença, principalmente do foro cardiovascular, no entanto são autónomos. Veríssimo (2004), por sua vez, encontrou no seu estudo, como principais razões para cuidar dos idosos a obrigação familiar ou pessoal, a solidariedade familiar ou conjugal e também o amor e o dever.

Como razões expressas pelos familiares dos idosos dependentes para que sejam as famílias a cuidar deles, concluiu Imaginário (2004), através do seu estudo que eram o dever, o facto de ser um familiar, a manutenção dos laços afectivos, o facto de o idoso ter melhores cuidados, ser uma forma de recompensa e ser ainda a vontade do idoso. De entre estes ressaltam os que giram em torno do dever, ser um familiar e laços afectivos. De facto, parece que o que move estes familiares a cuidar dos idosos dependentes gira em torno do afecto/carinho e da obrigação.

Cuidar de idosos é uma tarefa difícil, com custos emocionais, sociais e financeiros e, muitas vezes, estes prestadores de cuidados não recebem apoios externos (Luders 1999). Os cuidados prestados aos idosos são diversos podendo ir desde apoio nos cuidados pessoais, domésticos, de saúde, financeiros, serviços, administrativos, emocional, afecto, atenção, entre outros. As trocas no interior da rede familiar são tantas quantas as necessidades. Os idosos entendem a família como um prolongamento deles próprios. O fortalecimento dos laços familiares, está condicionado pela intensidade e tipo das trocas que se podem constituir no seio da família, esta “é o lugar do *don*, da troca, da entreaajuda incondicional” (Fernandes 2001: 47). Pimentel (2005 e 2006), identifica dois tipos de trocas; as expressivas (apoio moral e emocional, conversar, ouvir dar conselhos, ajudar a perspectivar a vida de forma mais positiva) e as instrumentais (realização de serviços, tarefas domésticas, cuidar das crianças, ajuda financeira, entre outros). Reconhece a autora que o tipo de trocas mais frequentes entre os elementos da rede de parentesco são:

- o apoio económico, através de transferências de dinheiro que podem ser pontuais ou sistemáticas, de apoios em espécie, de heranças e ajudando a encontrar trabalho. O apoio económico orienta-se essencialmente dos mais velhos para os mais novos;

- a habitação – a partilha de habitação entre diferentes gerações ocorre mais por necessidade do que por opção, pois a norma dita que cada família nuclear tenha a sua habitação. A coabitação pode ocorrer da necessidade de jovens adultos, de idosos ou no seguimento de um divórcio;
- cuidados pessoais – implica cuidar de alguém que não pode bastar-se a si próprio e/ou desempenhar as suas tarefas domésticas;
- pequenas ajudas e cuidar de crianças – é um tipo de apoio muito frequente entre as mulheres que compõem uma rede de solidariedade;
- apoio emocional e moral – essencialmente consiste em conversar com as pessoas, ouvir, dar conselhos e ajudar as mesmas a perspectivar as suas vidas de outra forma. Pode ser um apoio de rotina ou em situação de crise.

Num inquérito nacional, em França, referente a três gerações, mostra a forma como se organizaram em torno de um duplo circuito. Os idosos beneficiavam os descendentes com apoios financeiros, recebendo dos filhos uma importante ajuda sob a forma de serviços. Cada vez mais as pessoas atingem o estatuto de idosos a gozar de boa saúde, redescobrimo-se as trocas afectivas, materiais e simbólicas na família (Segalen 1999). Por sua vez, Claudine Attias-Donfut, corrobora o princípio de que as transmissões económicas e monetárias ocorrem principalmente em sentido descendente. Quanto aos serviços prestados a circulação ocorre nos dois sentidos (Fernandes 2001).

Recorrendo ao inquérito SHARE, também Albertini, Kohli e Vogel (2007) e Hoff (2009) referem que os idosos de todos os países participantes (Suécia, Dinamarca, Países Baixos, Alemanha, Suíça, Áustria, França, Itália, Espanha e Grécia) prestaram mais apoio económico à família do que aquele que receberam. Enquanto os idosos prestam ajuda financeira à família, estes retribuem prestando cuidados e apoio essenciais.

De tal forma, são necessárias algumas condições, como sejam, económicas, material de apoio técnico, ajuda de outrem, ajuda qualificada/técnicos de saúde, tempo, colaboração do idoso, condições da habitação e ter saúde para poder levar a bom termo esta tarefa, são condições essenciais à prestação de cuidados (Imaginário 2004).

A forma como o cuidador cumpre o seu papel está condicionada por vários factores, nomeadamente o tipo/frequência da necessidade de cuidados, tendo em conta a situação de saúde/doença, dependência/independência do idoso; o contexto em que o idoso está inserido, salientando-se as condições da habitação, tipo de ajudas, recursos

económicos, entre outros e o contexto do cuidador, no que concerne à sua saúde física e mental, disponibilidade, relacionamento afectivo, etc. (Sequeira 2007).

De facto, o papel da mulher cuidadora, é condicionado pela multiplicidade de papéis que desempenha, que em alguns casos resulta numa grande sobrecarga e esforço, com consequências a nível da vida familiar e social, problemas económicos, laborais, alteração da saúde física e mental. Apesar disso, os familiares cuidadores não se desresponsabilizam das suas funções e consideram como principais motivos para cuidar de um familiar idoso o dever e a obrigação pessoal e por outro lado a gratidão e retribuição de algo que já receberam. O sentimento de amor, carinho e os laços afectivos também tiveram peso nessa decisão. Os familiares manifestam o facto de os idosos serem mais bem cuidados no seio familiar, até porque existem situações em que já apresentam alguma dependência, doenças crónicas, ou vivem sós; afinal, a família é a instituição básica de solidariedade e entajuda, seja ela de pais para filhos ou de filhos para pais.

Embora a literatura seja unânime acerca do papel da mulher na prestação de cuidados a familiares idosos, recentemente o papel do homem enquanto cuidador tem suscitado algum interesse. Ribeiro (2005) considera que esses homens têm sido tradicionalmente negligenciados, tanto pela reduzida expressão numérica, como pelo reduzido envolvimento efectivo nas tarefas de cuidar. No entanto, segundo o autor, actualmente os idosos do sexo masculino têm uma maior probabilidade de serem eles a cuidar da esposa que se encontra numa situação de dependência. Os maridos podem, de facto, ter o papel principal na satisfação das necessidades de apoio ao cónjuge, sobretudo se não existirem descendentes. Por outro lado, também os filhos podem ter um importante papel na prestação de cuidados aos pais idosos, sendo o seu papel mais limitado se não viverem com os ascendentes, ao contrário dos outros que têm um envolvimento ainda maior na prestação de cuidados. Este papel do homem, socialmente atribuído à mulher e suas especificidades parece que tem sido marginalizado, questionando o envolvimento e necessidades de apoio dos mesmos e a quantidade de cuidados que homens e mulheres são capazes de proporcionar (Campbell 2010; Thompson 2002). No contexto português muito pouco se sabe acerca do papel do homem enquanto cuidador informal, essencialmente pela pouca representatividade que assumem nos estudos.

Independentemente de quem seja o cuidador informal, o quotidiano destes e respectivas famílias é muitas vezes assolado por inúmeras dificuldades. Interessa desta forma conhecer, como se caracterizam os cuidadores informais.

No estudo realizado por Hespanha (1993), os idosos quando saíam de sua casa iam para casa das filhas casadas, reforçando o papel da mulher na prestação de cuidados, seguindo as normas tradicionais da organização familiar. Também Bris (1994) refere que as diferentes fontes são unânimes em afirmar a predominância feminina, tanto nos idosos como nos cuidadores, que são essencialmente filhas e numa percentagem muito pequena noras, que vivem em grande parte sob o mesmo tecto. Silva e Neri (1999), referem estudos em que os cuidados prestados pelas redes informais, essencialmente pelos descendentes, são o mais importante suporte dos idosos; acrescentam ainda que nos Estados Unidos, 80% desses cuidados advêm dessa fonte e no Canadá esse número sobre para 94%. Um terço desses cuidadores são únicos, essencialmente cônjuges (esposas) e filhas de meia-idade. Também no estudo produzido pelas autoras supra citadas, realizado no Brasil, as conclusões não foram muito distintas. O questionário foi na esmagadora maioria respondido por mulheres, com poucos anos de escolarização e a maioria coabitava com os pais. Vivem essencialmente em famílias restritas e a maioria dos idosos são do sexo feminino e viúvos.

Um outro estudo (Brito 2002), também aponta como principais características sócio-demográficas dos prestadores de cuidados a familiares idosos, o facto de a maioria ser do sexo feminino, no grupo etário dos 50-64 anos, casados, com baixo nível de escolaridade e sem actividade profissional, apesar de uma percentagem considerável estarem empregados, tendo sido encontrados idênticos resultados por Imaginário (2004), em especial o facto, parece que indiscutível, de serem do sexo feminino, domésticas, casadas, com baixas habilitações literárias, sendo neste caso relevante e até mesmo surpreendente, o papel das sobrinhas, como principais cuidadoras.

De acordo com o estudo elaborado por Veríssimo (2004), a média de idades dos cuidadores é de cerca de 60 anos, essencialmente do sexo feminino e que cuidam dos pais. A maior parte dos cuidadores tem a instrução primária completa, estão maioritariamente reformados e mais de metade da população não estava activa, ou seja, com baixo status social e económico. A maior parte referia não ter mais ninguém no agregado com quem fosse possível partilhar o apoio ao idoso, sendo que a grande maioria coabitava com o mesmo.

Silva (2006) realizou um estudo em que pretendeu conhecer os eventuais cuidadores após a alta do doente, entre outros aspectos, tendo concluído que os resultados evidenciam o papel da mulher, seja filha ou esposa, como prestadora de cuidados em casa e o do homem como secundário ou até mesmo ausente. A média de idades destes eventuais cuidadores é de 56 anos, na sua maioria em idade activa, casadas, pertencentes à designada “*geração sanduíche*” caracterizada por se espartilhar entre o trabalho e a família. Por outro lado, também foi encontrada uma percentagem considerável de cuidadores com idade elevada, o que pode complicar o apoio ao idoso. Quanto ao nível de escolaridade é baixo. Quase metade estão empregados e os restantes estão reformados ou desempregados, o que causa, por um lado, dificuldades de conciliação entre a prestação de cuidados ao idoso e a vida laboral e por outro pode levar à sobrecarga do próprio cuidador.

Sequeira (2007), refere que a literatura sugere que em consequência do envelhecimento demográfico acresce o número de cuidadores idosos, o que por vezes acarreta limitações físicas inerentes ao processo de envelhecimento logo, a actividade de cuidar representa um factor acrescido de morbilidade física e mental. Também no estudo realizado pelo autor anteriormente citado, os cuidadores informais caracterizam-se por ter idade avançada, ou seja, eles próprios já idosos, casados, do sexo feminino, sejam cônjuges ou filhas, com baixa escolaridade, sem actividade profissional, com baixos rendimentos e que habitualmente vivem em co-residência. O autor apresenta também outros estudos⁸ que corroboram estes dados. Reconhecem-se idênticas características nos cuidadores informais que integraram um estudo que Useros et al (2009) apresentaram no XIII Encuentro Internacional de Investigación en Enfermería, trabalho este realizado em Albacete (Espanha) com cuidadores familiares de pessoas dependentes, tendo concluído que os cuidadores são essencialmente mulheres casadas, com uma média de idades de 56,7 anos apesar de um quarto desses cuidadores ter mais de 64 anos, ou seja, eles próprios idosos, em que se verifica um baixo nível de escolaridade. São essencialmente domésticas e na sua maioria são filhas, logo seguidas pelos cônjuges, em que também na sua maioria têm uma convivência permanente com a pessoa dependente, sendo cuidadores principais permanentemente, ou seja, não

⁸ INSERSO (1995); Nolan e col. (1996; 1998); Walf, Fredman e Soldo (1997); Martín e col. (1996); Pereira (1996); Roig e col. (1998); Montorio e col. (1998); Macdonald e Carpenter (2003); Alonso e col. (2004); Santos (2004); Santos (2005); Lage (2005); Sotto Mayor e col. (2006), citados por Sequeira (2007)

alternam com outros. Metade dos cuidadores referem que prestam esses cuidados 24 horas por dia.

Pode definir-se o perfil do prestador informal de cuidados como sendo do sexo feminino, com uma idade média entre os 45 e os 60 anos, cujo grau de parentesco pode ser cônjuge, descendente, amigo ou vizinho, em primeira instância casado, seguidos pelos solteiros, divorciados e viúvos, que vivem próximo do idoso dependente e que podem acumular a profissão com a tarefa de cuidar; apesar de pouco frequente na União Europeia, normalmente esta é uma tarefa de longa duração (+ de 15 anos) (Figueiredo 2007).

As consequências negativas atribuídas ao facto de os cuidadores terem também uma idade avançada e não desenvolverem uma actividade profissional é uma questão controversa pois, segundo Sequeira (2007), os autores não têm uma opinião unânime; alguns consideram que os mais jovens estão mais vulneráveis às dificuldades inerentes à prestação de cuidados. Também relativamente à situação profissional, para os que não têm actividade profissional o facto de cuidar pode ser uma oportunidade de realização pessoal e para os que a têm pode servir de “escape” para a libertação do stress, inerente à prestação de cuidados. Se por um lado, o facto de desenvolverem uma actividade profissional pode causar alguns transtornos de conciliação com a vida familiar, por outro lado pode ser bastante positivo.

Santos (2003) considera que a escolha do cuidador depende de variadíssimos factores tais como; a história pregressa das relações no interior da família, a idade, o género, o grau de parentesco, significado dos vínculos afectivos, situação de saúde física e mental do cuidador, sentimento de dever ou obrigação e reciprocidade, relações de poder no contexto familiar, experiências e características pessoais dos cuidadores e as práticas socioculturais das famílias. Desta forma, compreende-se que não é por acaso que algumas pessoas assumem mais responsabilidades pelos cuidados do que outras e não significa que as outras não tenham interesse ou não contribuam significativamente para os cuidados.

No Relatório sobre a evolução da família na Europa pode constatar-se que Portugal é um dos países da União Europeia em que a população está a envelhecer cada vez mais depressa, salientando o crescimento dos idosos mais idosos; uma em cada cinco pessoas tem mais de 65 anos. As várias crises que se sucederam, sejam elas, económicas, sociais ou demográficas, enfatizam o papel da família como elemento de

apoio principal dentro da sociedade. A família representa pois, amor e apoio, daí ser imperioso que as várias instituições e organizações a apoiem. No entanto, Portugal é dos países que menos apoio disponibiliza para as famílias. Este organismo recomenda que se reconheça a importância do apoio à família e a implementação de políticas específicas para famílias com necessidades particulares. Aconselha ainda que se promova a família como instituição social com papéis e direitos que devem ser respeitados e promovidos (Institute for Family Policies 2008).

Uma questão que podemos colocar é se os cuidadores informais têm capacidade de resposta quando confrontados com estas novas exigências; estarão eles preparados? Assumem a responsabilidade pela prestação de cuidados, muitas vezes com constrangimentos de saúde, monetários e sociais que podem comprometer o equilíbrio familiar. Também é um facto que a literatura aponta que com o envelhecimento demográfico se verifica um aumento do número de cuidadores idosos, em algumas situações com limitações decorrentes do seu próprio processo de envelhecimento (Sequeira 2007). A emergência destas problemáticas, equaciona a durabilidade desta situação. De facto, não se sabe se os actuais cuidadores podem contar com este tipo de apoio quando eles próprios necessitarem de ajuda pois, têm menos filhos e, previsivelmente manter-se-ão durante mais tempo no mercado de trabalho.

Com que dificuldades e necessidades se confrontam então as famílias que cuidam de idosos no seu quotidiano?

Todas as famílias estão sujeitas a pressões externas e internas, sendo que as internas estão relacionadas com as mudanças intrínsecas ao desenvolvimento dos seus membros e as externas estão relacionadas com as exigências de adaptação às instituições sociais (Alarcão 2006).

Várias vezes já foi referido que ser idoso não é sinónimo de ser doente, no entanto, o aumento do número de idosos e da longevidade conduz ao aumento das doenças crónicas e incapacitantes e conseqüentemente concorre para o crescimento de situações de dependência que necessitam de cuidados, sendo esses cuidados prestados por períodos cada vez mais longos, pois à medida que a idade vai avançando vão ocorrendo paulatinamente alterações na capacidade de satisfazer de forma autónoma e independente as suas próprias necessidades, em resultado das alterações fisiológicas inerentes ao processo de envelhecimento, daí que a determinada altura seja evidente a necessidade de ajuda de terceiros.

Relativamente aos cuidados prestados pelos cuidadores principais aos idosos dependentes, afirma Imaginário (2004) que os mesmos se podem agrupar em duas categorias, os cuidados instrumentais (cuidados físicos, que englobam a alimentação, a higiene, vestuário, eliminação e mobilização; cuidados técnicos; cuidados de vigilância; acompanhamento às consultas e gestão de medicamentos) e os cuidados expressivos (cuidados afectivos e sociais).

Apesar de Figueiredo, Lima e Sousa (2009) entenderem que a maioria das pessoas idosas não apresentam limitações funcionais graves, também reconhecem que a possibilidade de realizar de forma independente as actividades do quotidiano diminui à medida que se envelhece. Da mesma forma, as doenças crónicas que afectam cerca de dois terços dos idosos, em muitos casos, podem gerar situações de dependência (Lopes 2007). José, Wall e Correia (2002) agrupam os idosos segundo o nível de dependência, atendendo a que não é um grupo de todo homogéneo. Classificaram então a dependência de acordo com a seguinte graduação: baixa, média e elevada. Com baixa dependência, a necessidade essencial é de supervisão, atendendo ao nível de autonomia que ainda apresentam. Os idosos com média dependência necessitam, além da supervisão, da ajuda de terceiros para algumas actividades específicas, como por exemplo, a higiene pessoal e toma da terapêutica, entre outras. Por fim, os idosos com elevada dependência, necessitam diariamente de ajuda extensiva e intensa, são pessoas com fortes restrições e incapacidades.

As conclusões principais reveladas pela literatura, no que concerne às necessidades do cuidador familiar, evidenciam que as mesmas, apesar da sua importância no contexto da avaliação, estão pouco estudadas e conceptualizadas, são poucos os instrumentos disponíveis para a sua avaliação, em geral os cuidadores apresentam uma série de necessidades (materiais, emocionais e informativas). No entanto, estas necessidades dependem de vários factores, como sejam, o tipo e grau de dependência da pessoa que necessita de cuidados, saúde do cuidador, existência ou não de ajuda formal ou informal, capacidade económica, situação profissional, entre outros. Então, a clarificação das necessidades dos cuidadores informais é crucial, na adequação das medidas ao nível da saúde e social, conducentes ao êxito a longo prazo dos cuidados no domicílio (Figueiredo 2007).

As dificuldades manifestadas pelos cuidadores estão maioritariamente relacionadas com a gestão do quotidiano das famílias, actividades de lazer, dificuldades económicas, dificuldades na conciliação vida familiar/profissional e por vezes também

se reflecte na saúde física e mental do cuidador. O esforço emocional e físico é amiúde desvalorizado. Não raras ocasiões se ouvem relatos de dificuldades na prestação de cuidados ao idoso, por exemplo nos cuidados de higiene e conforto, muitas vezes por falta de informação. É neste contexto que a ajuda ao familiar cuidador, seja ela de âmbito formal ou informal, é uma mais-valia, tanto para quem cuida como para quem é cuidado.

Apesar de muitos familiares não apontarem problemas por terem o idoso a seu cargo, de entre os que responderam afirmativamente sobressaíram como motivos o choque de gerações, a falta de privacidade e questões económicas (Silva e Neri 1999). As questões ou encargos económicos parecem assumir importância, agravando-se com a prestação de cuidados aos idosos dependentes, nomeadamente pelos gastos acrescidos com medicamentos, material de higiene, material de apoio técnico, transportes e serviços sociais. Na opinião dos familiares a sobrecarga económica e os condicionalismos no domínio da vida social da família são evidentes, essencialmente no que se refere á diminuição do tempo livre, ao comprometimento do convívio familiar e com os amigos e a privação de férias. Desta forma, consideram que as relações familiares se modificam pelo facto de cuidar do idoso dependente. Também as rotinas familiares sofrem modificações, essencialmente ao nível do descanso, repouso, emprego e refeições. Evocam a necessidade de ajuda de outrem (emocional e ao nível das tarefas), ajuda dos serviços de saúde (informação, prestação de cuidados e material clínico), material técnico, ajuda económica e ter saúde para continuar com a tarefa. De um modo geral, foram referidas repercussões físicas (fadiga, perturbações do sono/repouso e alterações da saúde), socioprofissionais (isolamento, renúncia do emprego e comprometimento da vida social) e psicológicas (stress) (Imaginário 2004).

José, Wall e Correia (2002) reforçam a ideia de que as famílias que cuidam de idosos com elevada dependência são acometidas pelos impactos negativos resultantes dessa prestação de cuidados, tanto ao nível individual, como familiar. Também Paúl (1997) refere que os cuidadores familiares principais têm uma qualidade de vida mais baixa e uma saúde mais fraca do que a população em geral.

Outros autores referem que existem alguns factores determinantes para a ocorrência das repercussões associadas ao facto de se prestarem cuidados, sobretudo quando esses cuidados são prestados a pessoas dependentes, em especial a perda de liberdade e de usufruição de tempos livres e de lazer, sobrecarga de trabalho, aparecimento de

tarefas nunca antes realizadas, desconhecimento da forma de evolução da doença, dificuldades financeiras, entre outras (Sequeira 2007).

As restrições de tempo livre e suas consequências são perceptíveis. Bris (1994) menciona que as perdas de liberdade e de tempo são visíveis. Os cuidadores são prisioneiros dessa prestação de cuidados e a sua vida familiar, social e profissional são afectadas. Outras alterações problemáticas, com impacto variável sobre a família, são as modificações da habitação, as dificuldades financeiras e o confinamento à casa. O cansaço, a fadiga e o esgotamento físico e mental convivem de forma muito próxima com os prestadores de cuidados. Portugal foi um dos países em que o impacto das consequências para a saúde dos prestadores de cuidados foi evidente.

Alguns dos problemas ou dificuldades que os familiares enfrentam pelo facto de coabitarem com o idoso prendem-se com questões de relacionamento, suporte emocional e carência afectiva, apesar de os familiares, de uma forma geral, negarem a existência de problemas na convivência com o idoso. Outra questão levantada pelos familiares foi a necessidade de formação/orientação sobre como lidar com os problemas dos idosos, em que tanto o relacionamento e a doença ocupam um lugar importante nas dificuldades apontadas (Silva e Neri 1999).

No estudo realizado por Brito (2002), para os prestadores de cuidados, as principais fontes de dificuldades relacionam-se com as consequências directas para os próprios, tanto pelos efeitos a nível físico, como psicológico ou social, além dos problemas financeiros. A falta de liberdade, o excesso de trabalho, a falta de tempo para os outros membros da família e a alteração geral na dinâmica familiar foram mencionadas. Os problemas relacionais com o idoso dependente foram sentidos como uma importante fonte de dificuldade. Aliado a estes aspectos surge ainda o deficiente apoio profissional. Refere ainda a autora que, outros estudos corroboram estes resultados, salientando os mesmos, as alterações da vida social e familiar, problemas económicos e laborais, cansaço e desgaste físico e psíquico.

Veríssimo (2004), no seu estudo, concluiu que a interferência dos cuidados com a actividade profissional foi essencialmente considerada “moderada” e cerca de um quarto desta população afirma que a prestação de cuidados teve “bastante” interferência. Também neste estudo a acumulação de um trabalho remunerado com o papel de cuidador não constituiu o modelo predominante, apesar de tudo a autora reforça que não se pode negligenciar a percentagem daqueles que mantêm a sua

actividade profissional. Apesar da maior parte referir não necessitar de utilizar os rendimentos próprios para fazer face a despesas com o idoso, uma percentagem considerável tem necessidade de usar “às vezes” e “sempre”. A grande maioria mencionou que recebia apoio, nomeadamente o apoio económico do Estado e o apoio domiciliário de enfermagem, essencialmente, apesar da menor ênfase foi ainda referido o apoio de outros familiares e vizinhos. Cuidar de um idoso no domicílio reflecte-se também na ocupação dos seus tempos livres e na organização familiar, sendo as grandes necessidades referidas o apoio económico e de material técnico.

Salienta-se ainda, de um modo geral, a importância da componente de apoio domiciliário tanto médico como de enfermagem, tal como o apoio ao nível dos cuidados básicos, entendidos por José, Wall e Correia (2002) como sendo, por exemplo, a higiene pessoal e conforto, vestir e despir, comer, levantar e sentar, etc..

Outras carências manifestadas prendem-se com a necessidade de informação/conselho, apoio domiciliário preventivo por parte da equipa de saúde, alojamento colectivo temporário e o apoio psicológico. Para a maioria destes cuidadores o facto de cuidarem dos idosos interferiu com a sua vida, nomeadamente ao nível da saúde, da esfera afectiva, no plano económico e com a profissão. Por sua vez, também se comprovou que a qualidade de vida dos familiares cuidadores diminuía quando aumentava a dependência do idoso, o mesmo acontecendo relativamente à correlação entre a idade do cuidador e a qualidade de vida do mesmo (Veríssimo 2004).

Silva (2006), relativamente à percepção das dificuldades que os familiares irão encontrar no domicílio aquando da prestação de cuidados aos idosos, concluiu que as mesmas podem ser relativamente ao acompanhamento do doente, condicionadas pela dificuldade em ficar junto do idoso, nos cuidados com o corpo, inerentes à falta de informação acerca dos cuidados de higiene, eliminação, mobilização, entre outros e nas situações de urgência que se tornam angustiantes para os cuidadores. Os medos que referem estão essencialmente relacionados com situações que possam não conseguir resolver, não ter ajuda, não aguentar e encontrar o idoso morto. Cuidar de uma pessoa idosa mais ou menos dependente causa stress, alterações na saúde física e mental e sentimentos de frustração, ansiedade e inquietação.

Imagínario (2004) frisa que são várias as necessidades dos familiares cuidadores, salientando-se de entre as mais prementes a ajuda de outrem, a ajuda económica e o

apoio dos técnicos de saúde, essencialmente para colmatar a falta de informação e a impreparação para lidar de forma adequada com o idoso dependente. Da mesma forma, também Sequeira (2007) considera que o apoio ao nível da formação e informação, o treino de competências e habilidades permite ao cuidador um melhor desempenho, caso contrário, esta lacuna é factor preditivo de deterioração cognitiva e funcional do idoso dependente e ficam eles próprios mais vulneráveis ao aparecimento de sobrecarga.

Pimentel (2006), menciona que serão poucos os cuidadores que têm algum tipo de formação ministrada por profissionais, apesar disso, muitos deles sentem-se preparados para desempenhar todas as tarefas necessárias à manutenção do bem-estar dos seus familiares, situação esta que pode ser propiciada pelo facto de que muitas vezes, os próprios cuidadores se auto-representam como pessoas com uma aptidão especial para cuidar.

Acrescenta a este propósito Sequeira (2007) que, apesar de haver uma boa relação entre quem é cuidado e quem cuida, a maioria dos cuidadores não tem expectativas positivas face à situação do idoso, atendendo a que o mesmo é dependente, apresentam algumas queixas de saúde, sendo que os que cuidam de idosos dependentes sem demência são mais sensíveis a queixas físicas e os que cuidam de idosos dependentes com demência a queixas psíquicas. A maioria considera que dispõe de pouca informação sobre a situação ou problema o que também pode condicionar o desempenho do cuidador. Outro factor a ter em conta, segundo o autor, é o número substancial de horas utilizadas na prestação de cuidados, quando existe a necessidade de supervisão e vigilância constantes. As principais fontes de ajuda provêm dos familiares mais próximos. Concluiu ainda que prestar cuidados a idosos dependentes corresponde a níveis mais elevados de sobrecarga (repercussões negativas, sejam pessoais, sociais ou económicas) agravada quando existem alterações cognitivas e de comportamento. Além das dificuldades encontradas na prestação de cuidados, também a situação de saúde do cuidador é determinante para o aparecimento de sobrecarga.

Apesar de a tarefa de cuidar de um idoso poder ser considerada gratificante, não se podem menosprezar os impactos negativos que daí advêm, como sejam a sobrecarga, seja ela objectiva ou subjectiva e os efeitos nefastos daí resultantes ao nível da saúde física e mental do cuidador, essencialmente se o idoso for demente ou se o cuidador já tiver uma idade avançada. Também as relações familiares e sociais se podem

modificar, afectando o conjunto das redes familiares. A conciliação das responsabilidades de prestação de cuidados ao idoso e a manutenção de uma profissão é geradora de alguns constrangimentos, sendo que, se ocorrer cessação do trabalho remunerado agravam-se os problemas financeiros, acrescidos ainda pelo aumento das despesas. Também a redução do tempo livre e de lazer é uma realidade, sobretudo quando o idoso que se cuida for dependente. Daí que a autora tivesse agrupado as necessidades dos cuidadores como necessidades de ajudas práticas e de ajudas técnicas, de apoio financeiro, de apoio psicossocial, de tempo livre e de informação e formação (Figueiredo 2007).

Os cuidadores familiares de idosos dependentes encontram-se menos satisfeitos com a vida e percebem a sua saúde como sendo pior. A sobrecarga é elevada para estes cuidadores, percebendo o seu estado de saúde como fraco (mais nervosos, mais deprimidos, mais tristes, menos calmos e menos felizes), sobretudo quando os idosos têm demência. Os cuidadores familiares de idosos sem demência percebem a sua saúde mental como significativamente melhor. Os cuidadores que têm uma percepção mais desfavorável do seu estado de saúde são aqueles que se sentem mais sobrecarregados no seu papel. Logo, a sobrecarga resultante do contexto da prestação de cuidados familiares ao idoso dependente parece interferir negativamente na percepção do estado de saúde (Figueiredo e Sousa 2008; Figueiredo, Lima e Sousa 2009).

Relativamente às dificuldades financeiras, Gonçalves (2004) refere que as despesas com a habitação e com a alimentação, absorvem quase metade do total das despesas nos agregados com idosos, onde também as despesas com a saúde registam um peso relativo, no total das despesas, de facto, superior no agregados com idosos. Também Lopes (2007) menciona que as dificuldades financeiras são evidentes, pela necessidade de se custear tudo o que o idoso necessita, consubstanciando-se a falta de recursos monetários como causa de angústia por parte da família. Desta forma, por um lado, a manutenção da actividade profissional, atenua alguns constrangimentos económicos inerentes à tarefa de cuidar embora, por outro, manter a profissão pode ser uma mais valia, pois pode constituir-se como um escape e permitir a manutenção de vida social, logo a actividade profissional não é uma opção mas sim uma necessidade (Brito 2002; Lage 2005 e Figueiredo 2007).

A coabitação é uma variável importante na explicação do padrão de cuidados pois, o cuidado instrumental pode ser afectado, entre outros, pela proximidade geográfica, por

outro lado, o cuidado emocional não está influenciado pela proximidade. Parece normal que *“as exigências e as obrigações de cuidados aumentem por causa da proximidade (coabitação) enquanto a qualidade da relação entre cuidador e receptor de cuidados se deteriora e, conseqüentemente, se verifique uma situação de menor capacidade para o cuidado emocional”*(Martín 2005: 188). Ainda acerca desta questão, também Lage (2005) refere que a coabitação é considerada como essencial para prestar os cuidados de carácter instrumental, pois parece que o cuidado emocional não está dependente da proximidade física. Outra perspectiva referida por Sequeira (2007), indica que a co-residência é extremamente importante para o papel de cuidador informal, pela proximidade física e afectiva, o que o coloca numa posição privilegiada no desempenho do seu papel.

É imperioso otimizar o papel do cuidador informal por forma a preservá-lo e a melhorar o seu desempenho, condição indiscutível para a promoção e manutenção da qualidade de vida, tanto do idoso, como da família. Por outro lado, o espaço dos idosos na família é cada vez menor, em consequência de vários factores, entre os quais, os laborais e os económicos, então o recurso ao lar surge mais como uma consequência e não como uma opção, ou então, a única solução (Sequeira 2007). Apesar disso, um aspecto que condiciona a institucionalização do idoso é o peso das normas e valores em vigor na sociedade, de uma forma mais marcante nos meios rurais onde a tradição e os costumes, ainda têm importância. Existe *“por um lado a pressão social, principalmente em meios mais pequenos como as áreas rurais, que condiciona negativamente a opção pela instituição. Por outro lado, a consciência individual vê-se confrontada com o dever de reciprocidade e de solidariedade”* (Pimentel 2005: 59). A preocupação de não recorrer à institucionalização é evidente, tanto por parte dos idosos dependentes como dos seus cuidadores principais, essencialmente para não se sujeitarem à censura social, pela importância que advém da manutenção do idoso no seu meio familiar e social, pela interacção que podem estabelecer e ainda pela possibilidade de satisfazer a vontade do idoso dependente (Imaginário 2004). Não obstante, em Portugal, verifica-se um aumento considerável de idosos a viver em instituições, dos quais, mais de metade, segundo os últimos censos, têm 80 e mais anos (INE 2001).

Os idosos admitem a indisponibilidade dos familiares para lhe darem apoio, desculpabilizam-nos, justificando com as contingências inerentes à actividade profissional, salvaguardando que não é por falta de vontade ou de afecto. Então, o recurso às redes formais impõe-se como alternativa, até porque eles próprios não

querem impor a sua presença aos filhos. Contudo, esta autora, realçou que “apesar das dificuldades que as redes de parentesco enfrentam para garantir um apoio próximo e continuado aos idosos, os laços afectivos e as interações mantêm-se com alguma intensidade” (Pimentel 2005: 203). A institucionalização só é considerada solução quando todas as outras opções se esgotaram.

Além da perda de autonomia física, também pesam na decisão de institucionalização outros aspectos. Relata Paúl (1997) que a institucionalização acontece essencialmente no decurso de incapacidades funcionais, sobretudo se existirem limitações nos apoios sociais, no entanto, Pimentel (2006) acrescenta que, segundo vários estudos, os problemas de saúde e perda de autonomia não são os principais motivos de entrada para o lar. O mais frequente parece ser o isolamento, relacionado com a inexistência de uma rede de interações facilitadoras da integração social e familiar que promovam o apoio ao idoso em caso de necessidade. A falta de recursos económicos e a falta de condições da habitação, também são habitualmente apontados. Acrescenta ainda que o recurso ao Centro de Dia, Apoio Domiciliário ou ao Lar, resulta da conjugação de vários factores, nomeadamente a perda de autonomia e a indisponibilidade familiar, por vezes associada a relações conflituosas, sendo a mulher, especialmente as noras, o principal alvo das críticas quando a rede de parentesco se demite das funções de cuidador. Identifica ainda como eventuais fontes de conflitos, o confronto de valores entre gerações, a ausência de privacidade, a acumulação de tarefas, a ausência de entajuda, dificuldades financeiras, intromissão do idoso nos assuntos conjugais e a tendência dos familiares para controlar os assuntos inerentes ao idoso.

Se por um lado o recurso às redes formais é essencial para a promoção da qualidade de vida dos idosos e facilita, de certa forma, a prestação de cuidados por parte do familiar cuidador, de um modo geral parece evidente uma maior relutância no recurso aos lares do que a outro tipo de apoio formal, como sejam os centros de dia, centros de convívio e apoio domiciliário, podendo estes últimos proporcionar um conjunto de respostas de proximidade que permitem retardar ou mesmo evitar o internamento em lar. Aliás, esta relutância e desconsideração, relativamente aos lares, não é exclusiva de Portugal, segundo o Conselho Económico e Social, ela é extensiva à Europa (Pimentel 2005).

Duarte e Paúl (2007), no estudo que realizaram, encontraram como motivos que levaram os idosos a tomarem a decisão de institucionalização o “medo da solidão” e “motivos familiares”, nomeadamente conflitos com a família e sentirem que são um fardo para a mesma.

A preocupação dos familiares para não recorrer à institucionalização é notória, tanto por parte dos idosos, como da família; não é uma decisão pacífica, pois esse tipo de instituições é frequentemente conotado negativamente. Esta é uma resolução difícil, tendo em conta o peso dos costumes e a resistência a serem cuidados por outros (Hespanha 1993). De facto, muitas vezes, o recurso a apoios formais é socialmente conotado como negligência e abandono por parte da família. A ida para o lar não é vista, na maioria das vezes, com muito bons olhos pela imagem negativa que estas instituições adquiriram. A opinião que se tem das instituições não lhes é muito favorável. É visível a preocupação de não recorrer à institucionalização, tanto da parte dos idosos como dos cuidadores, pois a imagem que se tem dos lares não abona a seu favor. Figueiredo (2007) também considera que existe uma opinião depreciativa generalizada em relação aos lares. A institucionalização num lar é então uma experiência angustiante, tanto mais que os idosos preferem permanecer no seu ambiente familiar e social, associando-se esta situação a deslealdade, perda e abandono (Pimentel 2005).

A este propósito refere Cardão (2009: 75) que *“as pessoas não foram feitas para, no fim das suas vidas, perderem a actividade e colonizarem-se em instituições que mais parecem hospitais, ou, melhor dos casos, hotéis, mas sempre à parte de todo um mundo, que lá fora continua na sua diversidade e complexidade”*. Apesar da relutância que muitos idosos manifestam pela opção da institucionalização em lar, nem sempre a sua opinião é tida em conta, ao invés do que referem São José, Wall e Correia (2002) que as soluções de apoio contam com as preferências do idoso e dos familiares e que se as mesmas forem divergentes, prevalece a vontade do idoso.

Além da pressão social, do ser “mal visto”, os longos tempos de espera para ingressar numa instituição pública e os custos elevados praticados pelas instituições privadas, são dissuasores da institucionalização. Até mesmo os idosos têm muitas reservas à institucionalização, sobretudo pelas vivências pessoais que lhes favorecem a identificação com os antigos asilos, com condições de vida insalubres e degradantes e o sentimento de abandono familiar que advém desse facto. Nem os cuidadores familiares estão preparados para assumir a partilha das suas responsabilidades com o Estado, nem os idosos encaram as instituições como espaços de cuidados e distração (Arca 2007).

Os problemas que surgem com a institucionalização, nomeadamente o corte com o meio natural, os cuidados desumanizados e os custos elevados predispõem à criação

de serviços na comunidade, valorizando a dimensão social da vida dos idosos, prevenindo a institucionalização (Pimentel 2005). Por outro lado, não fica excluído um interesse visivelmente económico, pelo receio de um aumento previsível das despesas formais, resultado do aumento crescente do número de idosos no contexto europeu (Arca 2007).

O desafio passa pela implementação de apoio da mais diversa natureza às famílias cuidadoras; a implementação de uma política social dirigida a estes familiares é crucial, numa sociedade que está ainda longe de atenuar o fenómeno do envelhecimento demográfico, com a agravante da diminuição do número de filhos, tornando a rede de apoio mais restrita, onde a partilha das responsabilidades será mais difícil. É preciso ajudar as famílias a ajudar os idosos, dando-lhes as condições necessárias a uma vida digna e com qualidade para ambas as partes. No entanto, *“as interrogações sobre a redescoberta das solidariedades familiares e a transferência da carga do Estado para a família, mais não significam do que a manifesta incapacidade do Estado-Providência para decidir hoje sobre a natureza da resposta a dar à exigência da prestação de cuidados de longo prazo aos idosos”* (Lage 2005: 204).

É convicção de Pimentel (2005: 76) que *“a aposta em respostas coordenadas, que se baseiem na complementaridade entre os vários actores sociais, passe a ser uma via para que a família se envolva, prestando um apoio que não comprometa a sua estabilidade, mas que complemente, essencialmente a nível expressivo, as respostas institucionais”*. As estratégias para o *empowerment* comunitário das pessoas idosas e dos prestadores de cuidados no futuro passa por *“ajudar as pessoas idosas a ter hipóteses de escolha, a ter voz, oportunidades, confiança, elevada auto-estima e auto-eficácia, informação e ainda uma atitude não-gerontista por parte de todos nós”* (Squire 2004: 365). Os idosos e os seus prestadores de cuidados têm de ter competência para usufruir de uma forma plena dos recursos existentes, de modo a assumirem o controlo da sua vida.

A tarefa de cuidar pode assim consubstanciar-se em duas vertentes, uma positiva e outra negativa; os aspectos positivos são a satisfação, a realização pessoal, sentimento de orgulho por ser cuidador, habilidade de enfrentar novos desafios e melhoria da relação com quem é cuidado, sendo ainda visto como retribuição pelos benefícios recebidos. No entanto, o que prevalece é a sobrecarga, stress emocional, desgaste físico, problemas de saúde, limitações nas actividades de trabalho e de lazer, além de conflitos familiares e insegurança em relação aos cuidados prestados. Na opinião dos autores o cuidador também precisa ser cuidado, precisa de alguém que lhe dê suporte,

que o substitua e ajude nas suas funções. É crucial promover e valorizar a rede de apoio familiar de forma a que a família se organize e cuidar dos seus familiares não se traduza numa árdua e desgastante tarefa (Schneider, Silva e Pereira 2009).

Ao longo das várias leituras, transpareceu a mensagem de que actualmente a grande aposta recai na manutenção dos idosos que necessitam de cuidados, no domicílio, como estratégia para a promoção da sua autonomia e dignidade, cabendo à família a assumpção desse papel de cuidadora, na prestação de cuidados a idosos dependentes, independentemente das alterações a que foi sujeita, tal como pode ser comprovado pelos estudos (Sequeira 2007). Daí, segundo o mesmo autor, a pertinência da implementação de estratégias direccionadas para as famílias que permitam ao mesmo tempo aumentar a sua disponibilidade e a capacidade de resposta, recorrendo ao apoio formal. Parece ser o que acontece nos Estados Unidos, Inglaterra e Japão em que 75% a 90% da prestação de cuidados está sob a alçada do cuidador informal que por sua vez recebe apoio formal no sentido de mitigar as consequências negativas inerentes ao desempenho deste papel.

Figueiredo (2007) considera que a inadequação das respostas sociais e de saúde se constituem como um obstáculo ao apoio familiar. A questão dos cuidados familiares e a sua manutenção ao longo do tempo, tal como já foi referido, é preocupante e pode mesmo ficar comprometida em consequência da diminuição do número de filhos ou seja, dos futuros cuidadores. Tanto mais que *“o tamanho da rede social ao longo do tempo é importante porque tem sido demonstrado que as pessoas com redes mais alargadas obtêm mais apoio nos momentos de doença”* (Figueiredo 2007:60). Acrescenta ainda que as redes sociais podem ser constituídas pelas famílias ou ser mais diversificadas, coexistindo familiares concomitantemente com outro tipo de vínculos, como por exemplo amigos ou vizinhos, ou podem mesmo não contemplar qualquer familiar quando por exemplo não casaram, não têm filhos ou irmãos ou quando por qualquer motivo ocorreu um corte nas relações familiares.

Saraceno e Naldini (2003) consideram que uma família nuclear vive no interior de uma densa rede de relações e de trocas entre parentes que proporcionam apoio e protecção e quem estiver desprovido desta rede, ou a mesma for escassa ou pouco articulada encontra-se mais só e indefeso, está mais propenso à falta de cuidados e assistência quando doente e tem mesmo uma velhice mais difícil.

Por sua vez, Paúl (1997) refere que as redes se podem dividir de acordo com a natureza da sua estrutura, em redes de apoio formal que incluem serviços do Estado e Segurança Social, organizados no âmbito do poder local para servir a população idosa, sejam lares, serviços de apoio domiciliário, centros de dia e centros de convívio, destacando-se ainda as Instituições de Solidariedade Social, muitas vezes ligadas à Igreja Católica. Nos últimos anos também surgiram instituições privadas com fins lucrativos. Nas redes de apoio informal a autora inclui a família, amigos e vizinhos, considerando-as preponderantes no apoio à velhice. As pessoas, sempre que possível, preferem passar a última fase da vida em casa, sendo o apoio social e familiar muito valorizado pelas mesmas (Silva 2006).

Há que repensar então o apoio familiar ao idoso para que o mesmo não se constitua como um pesado fardo para quem cuida e para quem é cuidado mas sim um momento de oportunidade e de realização para ambos. A família é merecedora de mais atenção por parte do Estado e das instituições, por forma a que manter os idosos em casa, no meio familiar, não seja apanágio de alguns, mas um direito inquestionável de todos, evitando desta forma um corte com a vida familiar, permitindo ao idoso manter-se num meio que lhe é próximo e com o qual se identifica e onde encontra as suas raízes.

Apesar desta constatação, Sequeira (2007) refere que a assistência em Portugal se caracteriza por cuidados insuficientes e inadequados às necessidades dos idosos e à promoção da autonomia e independência, apesar das orientações estratégicas definirem como necessárias as intervenções direccionadas para a família, no sentido de a capacitar para a prestação de cuidados informais aos idosos.

Nas últimas décadas foi observável uma crise ao nível dos sistemas de saúde e protecção social, consequência do acentuado envelhecimento da população que devolveu às famílias a responsabilidade dos cuidados aos familiares, em que a manutenção dos idosos no domicílio é a solução, promovendo a autonomia e dignidade dos mesmos. A família aparece como um elemento importante e socialmente o cuidado fica dividido entre o Estado e a família (Lage 2005). Será então um paradoxo considerar os cuidados familiares como a opção mais adequada e viável e as políticas sociais de apoio às famílias que cuidam de idosos não acompanharem esta filosofia.

O sucesso ou insucesso dos cuidados prestados pelos cuidadores informais depende grandemente dos apoios formais de que os mesmos dispõem, permitindo desta forma que a manutenção do idoso no domicílio e no seio da família não se consagre por ser

uma tarefa “dura”, e se possa consubstanciar também numa fonte de satisfação. Silva (2006) reforça a este propósito que as problemáticas que surgem, consequência do facto de se cuidar de pessoas idosas, podem ser resultantes das orientações das políticas de apoio direccionadas para as pessoas idosas e famílias, vigentes ao longo dos anos.

Das várias pesquisas efectuadas, Santos (2003) verificou existirem pontos comuns em quase todas elas, nomeadamente, os cuidadores familiares ressentem-se com a falta de uma rede de suporte mais efectiva na área da saúde e social, carecem de treino e orientações para prestarem cuidados no domicílio, solicitam um suporte especializado que os acompanhe e esclareça dúvidas ao longo do processo de cuidar, contam apenas com a ajuda da sua rede de suporte familiar e confessam a necessidade de os profissionais da área da saúde serem capacitados para atender os idosos e as suas famílias.

As problemáticas associadas ao envelhecimento constituem-se sem dúvida alguma como um grande desafio tanto para os idosos, como para as famílias e sociedade, tanto mais que parece que esta ainda se está a adaptar a este fenómeno.

Daí também a importância atribuída à informação acerca dos recursos formais que existem na comunidade. É necessário que os cuidadores informais estejam cientes dos recursos e ajudas de que podem usufruir, caso contrário, dificilmente as requisitam, mesmo quando elas existem. Lopes (2007) agrupa as dificuldades da seguinte forma, as que surgem por desconhecimento dos serviços existentes que dão resposta às diferentes necessidades e problemas apresentados pelos idosos em situação de dependência, as dificuldades na acessibilidade aos serviços já existentes, altas hospitalares sem apoio que permitam a continuidade dos cuidados e apoio domiciliário não adaptado às necessidades da pessoa dependente.

Em suma, a forma mais vantajosa de responder às necessidades dos idosos, passa pela desinstitucionalização, pois o desejável será viverem o final da vida integrados no seu meio, até porque esta é a forma menos dispendiosa para a sociedade. No entanto, o papel dos cuidadores informais não é reconhecido e até mesmo valorizado. Neste contexto é inquestionável a necessidade de serviços de apoio que dêem resposta aos problemas específicos destas famílias logo, a complementaridade entre apoio formal e informal é uma prioridade, seja ao nível da saúde ou social. A autora questiona a adequação das respostas formais e apoio disponíveis, no sentido de colmatar as necessidades das famílias pois demonstrou que os mesmos tendem a sentir-se menos

satisfeitos com a vida e têm uma percepção mais negativa do seu estado de saúde quando comparados com amostras de não cuidadores, mesmo recorrendo às respostas formais e apoios disponíveis (Figueiredo 2007).

Grande é a preocupação em perceber as repercussões negativas na vida familiar oriundas da prestação de cuidados aos idosos e a sobrecarga que daí advém, muitas vezes menosprezando os aspectos positivos daí decorrentes.

Apesar das dificuldades e problemas com que os familiares cuidadores convivem diariamente, existem autores que mencionam as repercussões positivas e a satisfação que advém desse facto, valorizando os aspectos afectivos, a companhia, o facto de ajudarem a cuidar das crianças e nas tarefas domésticas e que torna mais fácil a tarefa de cuidar dos idosos (Silva e Neri 1999). Para os idosos que vivem em co-habitação, é mais fácil a partilha de tarefas, investindo algum tempo nos cuidados aos netos e nas tarefas do agregado familiar (Gierveld 2009).

A tarefa de cuidar de um idoso dependente, apesar das significativas alterações que produz no seio familiar, pode constituir-se como algo gratificante. Os familiares referem que a gratificação desta tarefa advém do bem-estar que proporciona a quem cuida, do facto de se sentirem úteis, poderem proporcionar afecto/carinho e pela companhia que o idoso proporciona. A maioria acha que as relações afectivas entre o idoso dependente e o cuidador ficam mais fortes (Imaginário 2004).

Efectivamente, as satisfações derivadas do facto de se cuidar de um idoso co-existem a par das dificuldades. As razões de tais satisfações podem ser variadas como por exemplo a manutenção da dignidade da pessoa idosa, ver o idoso bem tratado e feliz, ter a consciência de que se dá o melhor, oportunidade de expressar amor e afecto, evitar a institucionalização, saber que dá resposta às necessidades do idoso dependente, crescimento, enriquecimento e realização pessoal e aquisição de novas competências e conhecimentos. Menos assumidas são as vantagens financeiras que daí advém, sejam elas a longo prazo, como por exemplo as heranças deixadas à pessoa que presta cuidados, ou imediatas, quando se usufrui da reforma do idoso e até mesmo do alojamento ou alimentação, o que põe em causa o papel de “vítima” muitas vezes atribuído ao cuidador (Figueiredo 2007). A presença dos filhos e a frequência dos contactos com os idosos, estão relacionadas com o bem-estar e a solidão, na medida em que quanto maior a frequência dos contactos, menor é a solidão que afecta os idosos

(Gierveld 2009). Não deve ser escamoteada a hipótese de tanto cuidado como cuidador, ou ambos, poderem ser os principais beneficiários dessa situação.

Segundo Sequeira (2007), a relação afectiva que se estabelece é mencionada como repercussão positiva. O mesmo autor, referindo outros, acrescenta alguns aspectos positivos, nomeadamente; pelo facto de haver uma ocupação para o cuidador pois a maioria não tem actividade, a possibilidade de desenvolver novas competências e capacidades, retribuição de carinho e cuidados recebidos no passado, sentimento de estar a cumprir um dever moral, apreço e reconhecimento dos outros, a hipótese de realização e crescimento pessoal, satisfação com o cumprimento do papel e valorização social e ainda o aumento do bem-estar psicológico e sentimento de competência, préstimo e afectividade, são vantagens reconhecidas pelos cuidadores informais.

Useros et al (2009) referem que relativamente à auto-estima do cuidador, a maioria está orgulhosa do que faz e acha que serve para cuidar, apresentando uma auto-estima aceitável ou boa. Os resultados acerca da percepção da função familiar, mostram que a maioria das pessoas se consideram satisfeitas com a ajuda recebida, com a convivência, afecto e comunicação entre os membros da família.

Brito (2002) também encontrou aspectos relacionados com a dinâmica interpessoal em que é a pessoa dependente o principal beneficiário pelo facto de estar mais bem cuidado e manter a sua dignidade. Refere ainda a autora que os aspectos da prestação de cuidados relacionados com situações em que os principais beneficiários são os idosos dependentes, são aqueles que mais satisfação e maior sentido de recompensa pessoal produzem no cuidador.

Lage (2005) dá ênfase ao facto de a manutenção do idoso no ambiente familiar lhe permitir viver num ambiente conhecido e preservar a sua intimidade. Da mesma forma, considera que para os cuidadores a mais-valia está relacionada com as repercussões altamente positivas na auto-estima dos cuidadores, pois permite-lhes desenvolverem o seu lado solidário, é uma fonte de satisfação ajudar os outros, obter mais conhecimentos no âmbito da saúde e da doença e compreender melhor o processo de envelhecimento. A mesma autora, refere que apesar de serem evidentes os benefícios resultantes da prestação de cuidados, os trabalhos nesse âmbito são escassos, relativamente aos que estudam as consequências negativas. Cita ainda vários estudos que dão como exemplo desses benefícios, a recompensa, gratificação, sentido de utilidade, satisfação, sentimento de realização pessoal, desenvolvimento de

competências e habilidades para cuidar, relações familiares, expressões de apreciação e afecto, aprender com a experiência, amadurecimento e crescimento pessoal.

Em suma, parece reunir consenso a ideia de que o facto do idoso poder permanecer até ao final da vida no seu meio habitual e ambiente familiar constitui-se como uma mais valia na promoção da saúde e qualidade de vida do mesmo, sendo que afinal e de acordo com os vários estudos apresentados, a família ainda é a principal e mais eficaz fonte de apoio aos mais velhos e a forma de apoio menos dispendiosa para a sociedade. No entanto, a prestação de cuidados aos idosos é influenciada por inúmeros factores, como seja o grau de dependência do idoso, a disponibilidade de tempo do cuidador, o seu estado de saúde física e mental e o tipo de relacionamento anterior, por vezes consequência de alguns constrangimentos, questões estas condicionadas pela existência ou não de apoios formais ou informais. Questiona-se então o reconhecimento e o apoio aos cuidadores informais, sendo que assumem características distintas nos vários países. Se por um lado se poderia pensar que a proliferação de estruturas formais de apoio conduziriam ao afastamento da família, é hoje aceite, se olhar-mos para o que acontece no norte da Europa, que tal não se verifica. A ineficiência das respostas de saúde e sociais constituem-se como um obstáculo ao papel dos cuidadores informais de idosos. Proliferaram nos últimos anos algumas medidas de apoio aos idosos, no entanto, a família continua um pouco esquecida, eventualmente por se considerar que esse papel e essa responsabilidade é “um dever”, dever esse mais enraizado no sul da Europa, nomeadamente, Portugal. Efectivamente, as famílias podem estar disponíveis mas, a falta de apoio familiar dificulta e, por vezes, inviabiliza a assumpção desse papel daí, a importância da articulação e complementaridade entre redes formais e informais. É urgente a criação de uma rede de suporte social mais efectiva e de políticas públicas mais consentâneas com as necessidades, tanto dos idosos, como dos seus familiares cuidadores.

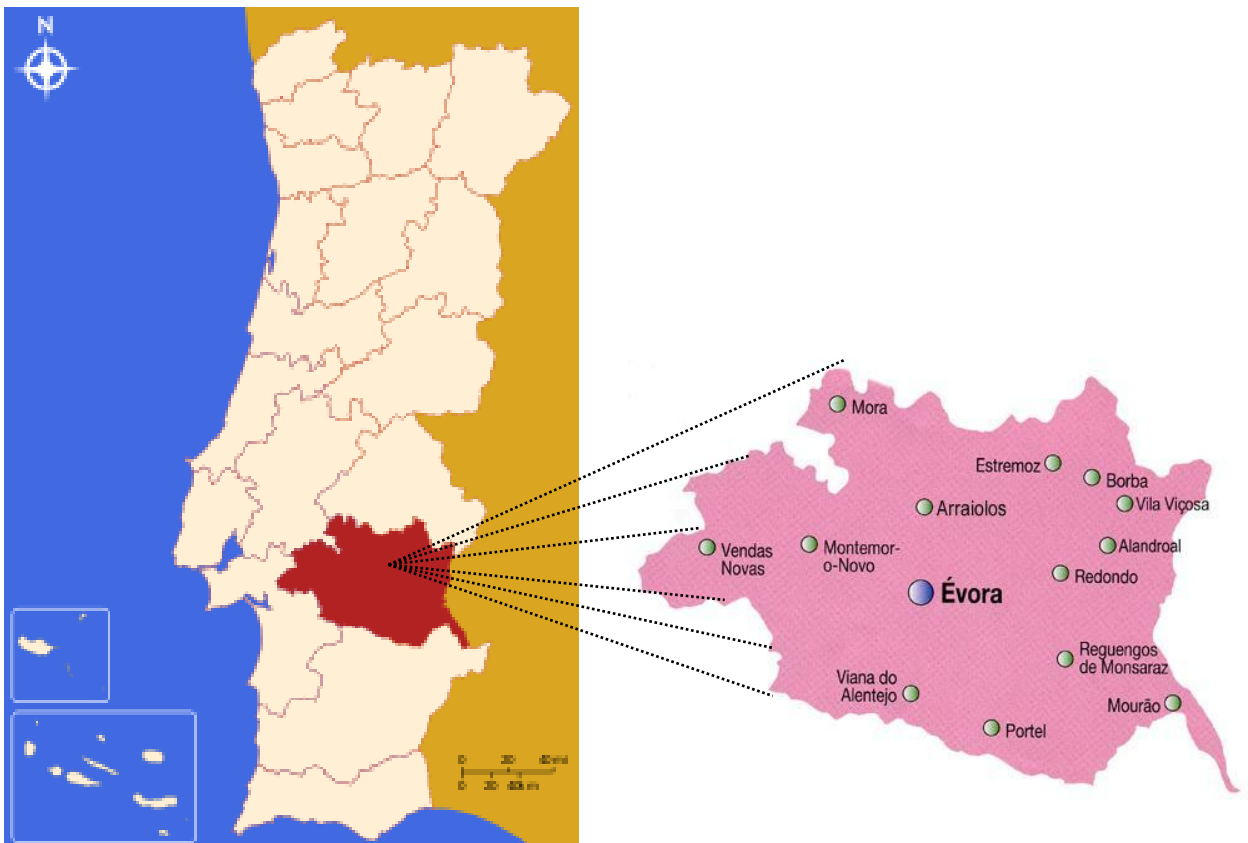
PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO

3- TERRITÓRIO E DEMOGRAFIA

“Envelhecer ainda é a única forma conhecida de viver muito tempo.”
Charles Saint-Beuve

O Distrito de Évora situa-se na Região Alentejo (NUTS II) e é composto por catorze concelhos, Alandroal, Arraiolos, Borba, Estremoz, Évora, Montemor-o-Novo, Mourão, Portel, Redondo, Reguengos de Monsaraz, Vendas Novas, Viana do Alentejo e Vila Viçosa, conforma figura 3, que integram a Sub-Região Alentejo Central (NUTS III) e Mora que pertence ao Alto Alentejo (NUTS III), sendo os mesmos constituídos por oitenta e uma freguesias. Seis das sedes de concelho são cidades, Borba, Estremoz, Évora, Montemor-o-Novo, Reguengos de Monsaraz e Vendas Novas; as restantes são vilas.

Figura 3
Localização Geográfica do Distrito de Évora



Fonte: Adaptado de www.mapas-portugal.com e war.wikipedia.org

A sua área é de 7 392 Km², constituindo-se como o segundo maior distrito português, cuja sede é Évora, com uma densidade populacional de 23,5 habitantes por Km², cabendo ao concelho de Arraiolos a menor densidade populacional (10,5) e ao de Vendas Novas a maior (55,2). Relativamente à área geográfica as maiores áreas cabem aos concelhos de Évora e Montemor-o-Novo e as menores aos de Borba e Vila Viçosa. A população residente do distrito de Évora, segundo o INE (2009a) é de 168.893 habitantes, dos quais 82.564 são do sexo masculino e 86.329 do sexo feminino, sendo o concelho mais populoso o de Évora (54.780 habitantes) e o menos povoado o de Mourão (3.387 habitantes). O concelho de Mourão é o único onde o número de homens é superior ao das mulheres, apesar dessa situação se inverter quando atinge o grupo etário dos 65 e mais anos. Esta situação acentua-se em todos os concelhos pois, quando se atingem os grupos etários mais elevados a preponderância do número de mulheres é muito superior ao dos homens. Comparando com os dados dos Censos 2001 (INE 2002b) podemos observar que todos os concelhos do Distrito de Évora perderam população de 2001 a 2008, excepção feita para os concelhos de Mourão, Reguengos de Monsaraz, Vendas Novas e Vila Viçosa; Portel manteve-se idêntico, como se pode observar pelo quadro seguinte.

Quadro 6
População residente do Distrito de Évora por Concelho

Concelho	População Total		Homens	Mulheres
	2001	2008		
Alandroal	6.585	6.039	2.939	3.100
Arraiolos	7.616	7.182	3.451	3.731
Borba	7.782	7.380	3.634	3.746
Estremoz	15.672	14.500	7.013	7.487
Évora	56.519	54.780	26.376	28.404
Montemor-o-Novo	18.578	18.407	9.023	9.384
Mora	5.788	5.231	2.566	2.665
Mourão	3.230	3.387	1.964	1.423
Portel	7.109	7.108	3.488	3.620
Redondo	7.288	6.676	3.254	3.422
Reguengos de Monsaraz	11.382	11.557	5.708	5.849
Vendas Novas	11.619	12.288	6.066	6.222
Viana do Alentejo	5.615	5.702	2.793	2.909
Vila Viçosa	8.871	8.656	4.289	4.367
Total	173.654	168.893	82.564	86.329

Fonte: INE - Censos 2001 e Anuário Estatístico da Região Alentejo 2008

Relativamente à distribuição dos idosos pelos catorze concelhos, com base nos dados do Anuário Estatístico da Região Alentejo 2008 (2009), podemos concluir que a percentagem de idosos varia entre 19,22% no concelho de Évora e 30,80% no concelho do Alandroal. Da mesma forma, o concelho de Évora é o que apresenta o menor Índice de Envelhecimento (130,0) e o de Alandroal (269,6) e de Mora (300,4) os maiores. Efectivamente, são os dois concelhos que apresentam uma maior percentagem de

idosos mais idosos, com 75 e mais anos, respectivamente 16,07% e 16,15%; já o de Évora é onde os mais idosos apresentam menor expressão (9,41%). No que concerne ao Índice de Dependência de Idosos o menor é o do concelho de Évora (29,1) e o maior o de Alandroal (51,2). Em relação ao Índice de Longevidade ocorreram alterações pois os menores valores cabem aos concelhos de Vendas Novas (47,3) e Vila Viçosa (47,7) e o maior ao concelho de Viana do Alentejo (56,4). De todo o modo, podemos concluir que, de uma forma geral, o Distrito de Évora não foge à regra, sendo envelhecido, tanto mais que o Alentejo é a Região mais envelhecida do país, conforme quadro 7.

Quadro 7
Grupos Funcionais e Índices Resumo do Distrito de Évora por Concelho

Concelho	Grupos funcionais			% de idosos	Índice de envelhecimento ⁹	Índice de dependência de idosos ¹⁰	Índice de longevidade ¹¹
	0 a 14 anos	15 a 64 anos	65 e + anos				
Alandroal	674	3.548	1.817	30,80	269,6	51,2	53,4
Arraiolos	873	4.354	1.955	27,22	223,9	44,9	55,3
Borba	868	4633	1.879	25,46	216,5	40,6	50,4
Estremoz	1.772	8.668	4.060	28,00	229,1	46,8	51,6
Évora	8.072	36.174	10.534	19,22	130,5	29,1	49,0
Montemor-o-Novo	2.146	11.242	5.019	27,26	233,9	44,6	52,4
Mora	504	3.213	1.514	28,94	300,4	47,1	55,8
Mourão	504	2.170	713	21,05	141,5	32,9	54,4
Portel	903	4.395	1.810	25,46	200,4	41,2	51,9
Redondo	891	4.123	1.662	24,89	186,5	40,3	52,6
Reguengos de Monsaraz	1.549	7.212	2.796	24,19	180,5	38,8	52,5
Vendas Novas	1.670	7.700	2.918	23,74	174,7	37,9	47,3
Viana do Alentejo	806	3477	1.419	24,88	176,1	40,8	56,4
Vila Viçosa	1.099	5.694	1.863	21,52	169,5	32,7	47,7

Fonte: INE - Anuário Estatístico da Região Alentejo 2008

Em 2008 pode ainda observar-se que relativamente à taxa bruta de natalidade, a menor coube ao concelho de Borba (4,6) e a maior ao de Évora (10,1). No que concerne à taxa bruta de mortalidade, a maior refere-se ao concelho de Alandroal (17,4) e a menor ao de Vendas Novas (10,4). Em relação à taxa de fecundidade geral podemos concluir que a menor é inerente ao concelho de Mora (22,6) e a maior ao de Redondo (44,0) (INE 2009a).

Segundo a Associação de Municípios do Distrito de Évora, com base nos censos 2001, o distrito tem registado nas últimas décadas um importante decréscimo da população

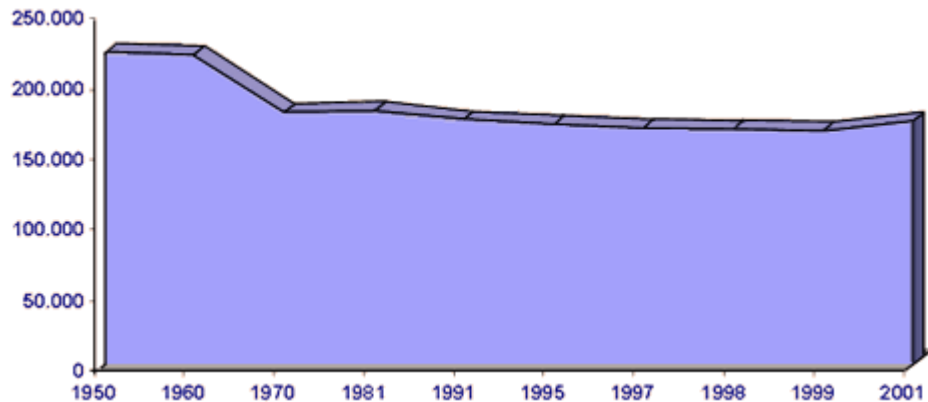
⁹ Relação entre a população idosa e a população jovem, quociente entre o número de pessoas com 65 e mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos.

¹⁰ Relação entre a população idosa e a população em idade activa, quociente entre o número de pessoas com 65 e mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos.

¹¹ Relação entre a população mais idosa e a população idosa, quociente entre o número de pessoas com 75 ou mais anos e o número de pessoas com 65 ou mais anos.

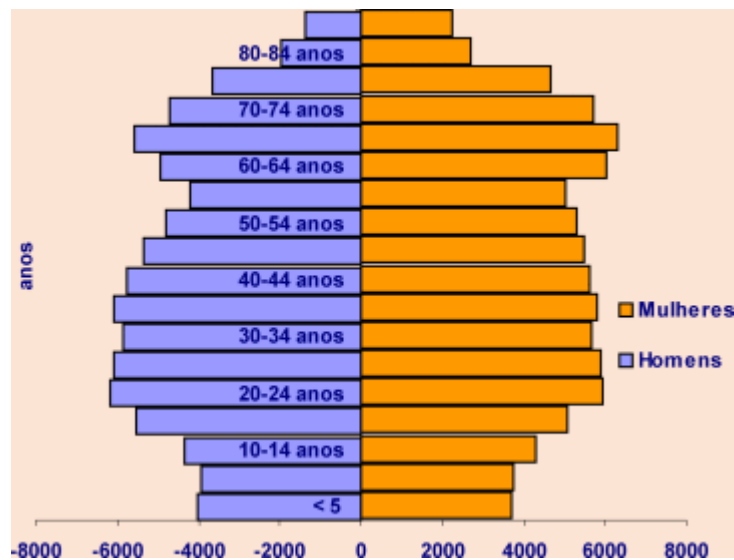
residente que se deve essencialmente a um saldo natural negativo, que está na origem de um duplo envelhecimento da população, na base e no topo da pirâmide etária, com um aumento da população idosa e simultâneo decréscimo do número de nascimentos; contudo, na última década esse crescimento negativo foi menos acentuado, tal como mostram o gráfico 12 e a figura 4.

Gráfico 12
Evolução da População Residente no Distrito de Évora
1950-2001



Fonte: Associação de Municípios do Distrito de Évora (www.anmp.pt)

Figura 4
Pirâmide Etária - Distrito de Évora
2001



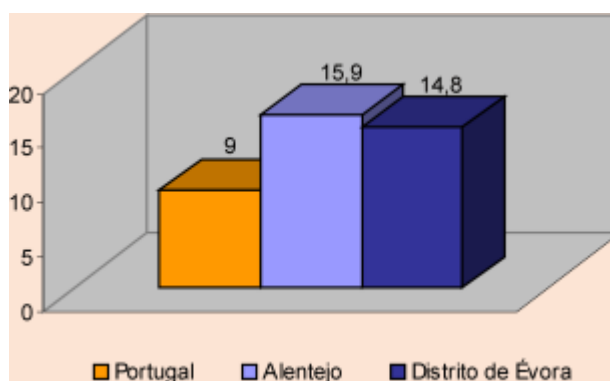
Fonte: Associação de Municípios do Distrito de Évora (www.anmp.pt)

No que diz respeito à actividade profissional dos seus habitantes, segundo o sector de actividade, nomeadamente dos trabalhadores por conta de outrem, conclui-se que à excepção dos concelhos de Alandroal, Borba e Vila Viçosa em que predomina o sector

secundário, em todos os outros sobressai o sector terciário. Efectivamente, no que concerne à distribuição do sector de actividade por sexo, é acentuado o predomínio das mulheres no sector terciário, em todos os concelhos, ao invés do que acontece no sector primário e secundário (INE 2009a).

A taxa de analfabetismo no Distrito de Évora é ligeiramente inferior à do Alentejo, mas mais elevada do que a taxa Nacional, de acordo com o gráfico 13.

Gráfico 13
Taxa de analfabetismo
2001



Fonte: Associação de Municípios do Distrito de Évora (www.anmp.pt)

Relativamente ao número de elementos por família, observa-se pelo quadro seguinte que em todos os concelhos há um predomínio das famílias com dois elementos. De salientar que, apesar disso, ainda existe um número razoável de famílias com cinco ou mais elementos. Os concelhos de Évora e Vendas Novas foram aqueles que no distrito mais aumentaram o número de famílias entre 1991 e 2001 (INE 2002b). Tal como também se pode observar pelo quadro seguinte é considerável o número de famílias com idosos, sobretudo nos concelhos de Alandroal, Mora, Mourão, Estremoz e Arraiolos, em quase metade das famílias existe pelo menos um idoso, de acordo com o que se observa no quadro 8.

Quadro 8
Famílias clássicas do Distrito de Évora por Concelho

Concelho	Famílias clássicas segundo a dimensão (pessoas)						Famílias com Idosos		
	Total	Com 1	Com 2	Com 3	Com 4	Com 5 e +	S/ Idosos	1 Idoso	2 Idosos
Alandroal	2.586	580	862	577	415	152	1.327	738	509
Arraiolos	2.953	645	968	650	516	174	1.630	786	515
Borba	2.866	458	909	766	565	168	1.666	667	519
Estremoz	6.041	1.231	2.038	1.460	987	325	3.373	1.532	1.107
Évora	20.954	4.229	6.159	5.143	4.035	1.388	13.900	4.297	2.700
Montemor-o-Novo	7.131	1.376	2.518	1.623	1.242	372	4.034	1.769	1.291
Mora	2.194	448	801	468	361	116	1.166	565	456
Mourão	1.097	228	331	234	215	89	602	303	188
Portel	2.747	616	897	578	469	187	1.608	671	455
Redondo	2.775	566	897	665	474	173	1.582	702	481
Reguengos de Monsaraz	4.238	879	1.292	995	760	312	2.440	1.041	731
Vendas Novas	4.397	756	1.492	1.200	730	219	2.797	964	622
Viana do Alentejo	2.097	403	725	449	396	124	1.205	504	376
Vila Viçosa	3.242	560	942	868	688	184	2.067	703	462

Fonte: INE – Censos 2001

Atendendo ao envelhecimento da população é necessário perceber a situação do Distrito face aos pensionistas por invalidez, velhice e sobrevivência. Uma percentagem considerável da população aufere de algum tipo de pensão, inclusivamente existem concelhos em que cerca de metade da sua população total recebe uma pensão, seja ela por invalidez, velhice ou sobrevivência, tal como é o caso, por exemplo, de Mora e Alandroal, predominando de um modo geral as pensões por velhice. O concelho onde o número de pensionistas relativamente à população total é menor, corresponde ao de Vendas Novas e, mesmo assim, abrange quase 30% da população (INE 2009a).

Relativamente às instituições de saúde existentes no Distrito há a considerar três hospitais em Évora, sendo um deles privado e um hospital privado em Montemor-o-Novo. Existem também catorze Centros de Saúde distribuídos por dois agrupamentos, nomeadamente o Agrupamento do Alentejo Central 1 que compreende os Centros de Saúde de Alandroal, Arraiolos, Borba, Estremoz, Mora, Redondo e Vila Viçosa e o Agrupamento Central 2 a que correspondem os Centros de Saúde de Évora, Montemor-o-Novo, Mourão, Portel, Reguengos de Monsaraz, Vendas Novas e Viana do Alentejo, conforme Decreto-Lei n.º 28/2008 publicado no Diário da República, 1.ª série – N.º 38 – 22 de Fevereiro de 2008 Pág. 1182 e Portaria n.º 275/2009 publicado no Diário da República, 1.ª série – N.º 54 – 18 de Março de 2009 pág. 1727. Neste âmbito o Distrito de Évora conta ainda com três Unidades de Saúde Familiares em Évora e outra em Reguengos de Monsaraz.

Ao nível do Distrito e, com a reforma dos Cuidados de Saúde Primários e consequente reorganização dos serviços de saúde, deu-se início à criação de Unidades de Cuidados na Comunidade, às quais compete *“prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional, actuando na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção”* (Despacho n.º 10143/2009 publicado no Diário da República, 2.ª série – N.º 74 – 16 de Abril de 2009 pág. 15438). Apesar de existirem algumas candidaturas em curso, só uma está em funcionamento, nomeadamente em Estremoz.

Em 1998, foi criado o Despacho Conjunto n.º 407/98 que incita a uma nova filosofia de prestação de cuidados às pessoas dependentes, incrementando os Serviços de Apoio Domiciliário e as Unidades de Apoio Integrado. Mais recentemente, outra das respostas ao nível do Distrito surgiu com a Rede de Cuidados Continuados Integrados, criada com base no Decreto-Lei n.º 101/2006 publicado no Diário da República I série-A n.º 109 de 6 de Junho de 2006, pág. 3856, que justifica a sua necessidade pelo progressivo envelhecimento da população, consequência do aumento da esperança média de vida e da melhoria do nível de saúde dos portugueses nos últimos quarenta anos e que concludentemente levou a carências ao nível dos cuidados de longa duração e paliativos, resultantes do aumento da prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes. Estes factos criaram novas necessidades de saúde e sociais e consequentemente respostas diversificadas e em articulação, consentâneas com a actualidade. Desta forma, o Distrito conta com 8 Unidades de Internamento, nomeadamente 2 Unidades de Convalescença, 3 Unidades de Média Duração e Reabilitação e 3 Unidades de Longa Duração e Manutenção. Relativamente às Equipas Hospitalares existe 1 Equipa de Gestão de Altas. No que se refere às Equipas Domiciliárias existem 3 Equipas de Cuidados Continuados Integrados.

No que concerne à rede de serviços e equipamentos, segundo a Carta Social, Relatório 2007, as principais respostas sociais prendem-se essencialmente com Centros de Convívio, Centros de Dia, Centros de Noite, Lares de Idosos e Serviços de Apoio Domiciliário (Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social e Gabinete de Estratégia e Planeamento 2009:10).

Todos os concelhos do Continente estão cobertos por alguns destes tipos de equipamentos, apesar da distribuição das respostas sociais não ser uniforme por todo o território. As respostas sociais no Distrito de Évora são essencialmente; Centros de

Convívio, Centros de Dia, Centros de Noite, Lares de Idosos e Serviços de Apoio Domiciliário, apesar de nem todas existirem em todos os concelhos do Distrito, nomeadamente, são os Centros de Dia, os Lares de Idosos e os Serviços de Apoio Domiciliário que estão mais implementados, de acordo com o quadro 9.

Quadro 9
Tipo de resposta social - 2008
Distrito de Évora

Concelho	Tipo de Resposta Social				
	Centro de Convívio	Centro de Dia	Centro de Noite	Lar de Idosos	Serviço de Apoio Domiciliário
Alandroal	-	3	-	2	3
Arraiolos	6	5	-	3	3
Borba	2	2	-	2	3
Évora	12	20	-	21	19
Estremoz	2	7	-	7	6
Montemor-o-Novo	3	8	-	12	9
Mora	2	5	-	4	4
Mourão	-	3	-	2	2
Portel	-	8	-	1	8
Redondo	-	3	-	2	3
Reguengos de Monsaraz	1	6	-	6	6
Vendas Novas	3	4	-	4	4
Viana do Alentejo	1	3	-	3	2
Vila Viçosa	1	3	1	1	2
Total	33	80	1	70	74

Fonte: Carta Social, Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social e Gabinete de Estratégia e Planeamento (www.cartasocial.pt)

De salientar que as respostas sociais que existem em maior número são os Centros de Dia, seguidos pelos Serviços de Apoio Domiciliário, Lares de Idosos e Centros de Convívio. Note-se que só no concelho de Vila Viçosa é que existe um Centro de Noite.

A importância das estruturas de apoio advém da necessidade de dar resposta às necessidades e problemas tanto dos idosos como dos seus familiares cuidadores, partindo da premissa de que é reconhecido o valor inestimável da família na construção de uma velhice dignificante, numa sociedade que se ambiciona estar preparada para as consequências do fenómeno do envelhecimento demográfico, em toda a sua magnitude.

4- PERCURSO METODOLÓGICO

“Cada investigação é uma experiência única, que utiliza caminhos próprios, cuja escolha está ligada a numerosos critérios, como sejam a interrogação de partida, a formação do investigador, os meios de que dispõe ou o contexto institucional em que se inscreve o seu trabalho.”

Raymond Quivy e Luc Van Campenhoudt

4.1 -PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Definir o caminho metodológico é essencial para que a pesquisa se realize sem nunca perder de vista a problemática, o objecto e os recursos disponíveis tendo em conta, essencialmente, alcançar com sucesso os objectivos a que o estudo se propôs. Pretende-se então fazer uma caracterização geral dos modos de produção científica, no contexto dos paradigmas seleccionados, justificando-se as decisões tomadas, com precisão nos detalhes acerca dos critérios, técnicas e procedimentos utilizados. Para este efeito, é fundamental seleccionar não só os métodos, mas também um conjunto de técnicas consideradas mais adequadas ao objecto e finalidades do estudo que se pretende desenvolver. É neste sentido que a investigação científica, no domínio das ciências sociais, pode ser entendida como um processo sistemático orientado para aumentar o conhecimento sobre uma dada problemática (Ketele e Roegiers 1999) e, eventualmente, para a procura de soluções para os problemas em estudo. Por estas razões, a escolha da opção metodológica adequada é crucial pois dela depende em grande parte o sucesso da pesquisa. Por outro lado, as orientações metodológicas, para além de servirem de guia ao investigador, explicam como o problema em estudo foi investigado e fundamentam os métodos e técnicas adoptados na pesquisa (Bell, 1997), permitindo a sua replicação. É por estes motivos que não subsiste qualquer dúvida sobre o facto de que na abordagem de uma realidade social, os métodos e as técnicas a utilizar devem ser seleccionados em função do fenómeno a observar e dos objectivos pretendidos.

Com este estudo pretende-se caracterizar a problemática do envelhecimento face aos contextos familiares, nomeadamente **identificar os problemas com que se confrontam as famílias com idosos e analisar a capacidade de resposta das redes formais face às necessidades das famílias com idosos** e com base neste conhecimento **apresentar propostas de intervenção de forma a promover a articulação entre redes formais e informais**. Neste sentido, atendendo aos objectivos previamente definidos e à natureza dos factos sociais em estudo, considerou-se como mais adequado para analisar o fenómeno optar por uma abordagem metodológica resultante da combinação dos paradigmas qualitativo e quantitativo, visando compreender os fenómenos e o seu significado de uma forma mais abrangente e aprofundada. Sampieri, Collado e Lúcio (2006) consideram que o modelo misto representa o mais alto grau de integração ou combinação entre os enfoques qualitativo e quantitativo.

De facto, os métodos quantitativos identificam e analisam essencialmente relações entre variáveis, descrevendo os fenómenos com recurso ao tratamento e análise estatística dos dados recolhidos, enquanto as abordagens qualitativas se centram no significado dos fenómenos e interessam-se não exclusivamente pelos resultados ou produtos que decorrem da investigação, mas também se debruçam sobre o processo de investigação em si (Carmo e Ferreira 1998).

Também as técnicas a utilizar deverão ser objecto de reflexão, a sua escolha é determinante numa pesquisa. Selecionou-se o inquérito enquanto técnica de recolha de dados; nomeadamente o inquérito por questionário e por entrevista.

Optou-se por um estudo analítico em que se pretende aprofundar a problemática enunciada, procurando uma explicação da complexidade do problema, na construção de uma totalidade mais elaborada. Um estudo analítico, além do mais, permite buscar alternativas para a solução do problema, para deste modo, poder apresentar propostas de intervenção por forma a fomentar uma cultura positiva de velhice, centrada em medidas de apoio ao idoso e à família.

4.2 - CONCEPTUALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS

A problemática das relações familiares e do apoio aos mais velhos está repleta de contradições e dilemas. Apesar do pressuposto de que as redes familiares estão de boa

saúde e em condições de colmatar algumas lacunas dos sistemas de protecção social, questiona-se os contextos em que essa ajuda decorre e as formas que assume, inerentes às alterações que ocorreram nas últimas décadas no contexto sócio-demográfico e familiar, dificultando por vezes esse apoio, conduzindo a problemas e alterações no quotidiano dessas famílias e apelando à complementaridade com a rede de suporte formal.

Desta forma, o foco da investigação centra-se na identificação dos problemas com que se confrontam as famílias com idosos e na análise da capacidade de resposta das redes formais às necessidades das famílias com idosos.

No sentido de contextualizar a problemática em estudo, foram consideradas algumas variáveis principais, que é importante serem definidas, de forma a evitar ambiguidades na análise dos resultados da investigação. Deste modo, no âmbito desta investigação, foram definidas as seguintes variáveis:

Idoso – pessoa com 65 e mais anos, independentemente da sua situação social e de saúde;

Cuidador – no contexto deste estudo foi considerado como cuidador o familiar (ou amigo, ou vizinho), que proporciona diariamente a maior parte dos cuidados e apoio ao idoso, com o qual coabita, sem que para tal receba remuneração económica, ou seja, é o cuidador principal;

Redes informais – neste contexto, integram a família, amigos e vizinhos, a quem o idoso recorre em primeira instância;

Redes formais – instituições e organizações públicas ou privadas que proporcionem apoio ao nível da saúde e/ou social e ainda instituições políticas e económicas responsáveis pela elaboração de políticas sociais;

Principais cuidados ou ajudas que o idoso necessita – atendendo a que são idosos, uma percentagem considerável já muito idosos, poderão apresentar alterações a nível da saúde, que condicionem as suas capacidades nomeadamente em relação aos cuidados de higiene, mobilização, alimentação, eliminação, terapêutica e necessidade de vigilância permanente. Por outro lado, sendo idosos, por vezes com reformas reduzidas, também foi considerada a necessidade de ajuda económica;

Principais alterações ou dificuldades dos cuidadores – tendo subjacentes os vários estudos produzidos nas últimas décadas e as alterações que ocorreram ao nível da forma, estrutura e papéis familiares, foram consideradas como principais dificuldades do familiar cuidador, a organização do dia-a-dia da família, a conciliação da vida

familiar e profissional, a falta de tempo para dar atenção ao idoso, as condições da habitação e a dificuldade em ter vida social. Também foram incluídas as alterações ao nível económico, pelo eventual acréscimo dos gastos inerentes ao facto de cuidar do idoso. Por outro lado, a convivência de várias gerações e o desgaste associado ao facto de cuidar do idoso, pode conduzir a conflitos e dificuldades de relacionamento tanto com o idoso como com os restantes elementos do agregado, daí a importância atribuída às dificuldades de relacionamento com o idoso e aos conflitos que possam surgir em casa. Existem situações em que o facto de cuidar de um idoso, tendo em conta por exemplo, a sua situação de saúde, exige informação e ajudas técnicas para tal. Também a falta de ajuda ou apoio de outros pode ser sentida pelo cuidador como uma dificuldade;

Instituições locais de apoio ao idoso e família – através do conhecimento das principais instituições de apoio ao idoso, existentes na comunidade, tanto no âmbito da saúde como social, foram seleccionadas para o efeito, no contexto do estudo, as seguintes respostas; Apoio Domiciliário Integrado, Cuidados Continuados, Hospital, Centro de Saúde, Segurança Social, Câmara Municipal, Junta de Freguesia, Santa Casa da Misericórdia, Centro de Dia, Bombeiros, Grupos Paroquiais ou Voluntários e Instituições Particulares de Solidariedade Social;

Ajudas prestadas pelas instituições da comunidade – tendo em conta as instituições anteriormente seleccionadas e os objectivos a que se propõem salientam-se como principais ajudas ou cuidados que proporcionam os seguintes; cuidados de enfermagem e médicos, ajudas ao nível da alimentação, dos cuidados de higiene pessoal e da habitação e tratamento de roupa, transporte do idoso, ajudas económicas, materiais ou técnicas. Foram também considerados todos os cuidados prestados ao longo do dia, aquando da permanência do idoso em centro de dia;

Expectativas dos cuidadores – o que o cuidador espera que aconteça no futuro (ajuda esperada), o que na sua opinião é expectável ocorrer, tendo subjacentes as suas vivências e a realidade actual. A sua importância advém do facto de poder ajudar na identificação dos seus receios e dificuldades, no sentido de verificar a adequação das respostas disponíveis.

Também foram consideradas algumas variáveis essenciais à **caracterização sócio-demográfica** da unidade de análise, nomeadamente: idade, sexo, residência, estado civil, habilitações literárias, situação profissional e tipo de habitação do cuidador, número de elementos que vivem naquele agregado familiar e grau de parentesco com o idoso. Por sua vez, relativamente ao idoso, foi recolhida informação acerca da idade

do mesmo, há quanto tempo vive com a família, com quem vivia antes e se vive exclusivamente com este familiar ou circula pela casa de outros, se a resposta for afirmativa quem são e de quanto em quanto tempo se processa essa troca.

4.3 – GRUPO ALVO E SELECÇÃO DA UNIDADE DE ANÁLISE

Como já foi referido, a pesquisa orientou-se para o estudo das problemáticas inerentes ao envelhecimento, contemplando as dificuldades e problemas do quotidiano dos familiares cuidadores dos idosos e das respostas formais existentes na comunidade, direccionadas para o atendimento desta problemática. A família tem sido chamada a desempenhar o papel de prestadora de cuidados, no entanto, para que se possam co-responsabilizar as famílias para os cuidados aos idosos é crucial identificar as suas necessidades de apoio e traçar uma abordagem por parte das redes formais que vão ao encontro dessas mesmas necessidades, de modo a que as respostas na comunidade sejam consentâneas com as problemáticas inerentes a esta situação.

Neste contexto, é necessário definir qual o universo ou população do estudo podendo ser considerados como o “conjunto total dos casos sobre os quais se pretende retirar conclusões” (Hill e Hill 2002: 41). Os mesmos autores fazem ainda a distinção entre universo alvo e universo inquirido, sendo que o primeiro é formado pelo conjunto total dos casos e o segundo pelo conjunto total dos casos disponíveis para integrar o estudo e sobre os quais o investigador pretende tirar conclusões (Hill e Hill 2002), até porque existem situações, tal como acontece em concreto, em que é improvável que se consigam identificar todos os familiares cuidadores de idosos, que com o mesmo coabitam, residentes nas sedes de concelho do distrito de Évora.

Desta forma, o grupo alvo do estudo é, por um lado, o conjunto dos cuidadores informais, mais concretamente, dos familiares que cuidam dos idosos e que com os mesmos coabitam, maiores de 18 anos e residentes nas sedes de concelho do Distrito de Évora, no sentido de saber o motivo porque cuidam ou coabitam com esses idosos, quais os problemas e necessidades que daí advêm e apoios de que usufruem. Outro critério de inclusão é o cuidador principal não ser o cônjuge do idoso, considerando-se cuidador principal como a pessoa que proporciona a maior parte dos cuidados ao idoso, sobre quem recai a maior parte da responsabilidade, e que não é remunerado pelos serviços prestados (Lage 2005) com os quais coabite, ou seja, viva em comum,

partilhe o mesmo tecto, considerando idoso todo o indivíduo com 65 ou mais anos, independentemente da sua situação de saúde ou nível de dependência, residente nas sedes de concelho do distrito de Évora e que tenha disponibilidade para participar no estudo. Os cuidadores que reuniam os critérios, inicialmente foram sinalizadas com o apoio de informantes privilegiados, que conhecem essa realidade, no âmbito da sua actividade profissional, nomeadamente profissionais das Misericórdias, outras IPSS's e Centros de Saúde, para as quais foi enviada uma carta de apresentação do investigador, do tema e dos objectivos do estudo (Anexo I), um exemplar do questionário e os contactos. Os pedidos mereceram todos parecer favorável, por escrito, ou telefonicamente. Os profissionais foram devidamente informados de modo a identificar as pessoas que reuniam os critérios previamente definidos, divulgando junto delas o que se pretendia, com a finalidade de obter autorização das mesmas para posterior contacto e aplicação do questionário. Esta situação proporcionou maior facilidade de acesso e confiança das pessoas e conseqüentemente ajudou na identificação de outros familiares cuidadores. Só depois desse consentimento foi marcada telefonicamente ou pessoalmente a data e hora da aplicação do questionário, de acordo com a disponibilidade desses familiares, questionário esse aplicado no domicílio das próprias pessoas, de preferência em espaços reservados, sem interferência de outros. Alguns destes profissionais também colaboraram na aplicação do mesmo, garantindo-se o esclarecimento de quaisquer dúvidas que pudessem surgir sobre o seu preenchimento. Com o decorrer do trabalho de campo, foram os cuidadores, respectivas famílias e outras pessoas da comunidade, que funcionaram como informantes acerca dos familiares que eventualmente poderiam participar no estudo. Desta forma, sendo impossível obter uma lista completa das pessoas que reuniam os critérios definidos, pois não existem registos que permitam ter acesso aos mesmos, considerou-se como melhor opção o recurso à amostragem em bola de neve. São os elementos da população, já conhecidos, que indicam os seguintes e a amostra cresce como uma bola de neve (Carmo e Ferreira 1998). O facto de ter utilizado esta técnica de amostragem não probabilística, não parece pôr em causa a pesquisa pois não há a intenção da representatividade ou de generalizar resultados. Foram identificados como grupo alvo 374 familiares cuidadores, em todas as sedes de concelho, em que oito recusaram participar, pelo que a amostra foi constituída por 366 unidades de análise. Apesar da pesquisa estar orientada para o cuidador principal, muitas vezes é feita alusão à família, pois a mesma é constituída por um conjunto de elementos que estabelecem relações entre si e que permanecem em constante interacção e

interdependência, ou seja, qualquer alteração que ocorra, neste caso, com o familiar cuidador, irá certamente reflectir-se nos restantes membros, os quais, muitas vezes, servem também de suporte e apoio ao cuidador principal, ajuda esta que seguramente irá facilitar a prestação de cuidados aos idosos.

Por outro lado, foram também intervenientes no estudo as entidades formais da comunidade, respectivamente representantes das instituições Autárquicas (Câmara Municipal e Junta de Freguesia), das instituições de Saúde (Centro de Saúde) e das Instituições Sociais (Misericórdias e outras IPSS's), existentes nas sedes de concelho do Distrito de Évora, no sentido de perceber qual a opinião dos mesmos relativamente aos apoios direccionados para as famílias que acolhem idosos e quais as sugestões, consentâneas com esta realidade social. A escolha das instituições foi condicionada pela disponibilidade e acessibilidade das mesmas e a maior rapidez de resposta, após contacto telefónico e por escrito, onde era explicado o âmbito e objectivos da entrevista. Depois de explicados os objectivos da entrevista, foi deixado ao critério dos dirigentes ou responsáveis das várias instituições a selecção dos participantes.

Foram então incluídos no estudo sete representantes de instituições autárquicas (dois presidentes de Câmara, três técnicos responsáveis pela área social nas câmaras e dois presidentes de Junta de Freguesia), sete representantes de IPSS's (quatro Provedores, dois directores e uma ajudante de acção directa) e nove representantes de instituições de saúde (um médico e oito enfermeiros).

Na investigação qualitativa o número de sujeitos está relacionado com o que se pretende saber e com a finalidade da investigação, pelo que deverão ser seleccionados os casos de maior riqueza de informação, já na investigação quantitativa as amostras deverão ser de maior dimensão. A estimativa do tamanho da amostra não é fácil mas, reveste-se de uma extraordinária importância pelas implicações que daí advêm ao nível da significância estatística dos dados.

O estudo decorreu nos catorze concelhos do Distrito de Évora, mais precisamente nas sedes dos catorze concelhos, Alandroal, Arraiolos, Borba, Évora (nas sete freguesias urbanas), Estremoz, Montemor-o-Novo, Mora, Mourão, Portel, Redondo, Reguengos, Vendas Novas, Viana do Alentejo e Vila Viçosa. A aplicação dos questionários e realização das entrevistas distribuiu-se pelas sedes de concelho do Distrito de Évora, tal como se pode observar na seguinte figura:

Figura 5
Mapa do Distrito de Évora



4.4 - INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Apresentar e discutir as estratégias de recolha de dados adoptadas numa investigação e os procedimentos utilizados para assegurar a sua validade e fiabilidade, afigura-se como uma fase essencial da investigação.

Assente no pressuposto de que os métodos de recolha de dados estão directamente relacionados com a problemática em estudo, os objectivos definidos e a população, atendendo ainda ao tipo de estudo, optou-se pelo Inquérito, enquanto técnica de recolha de informação, processo muito utilizado pelos sociólogos (Ghiglionne e Matalon 2001). Desta forma, é possível proceder-se à recolha sistemática de dados, com a finalidade de dar resposta a um determinado problema (Carmo e Ferreira 1998); neste caso pretende-se conhecer a vivência familiar dos agregados com idosos e a articulação entre redes formais e informais.

Tendo subjacente este princípio, para a recolha de dados aos familiares cuidadores de idosos foi seleccionado como instrumento de recolha de dados o inquérito por

questionário, tendo recorrido a um questionário misto, com perguntas abertas e fechadas. Pretende-se com as perguntas abertas uma resposta fornecida pelo familiar cuidador, em que o mesmo responde com as suas próprias palavras. As vantagens que daí advêm prendem-se com a possibilidade de se poder aprofundar uma opinião, adquire-se uma maior riqueza de informação, mais detalhada e por vezes inesperada. Trás algumas desvantagens, nomeadamente maior dispêndio de tempo para a codificação, mais difíceis de analisar e requerem a necessidade de avaliadores na interpretação e codificação das respostas. Nas perguntas fechadas o inquirido só tem de escolher de entre as respostas alternativas fornecidas pelo investigador. Desta forma, a análise estatística torna-se mais fácil, no entanto as suas desvantagens prendem-se com o facto de, por vezes limitarem as respostas e a informação fornecida poder ser pouco rica, conduzindo a conclusões muito simples (Hill e Hill 2002; Sampieri, Collado e Lúcio 2006). Daí ter-se optado por utilizar este método misto, com recurso à utilização de perguntas abertas e fechadas de modo a complementarem-se. Num questionário aberto, tanto a formulação como a ordem das questões são fixas, no entanto a pessoa pode dar uma resposta tão longa quanto desejar. Num questionário fechado tanto a formulação das questões como a sua ordem e leque de respostas possíveis são previamente definidas. Depois de efectuada a questão apresenta-se à pessoa uma listagem predefinida de opções de respostas possíveis e adequadas, de entre as quais solicitamos a que melhor corresponde à que deseja dar, já no que concerne às questões abertas, os inquiridos respondem como querem, utilizando a sua própria linguagem, fazendo os comentários que consideram adequados, com o objectivo de servirem de apoio para a interpretação dos resultados (Ghiglione e Matalon 2001). Com este tipo de questionário pretende-se conhecer a vivência familiar dos agregados com idosos, compreender a articulação entre redes formais e informais e conhecer as expectativas dos cuidadores, face à situação que estão a vivenciar. A sua pertinência prende-se com o facto de obter informação acrescida, qualitativa, para completar e contextualizar a informação quantitativa obtida pelas outras variáveis (Hill e Hill 2002).

A qualidade dos instrumentos é uma das questões mais sensíveis de uma pesquisa e carece de especial atenção por parte do investigador. Tanto a construção do questionário como a formulação das questões reveste-se de extraordinária importância e constitui-se como uma fase crucial do desenvolvimento de uma pesquisa. De facto, é impreterível conceber um instrumento que produza as informações necessárias e adequadas aos objectivos da pesquisa, tendo subjacente um conjunto de questões que

primem pela clareza e precisão, por forma a que, independentemente dos intervenientes, elas tenham o mesmo significado para todos, ou seja, isentas de ambiguidade e sem necessidade de explicações adicionais, pelo que a linguagem utilizada é uma questão decisiva, consubstanciando-se como “*um instrumento rigorosamente standardizado tanto no texto das questões, como na sua ordem*” (Ghiglione e Matalon 2001: 110) e assim garantir a comparabilidade das respostas.

Tendo subjacente esta filosofia, o questionário (anexo II) foi construído por forma a ser composto por uma nota introdutória onde é solicitada a colaboração no preenchimento do mesmo, os objectivos e o âmbito em que surge, garantia de confidencialidade das respostas e anonimato e por mais quatro partes distintas.

Na primeira parte as perguntas permitem fazer uma breve caracterização sócio-demográfica do familiar cuidador e ainda do idoso que é cuidado, tendo em conta as características consideradas relevantes neste contexto, constituída por 15 questões, com várias alternativas, onde era solicitado para indicar a resposta mais adequada, conforme quadros 10 e 11.

Quadro 10
Variáveis Sócio-Demográficas (1)

VARIÁVEIS (CSD)		
VARIÁVEL	PERGUNTA	OPERACIONALIZAÇÃO
CSD.1	Sexo	1 – Masculino 2 – Feminino
CSD.2	Idade	Resposta aberta, N.º de anos
CSD.3	Residência (Concelho)	Resposta aberta, Identificação do concelho (nome)
CSD.4	Estado civil	1 – Solteiro 2 – Divorciado(a)/Separado(a) 3 – Viúvo(a) 4 – Casado(a)/Companheira(a)
CSD.5	Habilitações literárias	1 – Analfabeto 2 – Sabe ler e escrever 3 – 1º Ciclo 4 – 2º Ciclo 5 – 3º Ciclo 6 – Ensino Secundário 7 – Curso Superior
CSD.6	Situação profissional actual	1 – Desempregado 2 – Doméstica 3 – Reformado 4 – Trabalha por conta própria 5 – Trabalha por conta de outrem
CSD.7	Tipo de habitação	1 – Casa própria 2 – Casa alugada/arrendada 3 – Propriedade do idoso 4 – Cedida/emprestada
CSD.8	Elementos do agregado familiar (nº)	1 – 2 2 – 3 3 – 4 4 – 5 ou mais

Fonte: Questionário (anexo II)

Quadro 11
Variáveis Sócio-Demográficas (2)

VARIÁVEIS (CSD)		
VARIÁVEL	PERGUNTA	OPERACIONALIZAÇÃO
CSD.9	Grau de parentesco com o idoso	1 – Pai 2 – Mãe 3 - Sogro 4 – Sogra 5 - Outro
CSD.10	Idade do idoso	Resposta aberta, N.º de anos
CSD.11	Há quanto tempo coabitam	Resposta aberta, N.º de anos
CSD.12	Com quem vivia o idoso anteriormente	1 – Sempre viveu consigo 2 – Com o cônjuge 3 – Sozinho 4 – Com outros filhos 5 – Numa instituição 6 - Outro
CSD.13	O idoso circula pela casa de outros familiares	1 – Não 2 - Sim
CSD.14	Quais os familiares por onde circula	1 – Filhos 2 – Sobrinhos 3 - Outro
CSD.15	Periodicidade da mudança	1 – Semanalmente 2 – Quinzenalmente 3 - Mensalmente 4 – De 6 em 6 meses 5 – Anualmente 6 - Sem regularidade 7 – Nunca muda de casa 8 - Outro

Fonte: Questionário (anexo II)

A segunda parte reúne um conjunto de 10 questões através das quais se pretende conhecer qual a vivência familiar dos agregados com idosos, usando-se essencialmente questões de resposta dicotómica (sim/não), onde se pedia para indicar a resposta mais adequada ou indicar várias respostas, sendo umas vezes livre e outras fixo o número de respostas possíveis, solicitando justificação algumas delas e ainda outras, do tipo escalas de Likert, com os seguintes níveis de resposta, sobre quantidade: 1- Nada; 2- Pouco; 3- Nem muito nem pouco; 4 – Muito; 5- Bastante e ainda sobre frequência: 1- Nunca; 2- Raramente; 3- Às vezes; 4- Muitas vezes; 5- Sempre, conforme quadro 12.

Quadro 12

Vivência familiar dos agregados com idosos

VARIÁVEIS (VFAI)			
VARIÁVEL	PERGUNTA	OPERACIONALIZAÇÃO	
VFAI.16	Principal motivo para coabitação com o idoso	1 - Coabitação anterior 2 - Afecto/amor 3 - Dever/obrigação 4 - Isolamento/solidão 5 - Doença do idoso 6 - Comodidade da família 7 - Necessidade da família 8 - Outro	1 - Não 2 - Sim
VFAI.17	Instituições que conhece no concelho para apoio aos idosos e famílias	1 - Hospital 2 - Centro de Saúde 3 - Segurança Social 4 - Câmara Municipal 5 - Junta de Freguesia 6 - Santa Casa da Misericórdia 7 - Centro de Dia 8 - Bombeiros 9 - Grupos Paroquiais/voluntários 10 - IP Solidariedade Social 11 - Outra 12 - Não conhece nenhuma	1 - Não 2 - Sim
VFAI.18	Principais cuidados que o idoso necessita	1 - Depende do cuidador para tudo 2 - Vigilância constante 3 - Cuidados de higiene e conforto 4 - Mobilização 5 - Alimentação 6 - Eliminação 7 - Terapêutica 8 - Ajuda económica 9 - Outra 10 - Não necessita de cuidados	1 - Não 2 - Sim
VFAI.19	Ajuda proporcionada pelo idoso	1 - Não ajuda em nada 2 - Ajuda nas tarefas domésticas 3 - Cuida dos netos 4 - Cuida da horta/jardim 5 - Ajuda monetária 6 - Outra	1 - Não 2 - Sim
VFAI.20	Aspectos positivos para o idoso pela coabitação	1 - Manutenção dos laços afectivos 2 - Prevenção do isolamento/solidão 3 - Prevenção da institucionalização 4 - Mais bem cuidado 5 - Vigilância constante 6 - Outro 7 - Nenhum	1 - Não 2 - Sim
VFAI.21	Aspectos positivos para o cuidador pela coabitação	1 - Manutenção dos laços afectivos 2 - Mais tranquilidade 3 - Satisfação pessoal 4 - Ajuda a família nas tarefas 5 - Ajuda económica 6 - Outro 7 - Nenhum	1 - Não 2 - Sim
VFAI.22	Alterações/dificuldades quotidianas	1 - Organização do dia a dia da família 2 - Dificuldades económicas 3 - Conciliação vida familiar/profissional 4 - Vida social e lazer 5 - Habitação 6 - Falta de informação para cuidar do idoso 7 - Relacionamento com o idoso 8 - Conflitos familiares 9 - Falta de ajudas técnicas 10 - Falta de apoio/ajuda de outros 11 - Falta de tempo para dar atenção ao idoso	1 - Nunca 2 - Raramente 3 - Às vezes 4 - Muitas vezes 5 - Sempre
VFAI.23	Divide as responsabilidades na prestação de cuidados com algum familiar	1 - Não 2 - Sim	

- Com quem		Resposta aberta; Grau de parentesco
- Motivo porque não divide		Resposta aberta; Justificação
VFAI.24	Agravamento do estado de saúde física	1 – Nada 2 – Pouco 3 – Nem muito nem pouco 4 – Muito 5 - Bastante
VFAI.25	Agravamento do estado de saúde mental	1 – Nada 2 – Pouco 3 – Nem muito nem pouco 4 – Muito 5 - Bastante

Fonte: Questionário (anexo II)

A terceira parte destina-se a compreender como se processa a articulação entre as redes formais e informais, estando subjacente um conjunto de 7 questões essencialmente de natureza dicotómica (sim/não), onde se pedia para indicar a resposta mais adequada ou indicar várias respostas, sendo livre o número de respostas possíveis, algumas das quais a solicitar justificação, conforme quadro 13. Nesta abordagem, partiu-se do pressuposto de que o recurso a indicadores simples (sim/não), em algumas das questões tornava as respostas mais objectivas.

Quadro 13

Articulação entre redes formais e informais

VARIÁVEIS (ARFI)			
VARIÁVEL	PERGUNTA	OPERACIONALIZAÇÃO	
ARFI.26	Instituições que lhe prestam apoio	1 – Apoio Domiciliário Integrado 2 – Cuidados Continuados 3 - Hospital 4 – Centro de Saúde 5 - Segurança Social 6 - Câmara Municipal 7 - Junta de Freguesia 8 - Santa Casa da Misericórdia 9 - Centro de Dia 10 - Bombeiros 11 - Grupos Paroquiais/voluntários 12 - IP Solidariedade Social 13- Outra 14 - Não recebe apoio	1 – Não 2 - Sim
ARFI.27	Principais cuidados proporcionados pelas instituições	1 – Cuidados de enfermagem 2 – Cuidados médicos 3 – Cuidados de higiene e conforto 4 – Alimentação 5 – Tratamento da roupa 6 – Higiene da habitação 7 – Ajuda económica 8 – Ajuda material 9 – Ajudas técnicas 10 – Transporte 11 – Apoio à vida profissional 12 – Utilização do Centro de Dia 13 - Outro 14 – Não recebe nenhum	1 – Não 2 - Sim

ARFI.28	Paga a alguém para ajudar a cuidar (informalmente)	1 – Não 2 - Sim	
	- Quem	Resposta aberta; Pessoa a quem paga	
ARFI.29	Onde obteve informação acerca dos apoios	1 – Família 2 – Amigos/vizinhos 3 – Enfermeiro 4 – Médico 5 – Assistente Social 6 – Assistente Religioso 7 – Conhecimento pessoal 8 – Não recebe apoio nenhum 9 - Outro	
ARFI.30	Foi atendido quando solicitou esses apoios	1 – Não 2 - Sim	
	- Porque não foi atendido	Resposta aberta; Justificação	
ARFI.31	Como considera esses apoios	1 – Suficientes/adequados 2 – Insuficientes/desadequados 3 – Não recebe apoio nenhum	
	- Motivo da Insuficiência/desadequação	Resposta aberta; Justificação	
ARFI.32	Melhor local para o idoso viver	1 – Continuar com a família 2 – Continuar com a família, com ajuda 3 – Na casa do idoso 4 - Na casa do idoso, com a família 5 – No Hospital 6 – No Lar 7 – No Centro de Dia 8 - Outro	1 – Não 2 - Sim

Fonte: Questionário (anexo II)

Por último, a quarta parte é composta por três questões abertas onde se pretende conhecer as expectativas dos familiares cuidadores quanto às suas vivências e ao seu futuro, conforme quadro 14.

Quadro 14
Expectativas familiares

VARIÁVEIS (EF)		
VARIÁVEL	PERGUNTA	OPERACIONALIZAÇÃO
EF.33	Perspectivas de futuro para cuidador e idoso	Resposta aberta; Opinião
EF.34	Apoios, instituições e profissionais considerados importantes no apoio aos idosos	Resposta aberta; Opinião
EF.35	Sugestões para outros cuidadores	Resposta aberta; Opinião

Fonte: Questionário (anexo II)

Apesar de ser discutível a inserção das questões abertas no final do questionário, pelo facto de se correr o risco de as respostas serem muito pobres, neste caso, tendo em conta que no pré-teste os familiares não acharam o questionário nem longo nem fastidioso, esta questão não se colocou. Foi atribuído um código a todas as perguntas no sentido de facilitar o tratamento dos dados com recurso ao Stastical Package for the Social Sciences (SPSS).

A construção do questionário ocorreu após consulta de literatura acerca da problemática em estudo, permanecendo subjacente a preocupação com a adequação do mesmo aos objectivos previamente definidos, para que possa consubstanciar-se como algo que permita transmitir com exactidão o que se pretende saber ou medir, excluindo questões ambíguas, desnecessárias e pouco claras ou acrescentado e reformulando questões consideradas relevantes no contexto da pesquisa. Desta forma, a validade de conteúdo de um questionário é uma questão crucial, pelo que se submeteu o mesmo à apreciação de três juizes. De uma forma geral, consideraram válido o conteúdo do questionário, argumentando que na sua essência, as respostas correspondiam às informações procuradas, sugerindo no entanto a reformulação de algumas questões, no sentido de eliminar a sua ambiguidade e a inclusão de outras que permitiam recolher informação mais relevante no contexto da pesquisa.

Da mesma forma, facilmente se depreende a necessidade e importância que o pré-teste assume. É aconselhado que quando estiver redigida a primeira versão de um questionário se verifique se é de facto aplicável e se dá resposta aos problemas enunciados pelo investigador, considerando para o efeito duas fases, a primeira tem em conta cada uma das questões por si só e a segunda está dirigida para a totalidade do questionário e às condições de aplicação (Ghiglione e Matalon 2001).

O pré-teste foi aplicado a 12 familiares que reuniam os critérios previamente definidos, residentes em duas freguesias do Distrito de Évora que não fizeram parte das freguesias seleccionadas para a realização do estudo, mas que apresentavam características similares às que iriam integrar a pesquisa, tendo o mesmo ocorrido em Novembro de 2007. Aquando da aplicação do pré-teste, foi verificado se todas as questões eram compreendidas pelos cuidadores da mesma forma e da forma prevista pelo investigador. Por outro lado, também se averiguou se as opções consideradas nas questões fechadas abrangiam as respostas possíveis. Outro aspecto a apreciar foi a identificação de perguntas inúteis, difíceis e desadequadas relativamente à temática e objectivos da pesquisa, ou se por outro lado não faltavam perguntas pertinentes e relevantes.

Após este procedimento foi necessário introduzir algumas alterações, nomeadamente, proceder à eliminação de uma questão que parecendo interessante, era inútil pois, era a repetição desnecessária de outra e foi também necessário reformular a construção de duas questões por forma a clarificá-las. Também era importante compreender as

reações dos cuidadores, no sentido de perceber se o questionário era longo e se a sua aplicação causava aborrecimento ou impaciência, mas tal não se verificou.

Outro aspecto a considerar neste processo é a necessidade de se estimar a consistência interna (fiabilidade interna) das escalas, por forma a conhecer o grau de confiança ou exactidão da informação obtida, nomeadamente com a utilização do coeficiente alfa de Cronbach, considerando ser Excelente para valores maiores que 0,9; Bom para valores entre 0,8 e 0,9 e a partir daqui será Razoável, Fraca ou Inaceitável (Hill e Hill 2002). Considera-se que abaixo de 0,7 este índice começa a ser problemático (Durand e Blais 2003).

Optou-se por verificar a fiabilidade apenas nas questões de natureza mais de percepção do que de natureza factual, daí serem testadas as duas escalas utilizadas, a primeira relativamente à percepção das principais alterações/dificuldades quotidianas que ocorreram pelo facto de cuidar/coabitar com o familiar idoso, com 11 itens e a segunda destinada a avaliar a percepção do estado de saúde física e mental do cuidador e a forma como foram afectados pelo facto de ter o idoso a seu cargo, com 2 itens, observando-se os seguintes valores do coeficiente alfa de Cronbach, respectivamente 0,816 e 0,811 pelo que se considera que a fiabilidade das escalas é Boa.

Em síntese, a questão da validade e fiabilidade dos instrumentos de medição é crucial, sendo que *“a validade de um instrumento diz respeito à sua adequação para medir o ‘objecto’ em estudo”* (Carmo e Ferreira 1998: 179), já a fiabilidade de um instrumento *“representa a sua capacidade para que diferentes investigadores obtenham resultados iguais”* (Carmo e Ferreira 1998: 179).

Para conhecer as respostas existentes na comunidade para apoio a estas famílias, recorreu-se então aos representantes dessas mesmas instituições formais, optando-se pela entrevista semidirectiva ou semidirigida, como instrumento de recolha de dados, pois permite aprofundar e colher de uma forma mais espontânea as vivências dos sujeitos do estudo, essencialmente devido à sua flexibilidade. Se pretendemos saber o que outros pensam sobre determinado assunto o melhor é perguntar-lhes acerca disso, podendo então obter uma maior profundidade e riqueza de informação sem perder de vista os objectivos do estudo, possibilitando o conhecimento de experiências e definições pessoais e a verbalização de sentimentos, daí a sua pertinência na investigação social.

Podem-se classificar as entrevistas segundo “*um continuum, variando entre um máximo e um mínimo de liberdade concedida ao entrevistado e o grau de profundidade da informação obtida*” (Carmo e Ferreira 1998: 130) ou seja, pode variar desde uma entrevista predominantemente informal ou aberta em que é proposto um tema e a intervenção do entrevistador é mínima até uma entrevista predominantemente formal ou fechada, em que o entrevistador tem um papel mais interventivo. Optou-se pela entrevista semidirectiva que fica situada entre estes dois extremos, em que é elaborado um esquema com os temas ou os blocos de assuntos que se pretendem abordar, os objectivos e os tópicos de questões, no entanto, a ordem pela qual os temas podem ser abordados é arbitrária. Ou seja, não é inteiramente aberta, nem orientada por um conjunto rígido de questões, muito direccionadas. A entrevista semidirectiva permite aprofundar um determinado domínio ou então verificar a evolução de um domínio já conhecido, “*o entrevistado conhece todos os temas sobre os quais tem de obter reacções por parte do inquirido, mas a ordem e a forma como os irá introduzir são deixadas ao seu critério, sendo apenas fixada uma orientação para o início da entrevista*” (Ghiglione e Matalon 2001: 64). Esta interacção verbal, flexível, assemelhando-se a uma conversa, sobre o assunto em questão, deverá permitir uma compreensão rica do fenómeno em estudo. O esquema da entrevista serve então de guia, em que o investigador identifica os temas, os subtemas e as questões orientadoras, por forma a recolher dados pertinentes para a investigação (Savoie-Zajc 2003). Foi então prioritária a construção de um guião para a entrevista que permitisse colher as vivências e experiências dos entrevistados, sem perder de vista o objecto de estudo (anexo III).

Os tópicos de questões deverão permitir identificar os recursos e equipamentos existentes no concelho e as actividades e recursos existentes na instituição propriamente dita, para apoio aos idosos e famílias e identificar estratégias de intervenção. O guião é composto por quatro blocos que pretendem dar resposta aos objectivos anteriormente enunciados:

- Bloco I – destina-se à legitimação da entrevista e motivação do entrevistado, reafirmando ainda a confidencialidade das respostas e o anonimato;
- Bloco II - pretende identificar o conhecimento que os entrevistados têm acerca dos recursos e equipamentos existentes no concelho para apoio aos idosos e famílias;
- Bloco III – destina-se a conhecer as actividades e recursos existentes na própria instituição para apoio aos idosos e famílias;

- Bloco IV - pretende apreender quais as estratégias de intervenção que os entrevistados sugerem no âmbito do apoio aos idosos e famílias.

No sentido de evitar possíveis enviesamentos, foi solicitado a três investigadores uma apreciação do instrumento (guião da entrevista), tendo sido sugeridas algumas alterações. Antes de proceder à realização das entrevistas, o guião foi sujeito ao pré-teste, em Novembro de 2007, no sentido de averiguar a sua adequação e precisão, ou seja, se davam resposta aos objectivos previamente definidos, pelo que foram realizadas três entrevistas a representantes de instituições que prestam apoio a idosos e famílias e que não fizeram parte do estudo, sendo que, após análise das mesmas se concluiu não ser necessário proceder à reformulação das questões. Foi possibilitado aos entrevistados expressarem-se livremente, tentando sempre orientar a entrevista para os objectivos propostos, tendo por vezes sido alterada a ordem das questões. O pré-teste também é bastante útil para treinar a habilidade para conduzir uma entrevista.

Uma vez construídos os instrumentos era chegada a altura de ir para o terreno. A aplicação dos instrumentos ocorreu sempre após os intervenientes serem devidamente informados do estudo, dos seus objectivos, da importância da sua participação voluntária e da possibilidade de poderem desistir em qualquer momento sem que daí lhes adviesse qualquer prejuízo, garantindo sempre o anonimato. Também foi tido em conta se a pessoa reunia condições e capacidade para compreender o que lhe era explicado, para na posse das informações que considerasse necessárias poder decidir e autorizar a sua participação.

Os 366 questionários foram aplicados no período de Janeiro a Novembro de 2008, nas casas dos familiares cuidadores, num lugar tranquilo, de modo a assegurar as condições mais favoráveis, após contacto prévio com os mesmos e tiveram uma duração que não ultrapassou os 40 minutos. Atendendo ao tempo disponível, distância geográfica entre as catorze localidades seleccionadas e ao facto de alguns inquiridos serem analfabetos optou-se pela conjugação entre o questionário “*de administração indirecta*” e “*de administração directa*”. No questionário “*de administração indirecta*” é o próprio inquiridor que o preenche tendo por base as respostas fornecidas pelo inquirido. No entanto, alguns familiares pediram autorização para serem eles próprios a preencher o instrumento, sendo desde logo combinada a altura da recolha, não advindo daí qualquer obstáculo ou dificuldade, nesta situação, considera-se ser um questionário “*de administração directa*”, pois é o próprio inquirido que o preenche (Quivy e Campenhoudt 2003).

Relativamente à recolha de informação junto dos representantes das diversas instituições formais, foram realizadas 23 entrevistas, no período de Janeiro a Novembro de 2008 e ainda entre Setembro e Dezembro de 2009, nas instituições representadas pelos entrevistados, após contacto prévio com os mesmos e tiveram uma duração, no máximo de 45 minutos. Na validação das entrevistas foi indispensável a participação dos entrevistados. Tão importante como a construção do guião é a forma como se conduz a entrevista, pelo que houve a preocupação de levar o entrevistado a exprimir-se livremente acerca dos temas, através de questões amplas, por forma a não induzir a resposta, mas reencaminhando a entrevista para os objectivos, quando necessário, respeitando o ritmo de cada um.

Os métodos de recolha dos dados e os métodos de análise dos mesmos devem completar-se logo, devem ser seleccionados em conjunto para que o investigador possa verificar a sua adequação, em virtude dos objectivos da pesquisa.

4.5 – PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

Aplicados os questionários, terminado que estava o trabalho de campo, era preciso proceder ao tratamento e análise dos dados, para o qual se utilizou o software SPSS 16.0 for Windows, permitindo este programa informático de apoio à estatística organizar, apresentar, analisar e interpretar dados (Pestana e Gageiro 2008). Se os métodos de entrevista essencialmente reclamam métodos de análise conteúdo, na maioria das vezes (não obrigatoriamente) qualitativos, os inquéritos por questionário recorrem a métodos de análise quantitativa (Quivy e Campenhoudt 2003).

O primeiro passo foi então a criação de um ficheiro de dados e inserção dos mesmos, para a análise estatística. Foi utilizada a estatística descritiva que permitiu descrever de forma resumida as características das variáveis fornecidas pelos dados, através de frequências absolutas (F) e relativas (%), indicadores estatísticos, recorrendo também às medidas de localização e de tendência central, medidas de dispersão absolutas e coeficientes de correlação. Outro recurso foi a estatística indutiva que permite “*tirar conclusões para um domínio mais vasto de onde esses elementos provieram. As inferências, que requerem o conhecimento das probabilidades, são feitas através da estimação pontual, de intervalos de confiança e de testes estatísticos paramétricos ou não paramétricos, aplicados a amostras aleatórias*” (Pestana e Gageiro 2008: 36).

Optou-se pela utilização de técnicas estatísticas não-paramétricas, que não exigem que se conheçam as características da distribuição amostral e que se caracterizam pelo facto de os valores de uma variável não necessitarem ter uma distribuição normal, permitindo analisar variáveis com valores numa escala ordinal ou nominal (Hill e Hill 2002; Sampieri, Collado e Lúcio 2006 e Marôco 2010).

Para escolher a técnica estatística adequada, entre outros, é preciso ter em conta os objectivos do estudo, a natureza das variáveis, a escala de medida da variável dependente e a adequação dos pressupostos da técnica estatística que se quer utilizar (Hill e Hill 2002).

Tendo subjacentes estes princípios, optou-se por apresentar de forma sistematizada, no início da análise, algumas características sócio-demográficas dos cuidadores, essencialmente descritiva e sem uma análise aprofundada e ainda uma breve caracterização dos idosos, com o propósito de contextualizar o apoio prestado.

Um dos objectivos propostos no início da pesquisa consiste em identificar os problemas com que se confrontam as famílias com idosos. No sentido de dar resposta ao objectivo anteriormente delineado foram utilizados além da análise de frequências, medidas de tendência central e de dispersão e cruzamentos entre variáveis, para perceber se as mesmas se influenciam, de forma significativa ou não. Recorreu-se ainda a alguns testes estatísticos, nomeadamente, o coeficiente de concordância de Kendall's W test, (não-paramétrico) que mede a diferença entre a probabilidade de as variáveis estarem na mesma ordem e a probabilidade de estarem em ordens diferentes. Assim, para melhor avaliar a importância relativa, no que concerne ao motivo pelo qual o idoso vive com a família; cuidados ou ajudas que o idoso necessita; ajuda prestada pelos idosos aos familiares cuidadores; aspectos positivos para a família pelo facto de viver com o idoso; aspectos positivos para o idoso por viver com a família, percebidos pelos familiares; utilizou-se o teste de Kendall's W, cujo algoritmo permite ordenar as respostas, e verificar se essa ordenação é significativa (Pereira 2008; Pestana e Gageiro 2008 e Marôco 2010).

Para perceber quais as principais alterações ou dificuldades que enfrentavam no dia a dia pelo facto de cuidarem do idoso e compreender a importância relativa das mesmas, submeteram-se os dados ao teste de Friedman cujo algoritmo permite ordenar as respostas, neste caso, as alterações ou dificuldades pelo facto de cuidar do idoso e verificar se essa ordenação é significativa. O teste de Friedman é um teste não-

paramétrico e baseia-se nas ordens de cada caso, comparando as pontuações médias de cada variável, aplicando-se quando cada variável é classificada numa escala de nível, pelo menos ordinal. Tanto neste caso, como no anterior, pretendeu-se identificar e relativizar a importância das variáveis, ou seja, a sua hierarquização (Pereira 2008; Pestana e Gageiro 2008 e Marôco 2010).

Foi utilizado o teste de ajustamento do Qui-Quadrado para as alterações do estado de saúde física e mental, em que se compararam as frequências dos valores observados com as dos valores esperados, nas diferentes categorias de uma variável, observando-se o nível de significância, permitindo a sua leitura concluir se existem diferenças ou não e se as mesmas são ou não significativas (Pereira 2008; Pestana e Gageiro 2008 e Marôco 2010).

O coeficiente de correlação de Spearman (não-paramétrico), mede a intensidade da relação entre variáveis ordinais e aplica-se igualmente em variáveis intervalares. Desta forma, optou-se também por medir a intensidade da relação entre o estado de saúde física e mental dos familiares e a idade e habilitações literárias dos mesmos, tempo de coabitação, número de elementos do agregado familiar e idade do idoso, pelo que se utilizou na análise o coeficiente de correlação de Spearman (Pereira 2008; Pestana e Gageiro 2008 e Marôco 2010).

Com o intuito de analisar a capacidade de resposta das redes formais às necessidades das famílias com idosos, recorreu-se também à estatística descritiva e cruzamentos entre variáveis, para perceber se as mesmas se influenciam, de forma significativa ou não. Utilizaram-se ainda alguns testes estatísticos, nomeadamente, coeficiente de concordância de Kendall's *W* test, cujo algoritmo nos permitiu também ordenar as respostas, de acordo com a sua importância relativa e verificar se essa ordenação é significativa, no que concerne às instituições ou programas que dão apoio nos cuidados ao idoso e ao tipo de ajudas ou cuidados que as mesmas proporcionam e, tendo em conta a vivência familiar, qual o local que os cuidadores consideram ser o mais adequado para o idoso que cuidam (Pereira 2008; Pestana e Gageiro 2008 e Marôco 2010).

Para o tratamento e análise das questões abertas do questionário utilizou-se a análise de conteúdo segundo Bardin (2004), permitindo apresentar os resultados de uma forma mais simples. Este autor, considera que as questões abertas são frequentemente analisadas tendo o tema por base. Desta forma, nas questões abertas o *corpus* sobre o

qual se trabalhou foi essencialmente formado pelo conjunto das respostas, neste caso constituído por declarações muito breves.

Relativamente à informação recolhida junto dos representantes das instituições formais da comunidade, depois de efectuadas as entrevistas, foi transcrito todo o seu conteúdo e procedeu-se à enumeração das mesmas, por forma a iniciar a análise e interpretação dos dados e perceber quando era atingida a saturação de campo. Tal como aconteceu relativamente ao tratamento e análise das questões abertas do questionário, também foi seleccionada a análise de conteúdo para o tratamento e interpretação das entrevistas, técnica utilizada cada vez mais, na investigação social.

A análise de conteúdo pode ser descrita como uma técnica de investigação que possibilita fazer uma descrição objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo das comunicações, por forma a poderem ser interpretadas, não devendo ser utilizada unicamente para se proceder a uma descrição do conteúdo das mensagens, sendo que o seu principal objectivo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção, podendo ou não ser utilizados indicadores quantitativos (Carmo e Ferreira 1998). Neste contexto pode considerar-se como *“um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”* (Bardin 2004: 37).

A totalidade do material transcrito das comunicações, ou seja, as entrevistas, constitui o *“corpus”* de análise que mais não é que todo o conjunto de documentos que irão ser submetidos aos procedimentos analíticos. Depois de definido o *“corpus”*, há que tratar esse material, ou seja, há que codificá-lo. A codificação é uma transformação dos dados brutos, que, sendo agregados em unidades, permitem uma descrição mais exacta das características pertinentes do conteúdo (Bardin 2004).

Desta forma, uma análise de conteúdo, pressupõe a definição de unidades de registo, de contexto e eventualmente de enumeração. Considera-se a unidade de registo como *“a unidade de significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade base, visando a categorização e a contagem frequencial”* (Bardin 2004: 98). Esta pode ser de natureza e dimensão variáveis. O critério de recorte considerado na análise de conteúdo foi de ordem semântica, ou seja, considera o tema como unidade de registo. O tema é amplamente utilizado em análise temática, característica da análise de

conteúdo, considerado como uma afirmação acerca de determinado assunto, ou seja, a frase, um resumo por influência do qual pode ser afectado um amplo conjunto de formulações singulares (Bardin 2004). As respostas às entrevistas são na maioria das vezes analisadas tendo por base o tema, *“fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objectivo analítico escolhido”* (Bardin 2004: 99). Por sua vez a unidade de contexto permite codificar a unidade de registo, cuja dimensão deve ser superior à desta, sendo tal facto de extrema importância para a compreensão da significação exacta da unidade de registo, a mesma *“serve de unidade de compreensão para codificar a unidade de registo e corresponde ao segmento da mensagem, cujas dimensões (superiores às unidade de registo) são óptimas para que se possa compreender a significação exacta da unidade de registo”* (Bardin 2004: 100). Será considerada como unidade de contexto a entrevista. Nas abordagens não quantitativas, pode recorrer-se a indicadores não frequenciais susceptíveis de permitir inferências, em que por exemplo, a presença ou a ausência, pode ser um índice tanto ou mais frutífero que a frequência de aparição (Bardin 2004).

Na análise de conteúdo a definição de categorias tem o propósito de simplificar, facilitando a apreensão e possivelmente a explicação dos fenómenos, pelo que pode ser considerada como *“uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género (analogia), com os critérios previamente definidos”* (Bardin 2004: 111), sendo que as categorias agregam um conjunto de elementos, neste caso unidades de registo, sob um determinado título, tendo por base características comuns, obtendo-se uma apresentação simplificada dos dados, passando de dados brutos a dados organizados (Bardin 2004). As categorias devem reunir determinadas características, nomeadamente, devem ser exaustivas (todo o conteúdo que se decidiu classificar deve ser totalmente incluído nas categorias), exclusivas (os mesmos elementos só podem pertencer a uma categoria); objectivas (as características de cada categoria devem ser explicitadas sem ambiguidade e claras para que diferentes codificadores classifiquem os diferentes elementos seleccionados dos conteúdos da análise, nas mesmas categorias) e pertinentes (devem estar de acordo com os objectivos e o conteúdo que está a ser classificado) (Carmo e Ferreira 1998).

Uma das condições para a promoção da qualidade de vida do idoso é a garantia da sua integração na família e no meio ambiente em que está inserido. Apesar dos esforços que têm sido feitos nesse sentido, parece não estarem ainda criadas as condições

necessárias e adequadas ao apoio desses familiares cuidadores, confrontados que são com uma amálgama de sucessivas alterações e problemas que carecem de uma resposta articulada e complementar entre cuidadores formais e informais. Foi nesta lógica que se definiu esta metodologia de trabalho, perspectivando a identificação dessas necessidades e a forma como as instituições comunitárias poderão colmatar algumas lacunas.

Nota: Os gráficos e quadros apresentados no decurso da análise, têm como fonte os dados recolhidos através dos questionários e das entrevistas, realizadas no âmbito desta tese, cuja fonte passa a ser identificada como Gemito (2008) e Gemito (2009), respectivamente.

5 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

“ Naturalmente que para haver investigação é necessário antes de mais, um problema que mereça e possa ser investigado ”

S. Marques

5.1 - PROBLEMÁTICA DO ENVELHECIMENTO FACE AOS CONTEXTOS FAMILIARES

Cuidar dos idosos ainda é uma função da família, função esta que recai essencialmente sobre a mulher, no entanto, no actual contexto social, essa responsabilidade reveste-se de alguns constrangimentos em virtude de vários factores, entre os quais se destacam a idade cada vez mais avançada tanto dos familiares cuidadores como dos idosos, alterações na dimensão e estrutura familiares e a dificuldade em conciliar a vida familiar e profissional. Nesta lógica, parece que uma das soluções seria a complementaridade entre as redes de apoio formal e informal e a divisão de responsabilidades dentro da rede familiar, de forma a minimizar as consequências negativas que daí advêm e melhorar a qualidade de vida das famílias cuidadoras e dos idosos.

5.1.1 - Caracterização Sócio-Demográfica dos Familiares Cuidadores de Idosos

Os familiares cuidadores de idosos que integraram a pesquisa (366), caracterizam-se essencialmente por serem na sua maioria do sexo feminino (88%) e terem uma idade média de 54 anos, compreendida entre os 24 e os 84 anos, embora metade tenham mais de 55 anos, de acordo com o quadro 15. Se repararmos estas mulheres estão próximas da idade em que vão deixar a sua vida profissional, caso a tenham, e vão entrar na reforma com as adaptações e ajustes que a situação exige. Estas características corroboram ainda a ideia da relevância do papel da mulher no apoio familiar, como

principal cuidadora, o qual historicamente lhe foi atribuído, sendo o papel do homem secundário ou quase ausente. Por outro lado, grande parte dos cuidadores constituem, eles próprios, um grupo de pessoas que em termos de idade estão quase a atingir o estatuto de idosos, isto é, também eles estão à beira da necessidade de, eventualmente, ter um cuidador. De salientar que um quarto dos cuidadores tem mais de 60 anos e 13,6% já são mesmo idosos, ou seja, já têm 65 ou mais anos, o que poderá dificultar a capacidade de prestar cuidados ao idoso que está a ser cuidado. O facto de estes familiares cuidarem dos idosos permite que os mesmos possam usufruir dos benefícios de se manterem no seu meio ambiente e familiar.

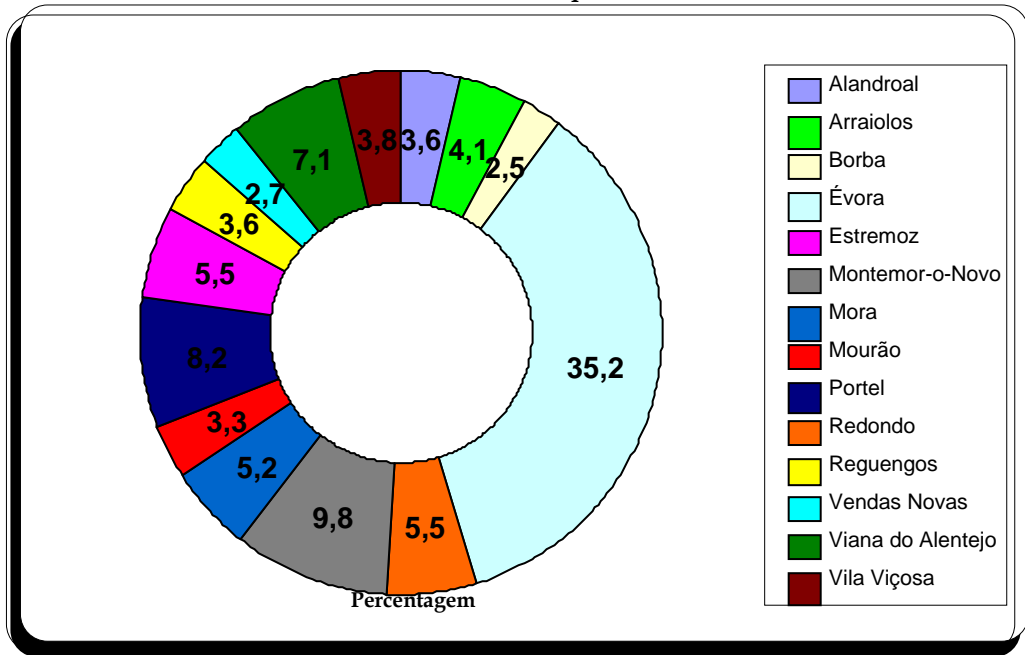
Quadro 15
Idade dos inquiridos

N	Valid	366
	Missing	0
Mean		54,19
Median		55,00
Std. Deviation		10,088
Minimum		24
Maximum		84
Percentiles	25	48,00
	50	55,00
	75	60,25

Fonte: Gemitto (2008)

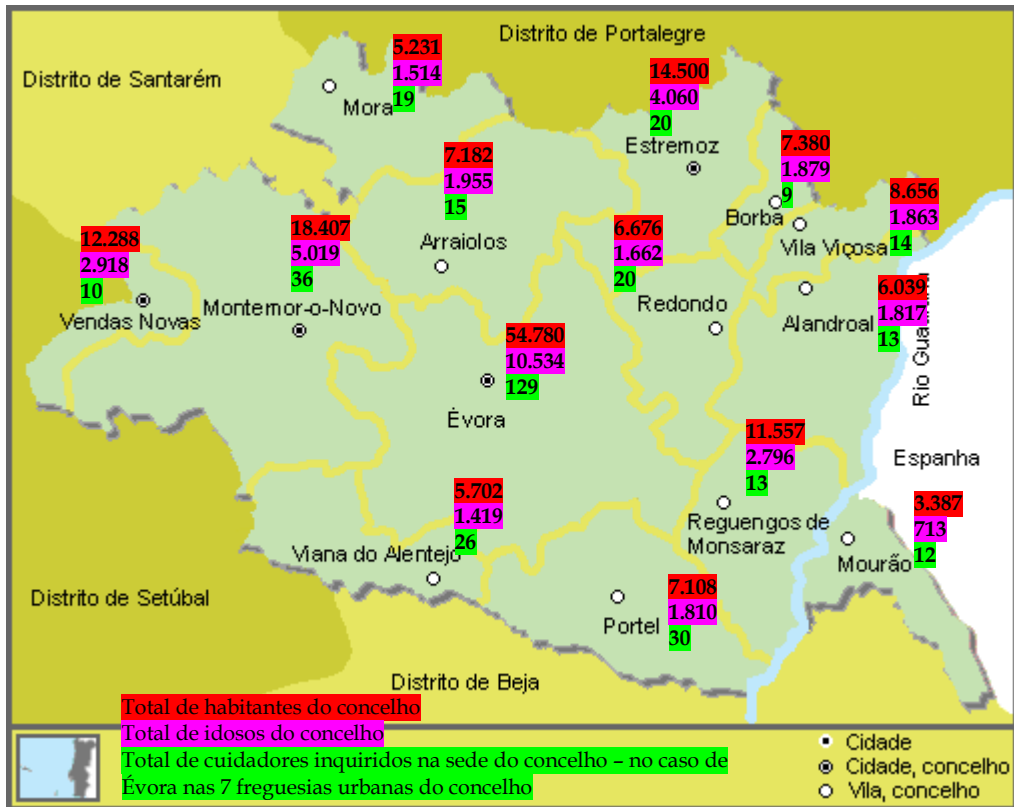
Quanto à residência, a maior parte dos familiares cuidadores reside em Évora (35,2%), seguindo-se Montemor-o-Novo (9,8%), Portel (8,2%), Viana do Alentejo (7,1%), Estremoz (5,5%), Redondo (5,5%) e Mora (5,2%). Todas as outras freguesias (sedes de concelho) apresentam percentagens inferiores, sendo Borba a que apresenta a menor percentagem (2,5%), conforme gráfico 14 e figura 6. De todo o modo, a grande diferença que se observa entre Évora e todos as outras localidades (sedes de concelho) está relacionada com o facto de este concelho ter um número bastante superior de habitantes do que qualquer um dos outros concelhos e consequentemente também um número bastante superior de idosos (INE 2009a).

Gráfico 14
Residência dos inquiridos



Fonte: Gemito (2008)

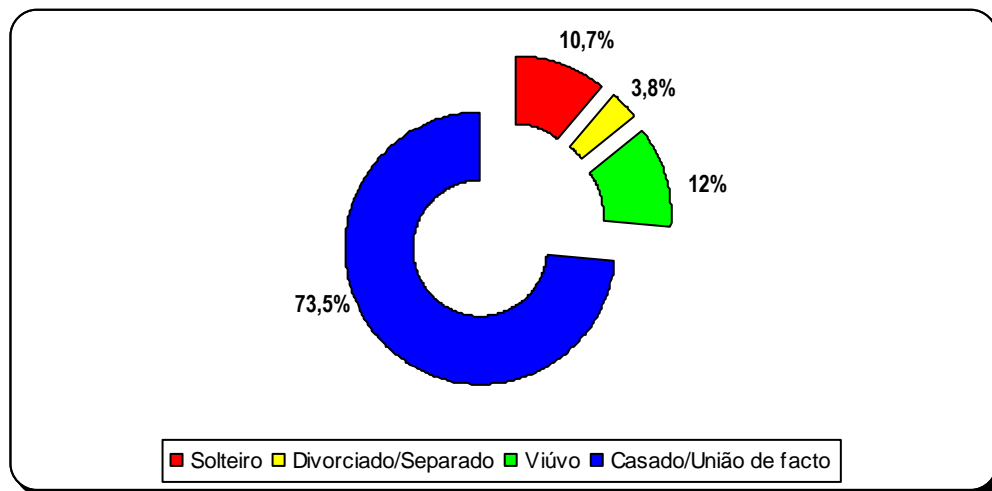
Figura 6
Mapa do Distrito de Évora (2)



Fonte: adaptado de <http://mapadeportugal.net/distrito>

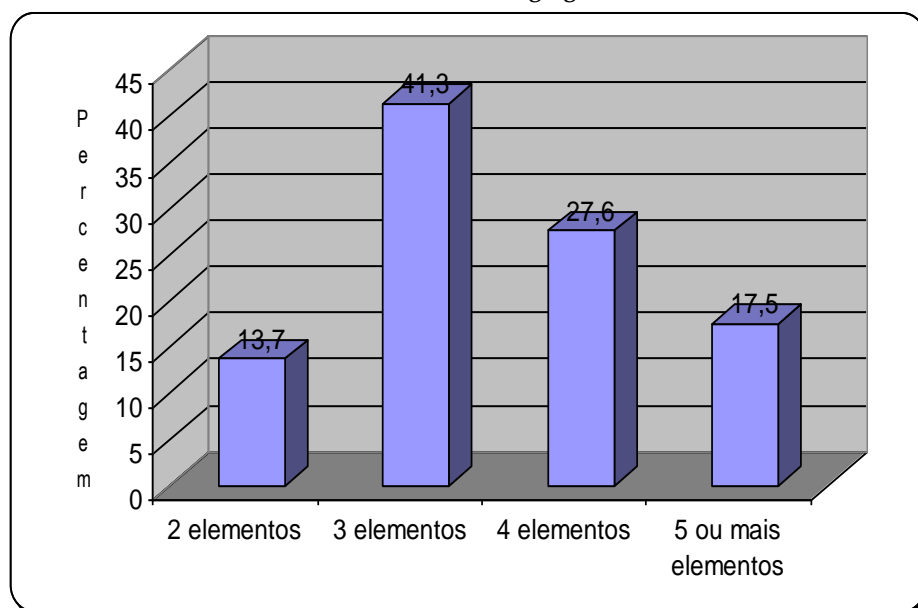
A maioria dos familiares, quanto ao estado civil, são pessoas casadas ou vivem em união de facto (73,5%), seguindo-se as pessoas viúvas (12%), solteiras (10,7%) e divorciadas ou separadas (3,8%) e caracterizam-se também por viverem maioritariamente em agregados compostos por 3 elementos (41,3%), sendo as famílias compostas por 2 elementos as que apresentam menor expressão (13,7%) e as famílias mais numerosas, com 5 ou mais elementos, correspondem a 17,5%, de acordo com os gráficos 15 e 16. A redução dos elementos nos agregados familiares é hoje uma realidade. Segundo os últimos Censos (2001), as famílias de maior dimensão diminuíram o seu peso relativo, sendo que as famílias com uma, duas ou três pessoas aumentaram (INE 2002b). Assim sendo, parece que são essencialmente famílias restritas, em que grande parte destes agregados são compostos pelo casal e pelo idoso, vivendo a grande maioria em casa própria (76,8%) e em 7,1% dos casos a casa é propriedade do idoso. Podemos então concluir que a maior parte são familiares do sexo feminino, em idade activa e casadas, conhecida pela “*geração sanduíche*”, em consequência do facto de se encontrar espartilhada entre a profissão e a família.

Gráfico 15
Estado Civil dos inquiridos



Fonte: Gemito (2008)

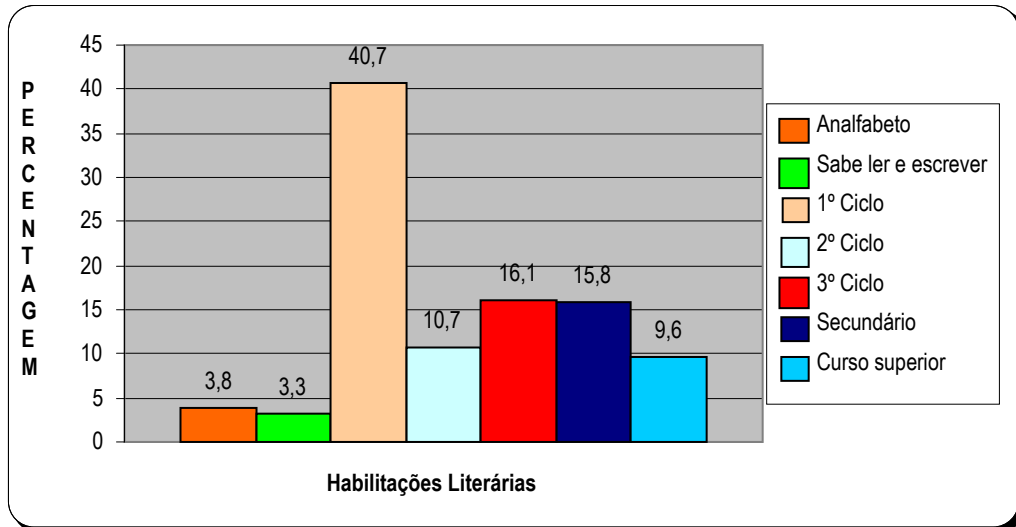
Gráfico 16
Número de Elementos do Agregado Familiar



Fonte: Gemito (2008)

O nível de escolaridade destes familiares é muito variado, incluindo desde pessoas analfabetas até pessoas com um curso superior. A maior parte tem o 1º ciclo (40,7%), seguindo-se o 3º ciclo (16,1%) e o secundário (15,8%). A menor percentagem corresponde às pessoas analfabetas e que apenas sabem ler e escrever (7,1%). Os indivíduos com um curso superior correspondem a 9,6% da totalidade dos familiares. Quase metade destes familiares distribuem-se entre os que não sabem ler ou escrever e têm a 4ª classe (1º ciclo), como se verifica através do gráfico 17. De facto, uma fatia considerável destes familiares são idosos, que normalmente se caracterizam pela baixa escolaridade. Efectivamente, dos 50 familiares cuidadores com 65 e mais anos apenas 6 têm escolaridade superior à 4ª classe. Tanto nos Censos de 1991, como de 2001, cabem ao Alentejo as maiores taxas de analfabetismo, que apesar de ter diminuído nessa década, continua a apresentar uma baixa qualificação académica (INE 2002b).

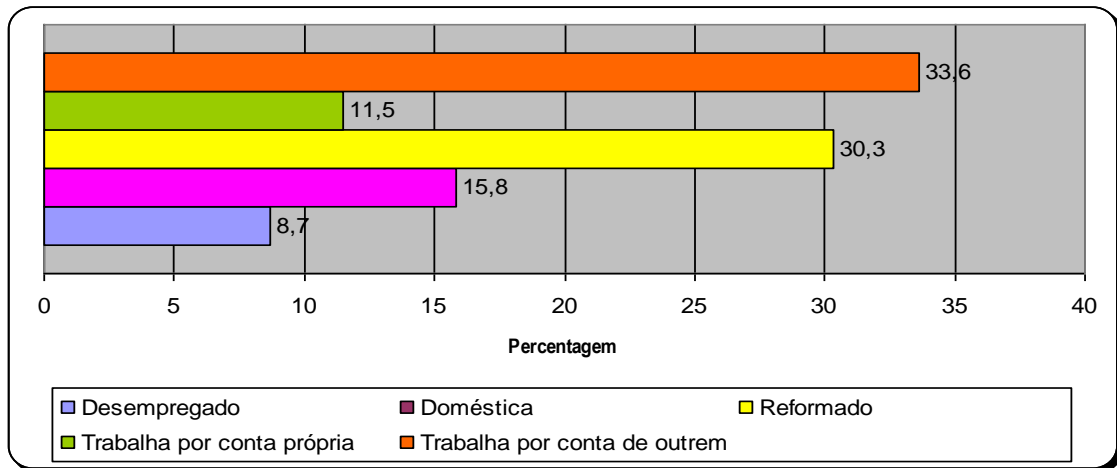
Gráfico 17
Habilitações Literárias dos inquiridos



Fonte: Gemitto (2008)

No que diz respeito à situação profissional, a maior parte destas pessoas trabalham por conta de outrem (33,6%) ou estão reformadas (30,3%). Esta percentagem elevada de pessoas reformadas poderá ter relação com o facto de um quarto dos cuidadores já ter idade superior a 60 anos. Estão desempregados 8,7% dos familiares. Às pessoas que neste momento não desenvolvem nenhuma actividade profissional (desempregados, domésticas e reformados), corresponde um valor superior a mais de metade dos familiares (54,9%). Não se pode no entanto negligenciar a percentagem de pessoas que desenvolvem ainda a sua actividade profissional (45,1%), das quais apenas 11,5% trabalham por conta própria, conforme gráfico 18, podendo conduzir a dificuldades de conciliação entre a vida profissional e os cuidados ao idoso e ser conseqüentemente motivo de sobrecarga para o familiar cuidador, pondo em causa a sua qualidade de vida e capacidade de cuidar do idoso. Os cuidadores que trabalham por conta própria poderão, eventualmente, dispor de maior flexibilidade de horário e maior disponibilidade para a prestação de cuidados.

Gráfico 18
Situação Profissional dos inquiridos



Fonte: Gemito (2008)

Quanto ao grau de parentesco do idoso com o familiar cuidador, verifica-se que nestes agregados, a maioria cuida dos pais (79,5%), respectivamente da “mãe” 55,5% e do “pai” 24%. Além de cuidarem da “mãe” e do “pai” cuidam ainda dos sogros (11,5%), nomeadamente da “sogra” (7,7%) e do “sogro” (3,8%). Saliente-se a relação parental entre familiar cuidador e idoso. Cerca de 9% cuida de outros, correspondendo essencialmente a tios, irmãos e avós. A grande maioria dos idosos cuidados são do sexo feminino, de acordo com o quadro 16. Este facto, parece estar consentâneo com a realidade do Distrito pois, a população idosa feminina é superior à masculina, sobretudo nas idades mais avançadas (INE 2009a). Comprovam-se também as tendências internacionais e nacionais quanto à maior esperança de vida das mulheres e sobremortalidade masculina, conduzindo à preponderância do sexo feminino nas idades mais avançadas, tal como o facto de serem os descendentes os primeiros a quem se recorre em caso de necessidade, essencialmente as filhas. De referir que os cuidadores mais novos têm a seu cargo essencialmente os avós e os mais velhos os pais ou os irmãos.

Quadro 16
Grau de parentesco com o idoso

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pai	88	24,0	24,0	24,0
	Mãe	203	55,5	55,5	79,5
	Sogro	14	3,8	3,8	83,3
	Sogra	28	7,7	7,7	91,0
	Outro	33	9,0	9,0	100,0
	Total	366	100,0	100,0	

Fonte: Gemito (2008)

Os idosos cuidados por estes familiares caracterizam-se por terem uma idade média de 83 anos, compreendida entre os 65 e os 101 anos, sendo que metade dos idosos têm mais de 83 anos e um quarto tem mesmo mais de 87 anos, conforme quadro 17, ou seja, a própria população idosa é muito envelhecida. Em 2008 a esperança de vida era de 78,70 anos, respectivamente, 75,49 para os homens e 81,74 para as mulheres (INE 2009c). É indiscutível o aumento da longevidade, consequência, entre outros, da melhoria das condições socioeconómicas e dos avanços da ciência. Efectivamente, o Alentejo é a Região mais envelhecida do país e o distrito também não foge à regra. O Alentejo é ainda a Região que detém o maior Índice de Longevidade, o qual mede a relação entre a população mais idosa (75 e mais anos) e a população idosa (65 e mais anos) (INE 2009a).

Quadro 17
Idade dos idosos

N	Valid	366
	Missing	0
Mean		82,62
Median		83,00
Std. Deviation		7,090
Minimum		65
Maximum		101
Percentiles	25	77,75
	50	83,00
	75	87,00

Fonte: Gemito (2008)

Estes idosos vivem com o familiar cuidador em média há cerca de 19 anos, indo esta coabitação de alguns meses até 82 anos. A coabitação de longa duração corresponde a agregados em que o idoso e o familiar sempre viveram juntos. Metade dos idosos vivem com os familiares há 8 ou mais anos e um quarto dessa população há mais de 32 anos, de acordo com o quadro 18. Estes resultados parecem sustentar que grande parte destes idosos foram viver com os familiares quando a necessidade de ajuda se fez sentir, eventualmente quando ficaram doentes e sozinhos. Outra das características destes agregados é que a maior parte dos idosos, antes de viverem com o familiar cuidador viviam com o cônjuge (42,6%) ou sozinhos (27,9%). De salientar que 22,7% sempre coabitaram. Apenas 4,4% viviam anteriormente com outros filhos e 0,5% numa instituição. Dos poucos que referiram que viviam com outros (1,9%), observou-se que viviam com algum dos progenitores e com irmãos, conforme quadro 19.

Quadro 18
Há quanto tempo vive o Idoso com a família

N	Valid	366
	Missing	0
Mean		18,72
Median		8,00
Std. Deviation		20,827
Minimum		0
Maximum		82
Percentiles	25	3,00
	50	8,00
	75	32,25

Fonte: Gemito (2008)

Quadro 19
Com quem vivia antes o idoso

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sempre viveu consigo	83	22,7	22,7	22,7
Com o Cônjuge	156	42,6	42,6	65,3
Sozinho	102	27,9	27,9	93,2
Com outros filhos	16	4,4	4,4	97,5
Numa instituição	2	0,5	0,5	98,1
Outro	7	1,9	1,9	100,0
Total	366	100,0	100,0	

Fonte: Gemito (2008)

A grande maioria destes idosos não circula pela casa de outros familiares (80,3%), ao contrário de 19,7% que circula por outras casas, essencialmente dos filhos. Esta mudança ocorre na maior parte das vezes mensalmente (10,4%), tal como é observável pelos quadros 20 e 21. São portanto predominantes as situações em que o idoso apenas é cuidado num só núcleo familiar, não se evidenciando o esquema rotativo em que o idoso circula pela casa de outros familiares.

Quadro 20
Grau de parentesco com os familiares por onde circula o idoso

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Filhos	69	18,9	95,8	95,8
	Sobrinhos	1	0,3	1,4	97,2
	Primos	1	0,3	1,4	98,6
	Filhos e sobrinhos	1	0,3	1,4	100,0
	Total	72	19,7	100,0	
Missing	999	294	80,3		
Total		366	100,0		

Fonte: Gemito (2008)

Quadro 21
De quanto em quanto tempo muda o idoso de casa

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Semanalmente	11	3,0	3,0	3,0
	Quinzenalmente	2	0,5	0,5	3,5
	de 3 em 3 semanas	1	0,3	0,3	3,8
	Mensalmente	38	10,4	10,4	14,2
	de 3 em 3 meses	3	0,8	0,8	15,0
	de 4 em 4 meses	1	0,3	0,3	15,3
	de 6 em 6 meses	2	0,5	0,5	15,8
	Anualmente	1	0,3	0,3	16,1
	Sem regularidade	13	3,6	3,6	19,7
	Nunca muda	294	80,3	80,3	100,0
Total		366	100,0	100,0	

Fonte: Gemito (2008)

Resumindo: Os familiares cuidadores de idosos que se disponibilizaram para participar no estudo caracterizam-se essencialmente por serem do sexo feminino, filhas, com uma idade média de 54 anos, na sua maioria casados ou a viver em união de facto, a maior parte em agregados compostos por 3 elementos. São pessoas que têm na maior parte das vezes o primeiro ciclo como habilitações literárias e trabalham por conta de outrem, apesar de, se juntarmos os desempregados, reformados e domésticas, ou seja, os que não desenvolvem nenhuma actividade profissional, esse número corresponde a mais de metade dos familiares inquiridos.

A maior parte dos cuidadores reside em Évora, maioritariamente em casa própria. Sobretudo estes familiares cuidam dos seus progenitores, essencialmente mulheres com uma média de idades de 83 anos, em que um quarto destes idosos já tem mais de 87 anos.

Os resultados do estudo demonstram que é essencialmente uma coabitação de longa duração, em média de cerca de 19 anos, em que quase metade, antes desta situação, vivia com o cônjuge, ou seja, foram viver com os familiares após a morte do companheiro (a).

Na maioria das vezes, estes idosos não circulam pela casa de outros familiares, quando o fazem é pela casa de outros filhos, a maior parte das vezes, mensalmente.

5.1.2 - O Quotidiano Familiar dos Agregados com Idosos: Problemas com que se Confrontam

Tendo em vista identificar os principais problemas com que se confrontam as famílias que cuidam dos familiares idosos, impunha-se identificar os motivos que despoletaram a prestação de cuidados, ou seja, o que ocorreu na vida do idoso que predispôs à necessidade de coabitação com os familiares. Para melhor avaliar a importância relativa dos motivos pelos quais estas pessoas decidiram cuidar dos seus familiares idosos, submetem-se os dados ao teste de Kendall's *W*, cujo algoritmo permite ordenar as respostas, neste caso, motivos que levaram estes familiares a cuidar dos idosos, e verificar se essa ordenação é significativa, tal como se observa no quadro 22. Face aos resultados obtidos, pode concluir-se que esta hierarquização é significativa (Sig.=0,000) e que para estes cuidadores, o principal motivo que os levou a cuidar do familiar idoso foi a doença do mesmo (4,74). Na sequência desta hierarquização surge em seguida a coabitação anterior (4,30) e o isolamento ou solidão (3,99). Por outro lado, constata-se que a necessidade da família (3,63) foi o motivo apresentado com menor importância relativa. De facto, verifica-se que a maior parte dos familiares (35,3%) referiu que o motivo que causou esta situação foi efectivamente a doença do idoso, tal como indica o quadro 23. Dos poucos familiares que referiram outro motivo, constatou-se que o mesmo ocorreu por existência de problemas anteriores em instituições (lar) e dificuldade de relacionamento com os outros filhos. Os idosos cujo motivo de coabitação foi o isolamento, a maior parte ou já viviam anteriormente sozinhos ou então esta coabitação ocorreu logo após a viuvez. Tal como já foi referido anteriormente, a média de idades destes idosos é de cerca de 83 anos. Parece consensual que quanto maior for a idade do idoso, mais probabilidade tem de apresentar alterações no seu estado de saúde e de se tornar mais vulnerável às

agressões do meio ambiente e já verificámos que a percentagem de idosos, mais idosos, cuidados por estas famílias é considerável.

Com o avançar da idade começam a surgir, impreterivelmente, alterações que sendo fisiológicas, não constituem uma ameaça à vida, mas exercem no entanto, um impacto significativo sobre as suas actividades quotidianas. Com o aumento da longevidade é provável que os idosos sobrevivam mais tempo com alguns níveis de incapacidade. Por outro lado, segundo os censos de 2001, as situações de isolamento são preocupantes, pois as famílias compostas só por idosos aumentaram e, dentro destas, a grande maioria são constituídas apenas por um idoso. A coabitação, por sua vez, pode constituir-se como um factor relevante pela proximidade entre ambos, eventualmente poderá colocar o cuidador numa posição privilegiada para a prestação de cuidados. Estes valores são sugestivos de que a coabitação ocorreu essencialmente no momento em que o idoso necessitou de ajuda. No entanto, devem-se equacionar situações em que os filhos adultos necessitaram voltar à casa dos pais, pelo provimento de sustento, em consequência de situações de desemprego e divórcio. Os valores culturais e a manifestação de afecto não têm aqui grande expressão. Foram poucos os que consideram como motivo o dever e a obrigação pessoal, tal como não é o amor o principal motivo que move estes familiares a cuidar dos idosos.

Quadro 22
Principal motivo pelo qual o idoso vive com a família
(Kendall's Coefficient of Concordance)

Ranks		Test Statistics	
	Mean Rank		
Principal motivo - Coabitação anterior	4,30	N	366
Principal motivo - Amor/afecto	3,68	Kendall's W ^a	,090
Principal motivo - Dever/Obrigação	3,78	Chi-Square	197,482
Principal motivo - Isolamento/Solidão	3,99	df	6
Principal motivo - Doença do Idoso	4,74	Asymp. Sig.	,000
Principal motivo - Comodidade da Família	3,89	a. Kendall's Coefficient of Concordance	
Principal motivo - Necessidade da Família	3,63		

Fonte: Gemitto (2008)

Quadro 23
Principal motivo pelo qual o idoso vive com a família

	Sim		Não		Total	
	F	%	F	%	F	%
Doença do idoso	129	35,3	237	64,7	366	100
Coabitação anterior	83	22,7	283	77,3	366	100
Isolamento/solidão	51	13,9	315	86,1	366	100
Comodidade da família	40	10,9	326	89,1	366	100
Dever/obrigação	29	7,9	337	92,1	366	100
Amor/Afecto	18	4,9	348	95,1	366	100
Necessidade da família	13	3,6	353	96,4	366	100
Outro	3	0,8	363	99,2	366	100

Fonte: Gemitto (2008)

Várias são as instituições de apoio aos idosos e famílias nas comunidades, pelo que se achou pertinente perguntar quais as que estes familiares conhecem no concelho onde residem, tal como se pode verificar pelo quadro 24. A maior ênfase recaiu essencialmente sobre os Centros de Saúde (55,7%), os Centros de Dia (54,6%) e a Santa Casa da Misericórdia (51,4%). Efectivamente, a maior parte dos idosos foi viver com os familiares por motivo de doença, alguns deles com uma idade bastante avançada e a necessitar de algum tipo de ajuda, tanto mais que alguns dos familiares cuidadores também já são idosos e poderão apresentar dificuldades na prestação de cuidados. Apenas 0,8% destes familiares referiu não conhecer nenhuma instituição com estas características. É preciso compreender se o apoio prestado por estas instituições é ou não, do conhecimento público ou se essa informação escasseia.

Quadro 24
Instituições de apoio ao idoso no Concelho

	Sim		Não		Total	
	F	%	F	%	F	%
Centro de Saúde	204	55,7	162	44,3	366	100
Centro de Dia	200	54,6	166	45,4	366	100
Santa Casa da Misericórdia	188	51,4	178	48,6	366	100
Segurança Social	99	27,0	267	73,0	366	100
Bombeiros	90	24,6	276	75,4	366	100
Hospital	61	16,7	305	83,3	366	100
Grupos Paroquiais	50	13,7	316	86,3	366	100
IPSS	44	12,0	322	88,0	366	100
Junta de Freguesia	39	10,7	327	89,3	366	100
Câmara Municipal	17	4,6	349	95,4	366	100
Não conhece	3	0,8	363	99,2	366	100

Fonte: Gemitto (2008)

Propusemo-nos compreender as dificuldades vivenciadas por estas famílias; por isso, considerou-se importante identificar os principais cuidados ou ajudas que os idosos que têm a seu cargo necessitam e avaliar a importância relativa desses cuidados ou ajudas, pelo que se submeteram os dados ao teste de Kendall's W, cujo algoritmo

permite ordenar as respostas, neste caso, principais cuidados que os idosos necessitam, e verificar se essa ordenação é significativa. Face aos resultados obtidos, tal como se observa no quadro 25, constatou-se que esta hierarquização é significativa (Sig.=0,000) e em primeiro lugar, estes idosos dependem essencialmente do familiar cuidador para tudo (6,77), a seguir necessitam de ajuda na higiene (6,22) e na toma da terapêutica (6,22). A menor importância relativa foi a necessidade de companhia (4,76). Sendo o principal motivo da coabitação a doença, aliada a uma idade já avançada, compreende-se que cerca de quase metade dos familiares referiram que o idoso depende deles para tudo (41%) e apenas 12% não necessita de qualquer ajuda ou cuidado. A maior parte dos idosos que não precisa de cuidados já anteriormente coabitava com a família. Mais de metade dos idosos que dependem do familiar para tudo têm 84 e mais anos. De facto, entre os que referiram necessitar de alguns cuidados ou ajuda salienta-se os que precisam de ajuda ou cuidados relativamente à higiene (30,1%) e à administração de terapêutica (30,1%). A ajuda económica e a necessidade de companhia foram os menos valorizados, respectivamente, 3,8% e 0,8%, tal como indica o quadro 26. Apesar de se considerar que a maioria dos idosos não são doentes, hoje vive-se cada vez mais tempo, o que faz com que se confrontem com uma gradual perda de autonomia, daí a necessidade de recorrer à ajuda de outros, essencialmente ao nível dos cuidados pessoais e de saúde. De entre estes, sobressaem os cuidados instrumentais, essencialmente os cuidados físicos; os cuidados expressivos não foram valorizados denotando-se uma ténue menção aos cuidados afectivos e apenas no que se relaciona com o companheirismo/presença. Leva-nos portanto a concluir que emergem as necessidades fisiológicas dos idosos.

Quadro 25
Principais Cuidados/Ajudas
(Kendall's Coefficient of Concordance)

Ranks		Test Statistics	
	Mean Rank		
Principais Cuidados/Ajudas - Depende de si para tudo	6,77	N	366
Principais Cuidados/Ajudas - Vigilância constante	5,47	Kendall's W ^a	,135
Principais Cuidados/Ajudas - Higiene	6,22	Chi-Square	445,789
Principais Cuidados/Ajudas - Mobilização	5,30	df	9
Principais Cuidados/Ajudas - Alimentação	5,01	Asymp. Sig.	,000
Principais Cuidados/Ajudas - Eliminação	5,01	a. Kendall's Coefficient of Concordance	
Principais Cuidados/Ajudas -Terapêutica	6,22		
Principais Cuidados/Ajudas - Ajuda Económica	4,91		
Principais Cuidados/Ajudas - Companhia	4,76		
Principais Cuidados/Ajudas - Não necessita	5,32		

Fonte: Gemitto (2008)

Quadro 26
Principais Cuidados/Ajudas

	Sim		Não		Total	
	F	%	F	%	F	%
Depende de si para tudo	150	41,0	216	59,0	366	100
Cuidados de Higiene	110	30,1	256	69,9	366	100
Terapêutica	110	30,1	256	69,9	366	100
Vigilância constante	55	15,0	311	85,0	366	100
Mobilização	42	11,5	324	88,5	366	100
Eliminação	21	5,7	345	94,3	366	100
Alimentação	21	5,7	345	94,3	366	100
Ajuda Económica	14	3,8	352	96,2	366	100
Companhia	3	0,8	363	99,2	366	100
Não Necessita	44	12,0	322	88,0	366	100

Fonte: Gemito (2008)

Outra questão que se colocou foi se a hierarquização anterior se mantinha, independentemente do estado civil e situação profissional do cuidador e grau de parentesco com o idoso, pelo que, da mesma forma, para melhor avaliar a importância relativa dos principais cuidados ou ajudas que os idosos necessitam, submeteram-se os dados ao teste de Kendall's *W*, cujo algoritmo permite ordenar as respostas, neste caso, cuidados ou ajudas e verificar se essa ordenação é significativa. Face aos resultados obtidos, tal como se observa no quadro 27, dividindo estes familiares pelos grupos anteriormente mencionados, verificou-se que a hierarquização era significativa para todos (sig. <0,05) e nos três primeiros lugares do *ranking* surgem, na mesma, as situações em que o idoso depende do cuidador para tudo, necessidade de ajuda nos cuidados de higiene e na preparação e toma da terapêutica, sensivelmente com a mesma importância relativa, independentemente do grupo pois, relativamente ao estado civil e à situação profissional do cuidador, em primeiro lugar verifica-se que os idosos dependem dos cuidadores para tudo, a não ser quando o idoso é o sogro, em que além de depender do cuidador para tudo, também os cuidados de higiene assumem grande relevância. No caso das sogras os principais cuidados que necessitam são inerentes à higiene. Ou seja, nos casos em que o familiar cuidador tem a seu cargo os sogros, a higiene reveste-se de importância relativa. Excepção feita para os trabalhadores por conta de outrem em que os idosos que cuidam têm como principais cuidados ou ajudas a toma da terapêutica e os desempregados hierarquizam da mesma forma o facto de os idosos dependerem deles para tudo e a toma da terapêutica.

Quadro 27
Principais Cuidados/Ajudas X Estado civil, Grau de parentesco, Situação profissional

			Principais cuidados/ajudas que o idoso necessita Mean Rank (Kendall's W test)		
			Depende de si para tudo	Cuidados de higiene	Terapêutica
Estado civil Asymp. Sig.	Solteiro	(Sig. 0,000)	6,63	6,12	6,12
	Separado	(Sig. 0,015)	6,86	6,14	6,50
	Viúvo	(Sig. 0,000)	7,11	6,09	6,55
	Casado	(Sig. 0,000)	6,73	6,27	6,17
Grau de parentesco Asymp. Sig.	Pai	(Sig. 0,000)	6,47	6,07	6,41
	Mãe	(Sig. 0,000)	6,87	6,16	6,13
	Sogra	(Sig. 0,002)	6,89	6,89	6,18
	Sogra	(Sig. 0,000)	6,45	6,62	6,27
Situação profissional Asymp. Sig.	Desempregado	(Sig. 0,000)	6,75	5,97	6,75
	Doméstica	(Sig. 0,000)	7,28	6,33	6,16
	Reformado	(Sig. 0,000)	7,26	6,18	6,00
	Trab. cont. própria	(Sig. 0,000)	6,42	5,94	5,94
	Trab. cont. outrem	(Sig. 0,000)	6,22	6,38	6,42

Fonte: Gemitto (2008)

Apesar dos factos até agora constatados relativamente à situação de cuidados dos idosos, levantava-se a questão se estes idosos ainda ajudavam a família, quanto a actividades familiares. Então, para melhor avaliar a importância relativa das ajudas prestadas pelos idosos à família, submetem-se os dados ao teste de Kendall's W cujo algoritmo permite ordenar as respostas, neste caso, a ajuda dos idosos nas actividades familiares e verificar se essa ordenação é significativa. Face aos resultados obtidos, tal como se observa no quadro 28, concluímos que esta hierarquização é significativa (Sig.=0,000) e em primeiro lugar, pode constatar-se que, essencialmente, estes idosos não ajudam em nada (4,44), seguindo-se a ajuda nas tarefas domésticas (2,90) os cuidados aos netos (2,59) e os cuidados à horta ou jardim (2,57). Por último, aparece com menor importância relativa a ajuda monetária (2,50). De facto, relativamente a este aspecto constata-se que a grande maioria efectivamente não ajuda em nada (78,4%) e os poucos que ajudam prestam essa ajuda essencialmente nas tarefas domésticas (16,7%). Só 0,8% destes idosos ajudam monetariamente a família, tal como se observa pela leitura do quadro 29. A média de idades destes idosos, tal como já foi referido, é elevada, o motivo que os levou a viver com os familiares foi essencialmente a doença e a maior parte depende da família para tudo, daí ser compreensível que não ajudem em nada.

Quadro 28
O Idoso ajuda nas Actividades Familiares
(Kendall's Coefficient of Concordance)

Ranks		Test Statistics	
	Mean Rank	N	366
O Idoso ajuda nas Act. Familiares - Não ajuda em nada	4,44	Kendall's W ^a	,531
O Idoso ajuda nas Act. Familiares - Tarefas domésticas	2,90	Chi-Square	778,108
O Idoso ajuda nas Act. Familiares - Cuida dos netos	2,59	df	4
O Idoso ajuda nas Act. Familiares - Cuida da horta	2,57	Asymp. Sig.	,000
O Idoso ajuda nas Act. Familiares – Ajuda monetária	2,50	a. Kendall's Coefficient of Concordance	

Fonte: Gemitto (2008)

Quadro 29
O Idoso ajuda nas Actividades Familiares

	Sim		Não		Total	
	F	%	F	%	F	%
Não ajuda em nada	287	78,4	79	21,6	366	100
Tarefas domésticas	61	16,7	305	83,3	366	100
Cuidar dos netos	15	4,1	351	95,9	366	100
Cuidar da horta	12	3,3	354	96,7	366	100
Ajuda monetária	3	0,8	363	99,2	366	100

Fonte: Gemitto (2008)

Numa tentativa de compreender, na opinião destes familiares, se existiam aspectos positivos, para os idosos pelo facto de viverem com a família e compreender a importância relativa dos mesmos, recorreu-se ao teste de Kendall's W cujo algoritmo permite ordenar as respostas, neste caso, aspectos positivos para os idosos e verificar se essa ordenação é significativa. Face aos resultados obtidos, tal como se observa no quadro 30, esta hierarquização é significativa (Sig.=0,000) e em primeiro lugar, para estes cuidadores o principal aspecto positivo para os idosos é a manutenção dos laços afectivos (4,35), seguindo-se a prevenção do isolamento (3,89) e o facto de os idosos estarem mais bem cuidados (3,72). Por outro lado, constata-se que o facto de não haver nenhuns aspectos positivos para os idosos, na opinião destas famílias (2,19) foi o que apresentou menor importância relativa. Pode também comprovar-se, pelo quadro 31 que os familiares cuidadores consideram que as vantagens para o idoso advêm principalmente do facto dos mesmos poderem manter os laços afectivos (73,2%) e prevenir o isolamento (57,7%), afinal, este foi um dos motivos anteriormente apresentados para a coabitação.

As vantagens de manter o idoso no seio familiar são bastante evidentes para estes cuidadores, podendo de alguma forma preservar a dignidade a que o idoso tem direito e promover a plenitude daquele momento da vida. Denota-se que nesta fase do ciclo

da vida o afecto assume um significado particular. A capacidade de amar é uma mais-valia que se pode vivenciar no seio da família. Não esqueçamos que estes idosos descendem de uma época de marcados valores culturais em que os laços familiares estavam muito enraizados e o fim da vida no ambiente familiar era algo inquestionável. Por outro lado, a tendência é existirem cada vez mais idosos a viver sozinhos e as consequências da solidão poderão ser nefastas e irreparáveis para os idosos, daí a preocupação em prevenir esta situação. Também não é invulgar que, não existindo apoio familiar, os idosos tenham de recorrer à institucionalização e que a mesma não seja bem vista nem pelos idosos nem pelos cuidadores, sobretudo nos meios rurais, até pela conotação negativa atribuída a estas instituições. No entender de grande parte dos familiares, os idosos recebem melhores cuidados no contexto familiar.

Quadro 30
Aspectos positivos para o idoso
(Kendall's Coefficient of Concordance)

Ranks		Test Statistics	
	Mean Rank	N	366
Aspectos positivos para o idoso - Laços afectivos	4,35	Kendall's W ^a	,213
Aspectos positivos para o idoso - Prevenção do Isolamento	3,89	Chi-Square	390,659
Aspectos positivos para o idoso - Prevenção de Institucionalização	3,59	df	5
Aspectos positivos para o idoso - Mais bem Cuidado	3,72	Asymp. Sig.	,000
Aspectos positivos para o idoso - Vigilância Constante	3,26	a. Kendall's Coefficient of Concordance	
Aspectos positivos para o idoso - nenhuns	2,19		

Fonte: Gemitto (2008)

Quadro 31
Aspectos positivos para o idoso

	Sim		Não		Total	
	F	%	F	%	F	%
Manutenção de Laços afectivos	268	73,2	98	26,8	366	100
Prevenção do Isolamento	211	57,7	155	42,3	366	100
Mais bem Cuidado	191	52,2	175	47,8	366	100
Prevenção de Institucionalização	175	47,8	191	52,2	366	100
Vigilância Constante	135	36,9	231	63,1	366	100
Nenhuns	4	1,1	362	98,9	366	100

Fonte: Gemitto (2008)

Da mesma forma, também relativamente aos aspectos positivos para a família pelo facto de os idosos viverem com eles, decidiu-se verificar a importância relativa dos mesmos, com a aplicação do teste de Kendall's W, cujo algoritmo permite ordenar as respostas, neste caso, aspectos positivos para a família, e verificar se essa ordenação é significativa. Obtivemos, face aos resultados apresentados no quadro 32, que esta

hierarquização é significativa (Sig.=0,000) e, em primeiro lugar, pode concluir-se que os mais importantes nesta hierarquização são a manutenção dos laços afectivos (4,78), a maior tranquilidade para a família (4,78) e a satisfação pessoal (4,15). A ajuda económica, na opinião destas famílias (2,35) foi o que apresentou menor importância relativa. Pode também observar-se no quadro 32 que, relativamente às vantagens para a família, em primeiro lugar, efectivamente, comprova-se que foram valorizados, essencialmente, a manutenção dos laços afectivos (82,8%) e o facto de a família poder estar mais tranquila pela permanência do idoso no seio familiar (82,8%).

Apesar da valorização da esfera afectiva, eventualmente pela manutenção das relações afectivas construídas ao longo do tempo, este motivo teve pouco peso na decisão de coabitação, no entanto, um dos aspectos que caracteriza a coabitação poderá ser a maior proximidade que poderá ter como consequência o reforço ou fortalecimento dos laços afectivos. Da mesma forma, a coabitação também poderá, de algum modo, facilitar o desempenho do papel de cuidador, pela disponibilidade de apoio real nos momentos em que o mesmo é necessário, proporcionando-lhe, talvez, mais tranquilidade e satisfação pessoal. Já anteriormente se tinha percebido que a grande maioria dos idosos não ajuda a família em nada, daí a pouca visibilidade que as ajudas prestadas pelos idosos representam para a família. A menor importância atribuída à ajuda económica que o idoso possa dar poderá estar relacionada com os poucos recursos económicos dos idosos. De todo o modo 6,8% dos cuidadores não encontram vantagens para si, ou para a família, pelo facto de cuidarem do idoso.

Quadro 32
Aspectos positivos para a família
(Kendall's Coefficient of Concordance)

Ranks		Test Statistics	
	Mean Rank	N	366
Aspectos positivos para a família - Laços afectivos	4,78	Kendall's W ^a	,593
Aspectos positivos para a família - Tranquilidade	4,78	Chi-Square	1,085E3
Aspectos positivos para a família - Satisfação pessoal	4,15	df	5
Aspectos positivos para a família - Ajuda à família	2,44	Asymp. Sig.	,000
Aspectos positivos para a família - Ajuda Económica	2,35		
Aspectos positivos para a família - nenhuns	2,50		

a. Kendall's Coefficient of Concordance

Fonte: Gemito (2008)

Quadro 33
Aspectos positivos para a família

	Sim		Não		Total	
	F	%	F	%	F	%
Manutenção de Laços afectivos	303	82,8	63	17,2	366	100
Tranquilidade	303	82,8	63	17,2	366	100
Satisfação Pessoal	227	62,0	139	38,0	366	100
Ajuda à Família	18	4,9	348	95,1	366	100
Ajuda Económica	7	1,9	359	98,1	366	100
Nenhuns	25	6,8	341	93,2	366	100

Fonte: Gemitto (2008)

Os constrangimentos inerentes à prestação de cuidados e as dificuldades e obstáculos com que se confrontam no quotidiano são questões pragmáticas que se levantam aos familiares cuidadores de idosos. Foi colocado um conjunto de questões acerca da frequência com que sentem essas mesmas dificuldades ou alterações no quotidiano, pelo facto de cuidarem e coabitarem com o seu familiar idoso. Era interessante perceber, na opinião destes familiares, quais as principais alterações ou dificuldades que enfrentavam no dia-a-dia pelo facto de cuidarem do idoso e compreender a importância relativa das mesmas, pelo que se submeteram os dados ao teste de aleatoriedade de Friedman, que permite verificar se existe ou não aleatoriedade na atribuição dos *ranks*, cujo algoritmo permite ordenar as respostas, neste caso, as alterações ou dificuldades das famílias pelo facto de cuidarem do idoso e verificar se essa ordenação é significativa. Face aos resultados obtidos no quadro 34, pode concluir-se que não existe aleatoriedade e a hierarquização é significativa (Sig.=0,000), para estes cuidadores as principais alterações ou dificuldades prendem-se com as actividades de descanso e lazer (8,28), dificuldades na organização do dia a dia da família (7,82) e dificuldades económicas (7,43). As dificuldades por falta de tempo para dar atenção ao idoso (3,83), na opinião destas famílias são as que apresentaram menor importância relativa.

Pode ainda confirmar-se pelo quadro 35 que as alterações que ocorrem na sua vida e afectam o seu quotidiano, prendem-se com a dificuldade na organização e gestão do dia-a-dia da família essencialmente “às vezes” (37,2%), sendo este valor inferior aos cuidadores que referem que essa dificuldade “nunca” ou “raramente” ocorre (39,3%). São menos os que consideram que essa dificuldade se verifica “muitas vezes” e “sempre” (23,5%). Relativamente às dificuldades económicas 29,8% referem senti-las “às vezes” enquanto que 48,4% mencionaram “nunca” e “raramente” as sentir e 21,9% concordam sentir essas dificuldades “muitas vezes” e “sempre”. Já no que se relaciona com a possibilidade de realizar actividades de descanso e lazer, ou ter vida social,

25,7% consideram ter “às vezes” essa dificuldade, sendo que as restantes opiniões se dividem de forma idêntica, entre os que vivenciam essa dificuldade “nunca” e “raramente” (38,8%) e “muitas vezes” e “sempre” (35,6%). Ou seja, de uma forma geral os familiares não enfatizaram as dificuldades, excepção feita para as actividades de descanso e lazer, na organização do dia-a-dia e dificuldades económicas em que “às vezes” sentiram dificuldades, provavelmente como resultado de um número elevado de idosos a necessitar de vigilância constante e a dependerem do cuidador para tudo, deixando pouco tempo livre para actividades de descanso e lazer.

Cuidar de idosos, sobretudo se já se confrontam com alguma dependência, pode implicar mudanças na vida familiar, alterando as rotinas da mesma. Também não se pode menosprezar a percentagem de cuidadores que trabalham por conta de outrem e que por sua vez poderão ter dificuldades acrescidas na gestão do tempo. Este, nem sempre é suficiente para todas as tarefas e, se algo ficar para trás, o mais certo é ser a possibilidade de se distrair e ter tempo para si próprio, condicionando as actividades de descanso e lazer. Por outro lado, também é considerável o número de cuidadores sem actividade profissional, nomeadamente desempregados, domésticas e reformados, o que eventualmente poderá levar a alguns constrangimentos financeiros, tal como alguns gastos acrescidos inerentes aos cuidados aos idosos, o que se traduz numa sobrecarga económica e agravamento do orçamento familiar, o qual pode ser mais acentuado pelas parcas reformas que grande parte dos idosos auferem.

Quadro 34
Principais alterações/dificuldades quotidianas
(Friedman Test)

Ranks		Test Statistics ^a	
	Mean Rank	N	366
Alterações/dificuldades quotidianas - Dificuldade na Organização do dia a dia	7,82	Chi-Square	927,809
Alterações/dificuldades quotidianas - Dificuldades económicas	7,43	df	10
Alterações/dificuldades quotidianas - Conciliação vida familiar/profissional	6,73	Asymp. Sig.	,000
Alterações/dificuldades quotidianas - Actividades de descanso e lazer	8,28	a. Friedman Test	
Alterações/dificuldades quotidianas - Condições da Habitação	5,39		
Alterações/dificuldades quotidianas - Falta de Informação	6,06		
Alterações/dificuldades quotidianas - Relacionamento com o Idoso	5,08		
Alterações/dificuldades quotidianas - Conflitos	4,80		
Alterações/dificuldades quotidianas - Falta de Ajudas Técnicas	4,80		
Alterações/dificuldades quotidianas - Falta de apoio e ajuda	5,79		
Alterações/dificuldades quotidianas - Falta de tempo para dar atenção ao idoso	3,83		

Fonte: Gemito (2008)

Quadro 35
Principais alterações/dificuldades quotidianas

Principais alterações/dificuldades quotidianas	Nunca		Raramente		Às vezes		Muitas vezes		Sempre		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Organização do dia a dia	86	23,5	58	15,8	136	37,2	48	13,1	38	10,4	366	100
Económicas	102	27,9	75	20,5	109	29,8	38	10,4	42	11,5	366	100
Conciliação vida familiar/profissional	151	41,3	57	15,6	82	22,4	38	10,4	38	10,4	366	100
Actividades de descanso e lazer	79	21,6	63	17,2	94	25,7	61	16,7	69	18,9	366	100
Condições da habitação	219	59,8	55	15,0	43	11,7	25	6,8	24	6,6	366	100
Falta de informação	161	44,0	85	23,2	87	23,8	23	6,3	10	2,7	366	100
Relacionamento com o idoso	223	60,9	69	18,9	55	15,0	12	3,3	7	1,9	366	100
Conflitos em casa	242	66,1	65	17,8	33	9,0	16	4,4	10	2,7	366	100
Falta de ajudas técnicas	251	68,6	48	13,1	41	11,2	17	4,6	9	2,5	366	100
Falta de apoios e ajuda	182	49,7	69	18,9	85	23,2	18	4,9	12	3,3	366	100
Falta de tempo para dar atenção ao idoso	303	82,8	48	13,1	10	2,7	4	1,1	1	0,3	366	100

Fonte: Gemito (2008)

Por outro lado, quisemos conhecer, na opinião destes familiares, quais as três principais alterações ou dificuldades que enfrentavam no dia a dia, pelo facto de cuidarem do idoso e compreender a importância relativa das mesmas, tendo em conta o estado civil e a situação profissional do cuidador e grau de parentesco com o idoso, pelo que se submeteram os dados ao teste de Friedman e pode-se então concluir que, para todos os grupos a hierarquização é significativa (sig. < 0,05) e mantêm-se nos três primeiros lugares as mesmas alterações ou dificuldades que ocorrem de uma forma geral, conforme quadro 36. No entanto, a sua ordem alterou-se, nomeadamente, para os solteiros e para os viúvos as de maior importância relativa são as dificuldades económicas, respectivamente 7,78 e 8,19. Para os divorciados/separados são as dificuldades nas actividades de descanso e lazer (8,54), tal como acontece com os casados (8,50). Poder-se-á depreender que os familiares solteiros e viúvos sentem mais as dificuldades económicas e os familiares divorciados/separados e casados, as dificuldades relacionadas com as actividades de descanso e lazer.

Relativamente ao grau de parentesco com o idoso, pode-se concluir que, para todos os grupos a hierarquização também é significativa (sig. < 0,05) e também se mantêm nos três primeiros lugares as mesmas alterações ou dificuldades que ocorrem de uma forma geral. No entanto, a sua ordem também se alterou, respectivamente, quando os idosos são os pais, as mães e as sogras, as mais importantes são as dificuldades nas actividades de descanso e lazer (8,13; 8,33 e 9,11). Quando os idosos são os sogros as mais importantes são as dificuldades na organização do dia-a-dia (8,61). Ou seja, para os que cuidam dos pais e das sogras as alterações/dificuldades que têm maior importância relativa são as relacionadas com o descanso e lazer enquanto que os que cuidam dos sogros são as que dizem respeito à organização do dia a dia da família.

No que se relaciona com a situação profissional do cuidador, os que não desenvolvem nenhuma actividade profissional (desempregados, domésticas e reformados) apresentam na hierarquização o mesmo tipo de dificuldades, apesar de não ser na mesma ordem, respectivamente, para os desempregados e domésticas as maiores dificuldades são inerentes ao descanso e lazer (8,70 e 8,58) e para os reformados são as dificuldades económicas (8,02) que aparecem em primeiro lugar. A diferença surge quando os cuidadores desenvolvem uma actividade profissional pois, apesar de surgirem em primeiro lugar as dificuldades em relação às actividades de descanso e lazer, para os que trabalham por conta própria em terceiro lugar salientam-se as dificuldades de conciliação entre a vida familiar e profissional (7,71) e no caso dos trabalhadores por conta de outrem essa mesma dificuldade passa para segundo lugar na hierarquização (7,99), que no *ranking* geral surgia em quarto lugar.

Apesar de tudo, quem trabalha por conta própria poderá organizar-me melhor do que quem trabalha por conta de outrem. Daqui também se pode perceber que para quem mantém uma actividade profissional, além das dificuldades no descanso e lazer, conciliar a vida familiar e profissional também pode ser uma preocupação. Poderão eventualmente estes cuidadores não sentir ainda de forma mais acentuada esta dificuldade pois, como atrás verificámos, os idosos cuidados pelos trabalhadores por conta de outrem apresentam como principais problemas a preparação e toma da terapêutica.

Quadro 36

Principais alterações/dificuldades quotidianas X Estado civil, Grau de parentesco, Situação profissional

			Principais alterações/dificuldades quotidianas			
			Mean Rank (Friedman test)			
			Actividades de descanso e lazer	Dificuldade na Organização do dia a dia	Dificuldades económicas	Conciliação vida familiar/ /profissional
Estado civil Asymp. Sig.	Solteiro	(Sig. 0,000)	7,77	7,33	7,78	-
	Separado	(Sig. 0,000)	8,54	8,25	8,07	-
	Viúvo	(Sig. 0,000)	7,31	7,94	8,19	-
	Casado	(Sig. 0,000)	8,50	7,84	7,22	-
Grau de parentesco Asymp. Sig.	Pai	(Sig. 0,000)	8,13	7,70	7,52	-
	Mãe	(Sig. 0,000)	8,33	7,95	7,33	-
	Sogro	(Sig. 0,000)	8,18	8,61	7,79	-
	Sogra	(Sig. 0,000)	9,11	7,50	6,68	-
Situação profissional Asymp. Sig.	Desempregado	(Sig. 0,000)	8,70	8,11	8,48	-
	Doméstica	(Sig. 0,000)	8,58	8,06	7,71	-
	Reformado	(Sig. 0,000)	7,85	7,69	8,02	-
	Trab. cont. própria	(Sig. 0,000)	8,52	7,74	-	7,71
	Trab. cont. outrem	(Sig. 0,000)	8,33	7,77	-	7,99

Fonte: Gemito (2008)

Um outro aspecto que caracteriza estas famílias é que mais de metade dos cuidadores (57,9%) não divide as responsabilidades da prestação de cuidados em casa, de uma forma não remunerada, com outro familiar, vizinho ou amigo, sendo essa colaboração, quando existente, na maior parte das vezes, dividida com o cônjuge, os filhos ou os irmãos. Observa-se então que predominam as situações em que existe um único cuidador, o cuidador principal, possivelmente atendendo ao contexto familiar e, quando recorrem a ajuda, ela provém dos familiares mais próximos, valendo-lhes ainda a vitalidade do suporte familiar em situações de dependência. As redes de vizinhança não têm aqui expressão.

O facto de os cuidadores principais assumirem toda a responsabilidade, pode levar a que solicitem ajuda em qualquer momento. A ajuda de outrem, tanto nas tarefas, como a nível emocional é importante para a manutenção da qualidade de vida do cuidador e consequentemente também do idoso. Os familiares que não dividiam essa responsabilidade, referem que os motivos foram essencialmente por não haver necessidade de tal (50,5%), por mais ninguém poder (23,1%) e porque vivem sozinhos com o idoso (17,9%), de acordo com o quadros 37 e 38, apesar dos agregados apenas com 2 elementos serem os de menor expressão.

Quadro 37
Divisão das responsabilidades na prestação de cuidados ao idoso

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	154	42,1	42,1	42,1
	Não	212	57,9	57,9	100,0
Total		366	100,0	100,0	

Fonte: Gemito (2008)

Quadro 38
Motivo porque não divide as responsabilidades na prestação de cuidados ao idoso

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Vive sozinha / o com o idoso	38	10,4	17,9	17,9
	Não há necessidade	107	29,2	50,5	68,4
	Ninguém quer ajudar	9	2,5	4,2	72,6
	Por opção	5	1,4	2,4	75,0
	Mais ninguém pode	49	13,4	23,1	98,1
	Por obrigação	4	1,1	1,9	100,0
	Total	212	57,9	100,0	
Missing	999	154	42,1		
Total		366	100,0		

Fonte: Gemito (2008)

É frequente constatar que o facto de cuidar de idosos acarreta alterações que conduzem a sobrecarga e conseqüente agravamento do estado de saúde do cuidador pelo que era também pertinente perceber se estes familiares sentem que o seu estado de saúde física e mental pioraram, por ter o idoso a seu cargo. Desta forma, foi aplicado o teste de ajustamento do Qui-Quadrado para o agravamento do estado de saúde física e mental, em que se compararam as frequências dos valores observados com as dos valores esperados das diferentes categorias. Pela observação do quadro 39, verificam-se as condições para que o teste possa ser utilizado (não existirem mais de 20% de categorias com valores esperados inferiores a 5 e todas as categorias com valores esperados superiores ou igual a 1). O nível de significância observado (Sig.=0,000) permite-nos rejeitar a hipótese nula que afirma que os valores observados se ajustam aos valores esperados, podemos concluir que existem diferenças, é significativamente diferente e pende mais para o “nada” e “pouco”. Efectivamente, o facto de cuidarem dos idosos agravou pouco ou nada o seu estado de saúde física ou mental. Através da análise dos gráficos 19 e 20, podemos, de facto, comprovar que para a maior parte dos familiares cuidadores, a sua saúde física não foi “nada” afectada (37,7%), tal como se verifica relativamente à sua saúde mental (42,3%). Pode também verificar-se que mais de metade dos cuidadores (67,2%) referem ter sido “pouco” ou “nada” afectados fisicamente pelo facto de cuidar do idoso. O mesmo acontece com o seu estado de saúde mental, pois, também mais de metade dos familiares (68,3%) sofreram “poucas” ou “nenhumas” alterações. Não podemos, no entanto, descurar os que sentiram que a sua saúde física e mental se agravou “muito” ou “bastante”, respectivamente 22,7% e 22,4%, valores muito idênticos; para eles, o cansaço e esgotamento poderão estar eminentes.

Eventualmente, poderemos ter em conta a idade avançada dos cuidadores e dos idosos e o considerável número de idosos que dependem do familiar cuidador para tudo, facto que pode, em determinadas circunstâncias, levar à exaustão do cuidador, pelo esforço físico que poderá ter de despender, agravado pelo facto de, como já verificámos, “às vezes” terem constrangimentos, relativamente às actividades de descanso e lazer e usufruição de tempos livres, pelo tempo que ocupam na prestação de cuidados e até, para alguns, com a conciliação com a vida profissional. Possivelmente, também não será fácil assumir actividades nunca antes realizadas, principalmente se não tiverem os conhecimentos necessários, prestando por vezes esses cuidados sem qualquer ajuda. Todos estes factores poderão contribuir para a sobrecarga física e psicológica do cuidador.

Quadro 39
Agravamento do Estado de Saúde Física e Agravamento do Estado de Saúde Mental
(Chi-Square)

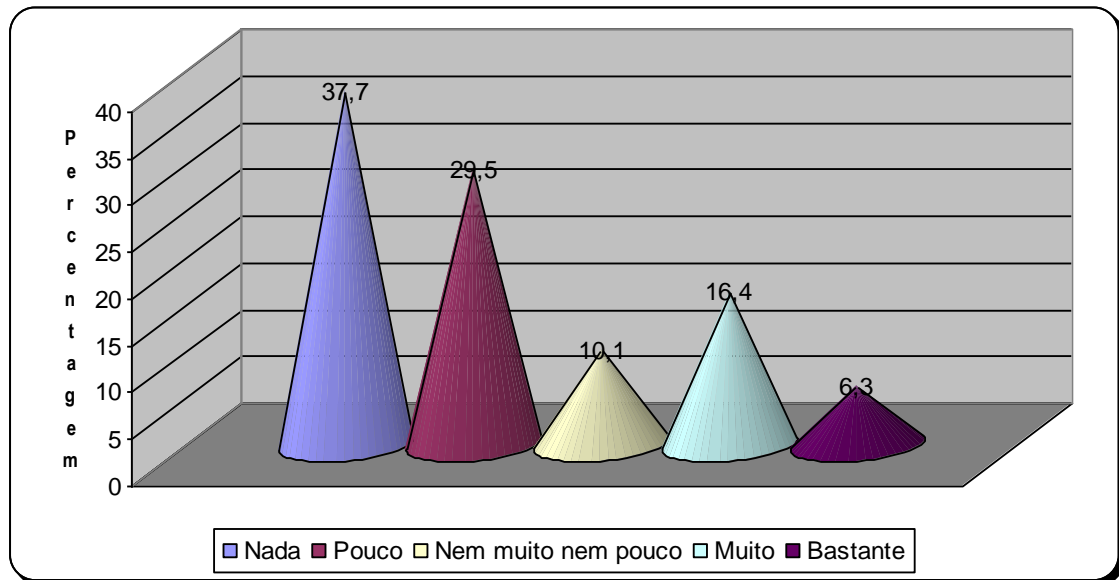
Agravamento do Estado de Saúde Física				Agravamento do Estado de Saúde Mental			
	Observed N	Expected N	Residual		Observed N	Expected N	Residual
Nada	138	73,2	64,8	Nada	155	73,2	81,8
Pouco	108	73,2	34,8	Pouco	95	73,2	21,8
Nem muito nem pouco	37	73,2	-36,2	Nem muito nem pouco	34	73,2	-39,2
Muito	60	73,2	-13,2	Muito	59	73,2	-14,2
Bastante	23	73,2	-50,2	Bastante	23	73,2	-50,2
Total	366			Total	366		

Test Statistics		
	Agravamento do Estado de Saúde Física	Agravamento do Estado de Saúde Mental
Chi-Square	128,617 ^a	156,077 ^a
df	4	4
Asymp. Sig.	,000	,000

a. 0 cells (.0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 73,2.

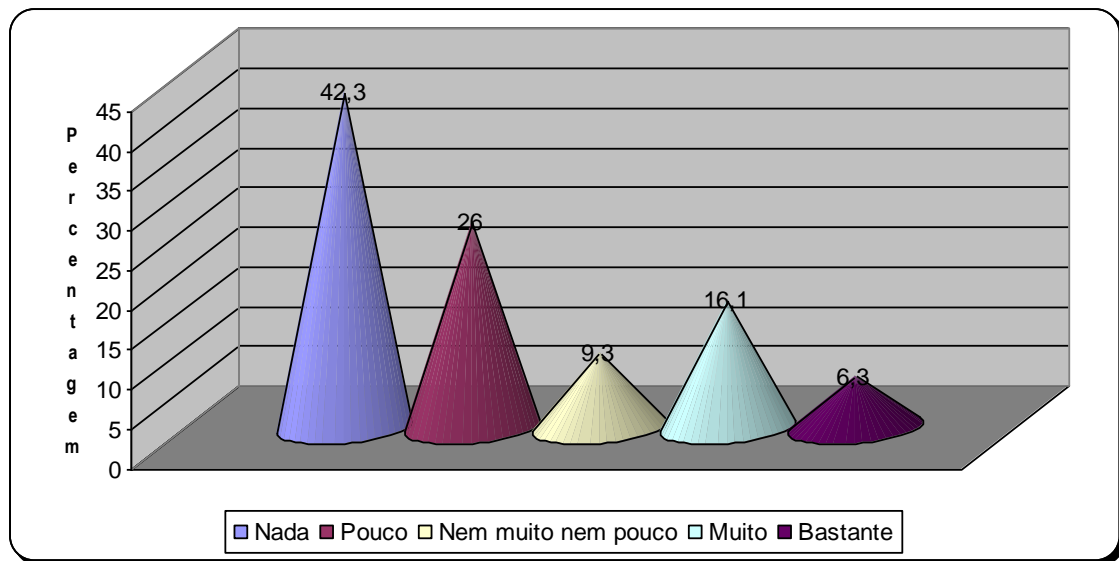
Fonte: Gemito (2008)

Gráfico 19
Agravamento do estado de saúde física do cuidador



Fonte: Gemito (2008)

Gráfico 20
Agravamento do estado de saúde mental do cuidador



Fonte: Gemitto (2008)

No sentido de clarificar um pouco melhor este aspecto, questionou-se também qual seria a intensidade da relação, ou o grau de associação entre o estado de saúde física e mental dos familiares e a idade dos mesmos, pelo que se utilizou na análise o coeficiente de correlação de Spearman's. Podemos então concluir, pela interpretação do quadro 40, atendendo ao nível de significância (Sig.=0,000 e Sig.=0,005), que o agravamento do estado de saúde física e mental está associado à idade do cuidador, no entanto esta associação apresenta valores muito baixos (Coeff.=0,281 e Coeff.=0,147), por estarem muito afastados de 1, valor este que indica uma associação directa perfeita. Do mesmo modo ao medir a intensidade da relação entre o estado de saúde física e mental dos familiares e as suas habilitações literárias, verificou-se que o agravamento do estado de saúde física está negativamente associado ao nível de habilitações literárias, ou seja, variam em sentido contrário, no entanto esta associação também apresenta valores baixos (Sig.=0,000; Coeff.=-0,213). Já relativamente ao agravamento do estado de saúde mental, parece não haver associação entre os mesmos, atendendo ao nível de significância (Sig.=0,240). No que concerne à associação entre o agravamento do estado de saúde física e mental e o tempo que o idoso vive com a família, também se pode comprovar que o mesmo não se verifica, atendendo ao nível de significância (Sig.=0,639; Sig.=0,717). Pode, no entanto, afirmar-se que o agravamento do estado de saúde física está negativamente associado ao número de elementos do agregado familiar, considerando o nível de significância (Sig.=0,045), sendo no entanto essa associação também muito baixa (Coeff.=-0,105). Já em relação ao

agravamento do estado de saúde mental parece não haver associação, atendendo ao nível de significância (Sig.=0,392). Existe ainda associação entre o agravamento do estado de saúde física do cuidador e a idade do idoso (Sig.=0,000), sendo a intensidade da relação fraca (Coeff.=0,221). No que concerne ao estado de saúde mental, parece não estar associado à idade do idoso (Sig.=0,392).

Podemos então concluir que quanto mais idoso é o cuidador mais desgaste físico e mental poderá apresentar. Relativamente ao nível de alfabetização do cuidador e ao número de elementos do agregado familiar, quanto maiores forem, menos agravado fica o estado de saúde física do cuidador. Parece também evidente que, quanto mais velho for o idoso, maior é o agravamento que o familiar cuidador sofre relativamente ao seu estado de saúde física. Apesar disso, estas associações são fracas. No entanto, não existe associação entre as alterações do estado de saúde física e mental e o tempo de coabitação do idoso com a família. No que concerne às alterações do estado de saúde mental do cuidador, também não se verifica associação entre as mesmas e as suas habilitações literárias, o número de elementos do agregado familiar e a idade do idoso.

Quadro 40
Agravamento do Estado de Saúde Física e Agravamento do Estado de Saúde Mental
(Spearman's rho)

			Idade do cuidador				Habilitações Literárias
Spearman's rho	Agravamento do Estado de Saúde Física	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	,281** ,000 366	Spearman's rho	Agravamento do Estado de Saúde Física	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	-,213** ,000 366
	Agravamento do Estado de Saúde Mental	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	,147** ,005 366		Agravamento do Estado de Saúde Mental	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	-,062 ,240 366
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).				**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).			
Há quanto tempo vive o Idoso com a família							
Spearman's rho	Agravamento do Estado de Saúde Física	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	-,025 ,639 366	Spearman's rho	Agravamento do Estado de Saúde Física	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	,221** ,000 366
	Agravamento do Estado de Saúde Mental	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	,019 ,717 366		Agravamento do Estado de Saúde Mental	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	,084 ,107 366
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).				**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).			
			Número de elementos do agregado familiar				
Spearman's rho	Agravamento do Estado de Saúde Física	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	-,105* ,045 366				
	Agravamento do Estado de Saúde Mental	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	-,045 ,392 366				
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).							
*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).							

Fonte: Gemito (2008)

Um outro aspecto a considerar, prende-se com a necessidade de perceber se os principais cuidados que o idoso necessita, mais concretamente os primeiros três da hierarquia (depende do cuidador para tudo, ajuda nos cuidados de higiene e na toma da terapêutica) e o menos importante (necessidade de companhia do idoso) estão relacionados ou são influenciados pelo estado civil e situação profissional do cuidador e grau de parentesco com o idoso, pelo que se procedeu ao cruzamento das respectivas variáveis. Desta forma, observa-se que não existem diferenças significativas, ou seja, nenhum destes quatro tipos de cuidados anteriormente mencionados varia em função do estado civil, nomeadamente quando o idoso depende do cuidador para tudo ($\chi^2 = 1,289$; $df = 3$; Sig. 0,732), ajuda nos cuidados de higiene ($\chi^2 = 0,714$; $df = 3$; Sig. 0,870),

ajuda na toma da terapêutica ($\chi^2 = 1,468$; $df = 3$; Sig. 0,690) e necessidade de companhia do idoso ($\chi^2 = 1,600$; $df = 3$; Sig. 0,659*).

Relativamente à situação profissional do familiar cuidador esta influencia apenas quando o idoso depende do cuidador para tudo ($\chi^2 = 14,976$; $df = 4$; Sig. 0,005). Por sua vez os cuidados de higiene ($\chi^2 = 1,473$; $df = 4$; Sig. 0,831), a toma da terapêutica ($\chi^2 = 5,510$; $df = 4$; Sig. 0,239) e a necessidade de companhia ($\chi^2 = 2,084$; $df = 4$; Sig. 0,720*) não variam em função da situação profissional, ou seja, não são influenciados pela situação profissional do cuidador.

Também o grau de parentesco com o idoso não influencia quando o idoso depende do cuidador para tudo ($\chi^2 = 0,625$; $df = 4$; Sig. 0,625), a ajuda nos cuidados de higiene ($\chi^2 = 0,569$; $df = 4$; Sig. 0,569), a toma da terapêutica ($\chi^2 = 0,889$; $df = 4$; Sig. 0,889) e a necessidade de companhia ($\chi^2 = 0,657$; $df = 4$; Sig. 0,657*), ou seja, as mesmas não variam em função do grau de parentesco com o idoso.

* (Estes resultados devem ser tomados com reserva já que 50% das células têm menos de 5 casos)

Então, à excepção da situação profissional do cuidador que influencia a prestação de cuidados ao idoso mas, apenas quando o idoso depende do cuidador para tudo, tanto o estado civil do cuidador como o grau de parentesco com o idoso não influenciam em termos de prestação dos cuidados anteriormente referidos (não existe relação de dependência entre as variáveis). Possivelmente, isto pode ocorrer pelo facto de ser mais difícil conciliar a vida profissional com a prestação de cuidados, quando o idoso depende do cuidador para tudo.

Resumindo: O principal motivo que levou estas pessoas a cuidar do seu familiar idoso foi a doença do idoso. O dever ou obrigação, tal como o amor e o afecto, não são aqui muito evidentes. As instituições que estes familiares conhecem de apoio aos idosos e famílias no concelho onde residem são essencialmente o Centro de Saúde, o Centro de Dia e a Santa Casa da Misericórdia.

Identificaram-se como os 3 principais cuidados ou ajudas que estes idosos necessitam o facto de dependerem do familiar cuidador para tudo, necessitarem de cuidados de higiene e conforto e ajuda na preparação e toma da terapêutica. A necessidade de companhia foi o cuidado menos valorizado. Esta hierarquização dos cuidados de que necessitam os idosos, relativamente ao estado civil e situação profissional do cuidador e grau de parentesco com o idoso, não sofre alterações significativas. Sejam estes familiares solteiros, divorciados, viúvos ou casados, essencialmente os idosos

dependem deles para tudo. Relativamente ao grau de parentesco, esta tendência só se altera quando cuidam dos sogros, pois estes necessitam essencialmente de cuidados de higiene e conforto. No que concerne à situação profissional do cuidador, a excepção ocorre no grupo dos desempregados e dos que trabalham por conta de outrem, pois os idosos por eles cuidados necessitam principalmente de ajuda na preparação e toma da terapêutica. Estes idosos caracterizam-se por não ajudar nas actividades familiares.

A percepção que estes familiares têm acerca dos aspectos positivos para o idoso, que advêm do facto de estarem na família prendem-se essencialmente com a manutenção dos laços afectivos e para a família esses aspectos positivos ocorrem principalmente pelo facto de também manterem os laços afectivos e estarem mais tranquilos, por terem os idosos junto deles e poderem prestar-lhes cuidados.

As três principais alterações ou dificuldades que estes familiares cuidadores sentem prendem-se essencialmente com as actividades de descanso e lazer, organização do dia a dia da família e dificuldades económicas. A menos valorizada foi a falta de tempo para dar mais atenção ao idoso. Verificou-se também que quanto ao estado civil e situação profissional do cuidador e grau de parentesco com o idoso, se salientam as dificuldades nas actividades de descanso e lazer. Excepção feita para os solteiros e viúvos que valorizam as dificuldades económicas, principalmente. Quanto ao grau de parentesco com o idoso, os que cuidam do sogro apresentam em primeiro lugar dificuldades na organização do dia-a-dia. Já no que se relaciona com a situação profissional do cuidador, quando este é reformado, as principais dificuldades são as económicas. No entanto, surgem entre as três principais dificuldades, a conciliação da vida familiar e profissional para os familiares que trabalham, quer seja por conta própria ou de outrem.

Outra conclusão que nos foi possível retirar, indica que mais de metade destes familiares cuidadores não divide a responsabilidade da prestação de cuidados com outros elementos, essencialmente por não sentirem necessidade disso e, quando o fazem é principalmente com o cônjuge.

O facto de cuidarem dos familiares idosos parece que praticamente não afecta ou afecta pouco o seu estado de saúde física e mental. Apesar de tudo, verificou-se também que, quanto maior é a idade do cuidador maior é o agravamento do seu estado de saúde física e mental. Por sua vez, quanto maior for o nível de escolaridade do cuidador e o número de elementos do agregado familiar, menos agravado fica o estado de saúde

física do cuidador. Também o estado de saúde física do cuidador sofre algum agravamento com o aumento da idade do idoso. De salientar que, de todo o modo, estas associações são fracas. Verificou-se também que relativamente aos três principais cuidados que estes idosos necessitam (dependem do cuidador para tudo, cuidados de higiene e conforto e preparação e toma da terapêutica), os mesmos não variam em função do estado civil e do grau de parentesco. Só a situação profissional influencia estes cuidados prestados ao idoso, mas apenas quando ele depende do cuidador para tudo.

5.1.3 - Complementaridade entre Redes Formais e Informais: Capacidade de Resposta das Redes Formais às Necessidades das Famílias com Idosos

Não é demais reforçar o quão preocupantes e pertinentes são as problemáticas inerentes às ajudas familiares, cuja vitalidade pode ser posta em causa, em resultado das alterações que envolvem a rede familiar pois, cuidar acarreta por vezes custos familiares, sociais e de saúde, desta forma, a divisão das responsabilidades com parceiros formais da comunidade, pode considerar-se uma mais valia.

Nestas famílias, verifica-se que 65,8% têm apoio de instituições formais da comunidade, na prestação de cuidados aos idosos. No sentido de melhor avaliar a importância relativa das instituições a que recorrem para apoio nos cuidados, utilizou-se o teste de Kendall's W, cujo algoritmo permite ordenar as respostas, neste caso, as instituições e verificar se essa ordenação é significativa. Face aos resultados, conforme quadro 41, pode concluir-se que a hierarquização é significativa (Sig.=0,000) e que para estes cuidadores as instituições que lhe dão apoio nos cuidados aos idosos são, principalmente, o Centro de Saúde (7,57), a Segurança Social (7,39), os Bombeiros Voluntários (7,08), o Centro de Dia (6,83), sendo a instituição de menor importância relativa, para estes cuidadores, os Grupos Paroquiais (5,90). De facto, observando o quadro 42 também se comprova que 28,4% recorrem ao Centro de Saúde; 25,4% à Segurança Social e aos Bombeiros 20,5%. Recordemo-nos que o motivo de coabitação mais referido foi a doença do idoso e que as dificuldades económicas tinham também algum peso. Manter um idoso em casa requer alguma ligação com os cuidados de saúde e o apoio social, apesar de 34,2% dos inquiridos não receber apoio nenhum. Os que usufruem de programas que envolvem simultaneamente apoio de saúde e social,

nomeadamente Apoio Domiciliário Integrado e Cuidados Continuados, correspondem a 15,9% dos familiares cuidadores. A ajuda dos serviços de saúde, francamente evidenciada, pode sugerir a necessidade de ajuda, tanto ao nível da prestação de cuidados, como da informação ou aquisição de material técnico. A Segurança Social, ajuda essencialmente os familiares a enfrentar as limitações financeiras e também na aquisição de material técnico.

Quadro 41
Instituições que lhe dão apoio
(Kendall's Coefficient of Concordance)

Ranks		Test Statistics	
	Mean Rank	N	366
Instituições que lhe dão apoio – Apoio Domiciliário Integrado	6,42	Kendall's W ^a	,101
Instituições que lhe dão apoio – Cuidados Continuados	6,26	Chi-Square	406,421
Instituições que lhe dão apoio – Hospital	6,11	df	11
Instituições que lhe dão apoio – Centro de saúde	7,57	Asymp. Sig.	,000
Instituições que lhe dão apoio – Segurança Social	7,39	a. Kendall's Coefficient of Concordance	
Instituições que lhe dão apoio – Câmara Municipal	5,99		
Instituições que lhe dão apoio – Junta de Freguesia	5,91		
Instituições que lhe dão apoio – Santa Casa da Misericórdia	6,37		
Instituições que lhe dão apoio – Centro de Dia	6,83		
Instituições que lhe dão apoio – Bombeiros Voluntários	7,09		
Instituições que lhe dão apoio – Grupos Paroquiais	5,90		
Instituições que lhe dão apoio – IP Solidariedade Social	6,16		

Fonte: Gemito (2008)

Quadro 42
Instituições que lhe dão apoio

	Sim		Não		Total	
	F	%	F	%	F	%
Centro de Saúde	104	28,4	262	71,6	366	100
Segurança Social	93	25,4	273	74,6	366	100
Bombeiros	75	20,5	291	79,5	366	100
Centro de Dia	59	16,1	307	83,9	366	100
Apoio Domiciliário Integrado	34	9,3	332	90,7	366	100
Santa Casa da Misericórdia	31	8,5	335	91,5	366	100
Cuidados Continuados	24	6,6	342	93,4	366	100
IPSS	18	4,9	348	95,1	366	100
Hospital	15	4,1	351	95,9	366	100
Câmara Municipal	8	2,2	358	97,8	366	100
Junta de Freguesia	3	0,8	363	99,2	366	100
Grupos paroquiais/voluntários	2	0,5	364	99,5	366	100
Não recebe apoio nenhum	125	34,2	241	65,8	366	100

Fonte: Gemito (2008)

Dos familiares que não recebem apoio nenhum, conforme quadro 43, observa-se que 72,8% referem que é por não necessitarem e 19,2% consideram que apesar de lhes ser útil ainda não o solicitaram. Com menor relevância foram encontradas outras justificações, nomeadamente porque o idoso não quer (3,2%), que foi uma opção do

cuidador (2,4%) e os restantes dizem que o cônjuge não quer (0,8%), por dificuldades financeiras (0,8%) e porque não querem estranhos em casa (0,8%).

Quadro 43
Motivo porque não recebe apoio nenhum na prestação de cuidados

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
Não necessita	91	24,9	72,8	72,8
Não quer estranhos em casa	1	0,3	0,8	73,6
Não solicitou	24	6,6	19,2	92,8
Dificuldades financeiras	1	0,3	0,8	93,6
O idoso não quer	4	1,1	3,2	96,8
O cônjuge não quer	1	0,3	0,8	97,6
Por opção do cuidador	3	0,8	2,4	100,0
Total	125	34,2	100,0	
Missing	999	241	65,8	
Total	366	100,0		

Fonte: Gemito (2008)

Quanto às ajudas ou cuidados proporcionadas pelas instituições da comunidade, na prestação de cuidados ao idoso, enquanto estratégias de complementaridade que permitem de alguma forma conciliar esforços, no sentido de avaliar a importância relativa dos cuidados prestados pelas instituições, recorreu-se ao teste de Kendall's W, cujo algoritmo permite ordenar as respostas, neste caso, os cuidados prestados pelas instituições e verificar se essa ordenação é significativa. Face aos resultados obtidos, conforme quadro 44, podemos concluir que a hierarquização é significativa (Sig.=0,000) e que os principais cuidados prestados pelas instituições a estes idosos são cuidados de enfermagem (8,02), ajudas económicas (7,22), cuidados médicos (7,17) e ajudas no transporte do idoso, nomeadamente para deslocação a consultas (6,89). Em último lugar, neste *ranking*, surge o apoio à vida profissional (5,61).

Parece, no entender destes cuidadores, existirem necessidades específicas, inerentes à situação do idoso e aos cuidados que o mesmo necessita e cuja resposta pode interferir na qualidade de vida tanto de quem cuida como de quem é cuidado. De facto, de acordo com o quadro 45, a maior parte destes cuidadores recorre aos cuidados de enfermagem (40,2%), apoios económicos (26,8%) e cuidados médicos (26%).

O facto de ser o Centro de Saúde a instituição a que mais recorrem e os cuidados de saúde (enfermagem e médicos) os mais utilizados, pode estar relacionado com a idade avançada dos idosos e com o facto de a doença ter sido o motivo mais frequente da ida destes idosos para a casa dos familiares. De salientar que nenhum dos familiares

referiu ter apoio na conciliação entre a vida familiar e profissional, facto este que eventualmente pode ser explicado por mais de metade dos familiares não exercer uma actividade profissional e ainda outros trabalharem por conta própria, aliados à escassez de apoio neste âmbito. As ajudas económicas a que os familiares se referem são as auferidas através da Segurança Social (instituição que surge em segundo lugar no *ranking* das instituições a que recorrem), nomeadamente o subsídio por assistência de terceira pessoa e o complemento por dependência, atendendo ao número significativo de idosos, já muito idosos e eventualmente pela doença e dependência, colmatando alguns gastos acrescidos pelo facto de se cuidar de um idoso.

Outra curiosidade é que apesar de 41% dos idosos necessitarem de ajuda para tudo e 30,1% necessitarem de ajuda nos cuidados de higiene, isso não se reflecte nas ajudas institucionais que recebem pois, só 19,7% usufrui das mesmas para a prestação de cuidados de higiene. Pode eventualmente concluir-se que estes familiares desempenham esta actividade sozinhos, com a ajuda dos familiares próximos e alguns pagando a alguém para os ajudar.

Pela observação do quadro 46, conclui-se que 7,4% dos cuidadores pagam a particulares para obter ajuda na prestação de cuidados ao idoso, essencialmente empregada doméstica ou vizinha. Aqui a rede de vizinhança já tem visibilidade mas, com recompensa monetária. De acordo com o quadro 47, os familiares obtiveram em primeira instância, informação acerca dos apoios formais anteriormente referidos, principalmente através da família (14,8%), por conhecimento pessoal (11,5%), pelos amigos ou vizinhos (10,7%), pelo enfermeiro (7,9%), pela assistente social (7,7%) e pelo médico (6,6%).

Quadro 44
Ajudas que recebe na prestação de cuidados ao idoso
(Kendall's Coefficient of Concordance)

Ranks		Test Statistics	
	Mean Rank	N	366
Ajudas que recebe – Cuidados de enfermagem	8,02	Kendall's W ^a	,139
Ajudas que recebe – Cuidados médicos	7,17	Chi-Square	560,837
Ajudas que recebe – Cuidados de higiene	6,79	df	11
Ajudas que recebe – Cuidados na alimentação	5,74	Asymp. Sig.	,000
Ajudas que recebe – Higiene da habitação	5,71	a. Kendall's Coefficient of Concordance	
Ajudas que recebe – Tratamento da roupa	5,69		
Ajudas que recebe – Ajudas económicas	7,22		
Ajudas que recebe – Ajudas materiais	6,08		
Ajudas que recebe – Ajudas técnicas	6,53		
Ajudas que recebe – Transporte	6,89		
Ajudas que recebe – Apoio à vida profissional	5,61		
Ajudas que recebe – Cuidados diurnos em instituição (CD)	6,56		

Fonte: Gemito (2008)

Quadro 45
Ajudas que recebe na prestação de cuidados ao idoso

	Sim		Não		Total	
	F	%	F	%	F	%
Cuidados de enfermagem	147	40,2	219	59,8	366	100
Ajudas económicas	98	26,8	268	73,2	366	100
Cuidados médicos	95	26,0	271	74,0	366	100
Transporte do idoso	78	21,3	288	78,7	366	100
Cuidados de higiene	72	19,7	294	80,3	366	100
Cuidados ao idoso durante o dia em instituição	59	16,1	308	83,9	366	100
Ajudas técnicas	56	15,3	310	84,7	366	100
Ajudas materiais	29	7,9	337	92,1	366	100
Alimentação	8	2,2	358	97,8	366	100
Higiene da habitação	6	1,6	360	98,4	366	100
Tratamento da roupa	5	1,4	361	98,6	366	100
Apoio à vida profissional	0	0	366	100	366	100

Fonte: Gemito (2008)

Quadro 46
A quem paga para a ajudar a cuidar do familiar idoso

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Empregada Doméstica	18	4,9	66,7	66,7
	Cunhada	1	0,3	3,7	70,4
	Irmã	1	0,3	3,7	74,1
	Vizinha	6	1,6	22,2	96,3
	Afilhada	1	0,3	3,7	100,0
	Total	27	7,4	100,0	
Missing	999	339	92,6		
Total		366	100,0		

Fonte: Gemito (2008)

Quadro 47
Quem lhe forneceu informação acerca dos apoios

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Família	54	14,8	14,8	14,8
Amigos/Vizinhos	39	10,7	10,7	25,4
Enfermeiro	29	7,9	7,9	33,3
Médico	24	6,6	6,6	39,9
Assistente Social	28	7,7	7,7	47,5
Conhecimento pessoal	42	11,5	11,5	59,0
Enfermeiro e médico	14	3,8	3,8	97,0
Família e amigos	2	0,5	0,5	97,5
Família, amigos e enfermeiro	3	0,8	0,8	98,4
Família e enfermeiro	4	1,1	1,1	99,5
Médico, enfermeiro e assistente social	2	0,5	0,5	100,0
Não recebe apoio nenhum	125	34,2	34,2	93,2
Total	366	100,0	100,0	

Fonte: Gemito (2008)

Outra questão que se colocou foi se a hierarquização anterior, relativamente às ajudas ou apoios que auferem se mantém, (cuidados de enfermagem, ajudas económicas e cuidados médicos), independentemente do estado civil e situação profissional do cuidador e grau de parentesco com o idoso. Da mesma forma, dividindo estes familiares por grupos e aplicando também o teste de Kendall's W, verifica-se após consulta do quadro 48 que a hierarquização é significativa para todos (Sig. < 0,05) mas, o *ranking* sofreu algumas alterações, excepção para os cuidados de enfermagem que continuam sempre com a maior importância relativa.

Relativamente ao estado civil, os cuidadores casados e viúvos mantiveram a mesma hierarquia, no entanto, para os familiares solteiros o apoio do Centro de Dia é evidente, em detrimento das ajudas económicas. Para os cuidadores divorciados, além dos cuidados de enfermagem e médicos, assumem também importância a ajuda nos cuidados de higiene e ajudas técnicas.

No que concerne à situação profissional dos cuidadores, tanto os desempregados como as domésticas, os reformados e os que trabalham por conta própria, recebem essencialmente apoio nos cuidados de enfermagem, médicos e no transporte, acrescentando os reformados e os que trabalham por conta própria as ajudas económicas. Por sua vez, os que trabalham por conta de outrem utilizam muito o Centro de Dia.

Em relação ao grau de parentesco, os familiares que cuidam das mães ou das sogras, ou seja, dos idosos do sexo feminino, não apresentam alteração na hierarquia, já para

quem cuida do sogro, a ajuda económica é tão importante como os cuidados de enfermagem e também recorrem ao transporte, como fonte de ajuda e quem cuida do pai recorre aos cuidados de higiene também com importância relativa.

Logo, além dos cuidados de enfermagem, sem dúvida os de maior importância relativa, seguem-se os cuidados médicos, podendo-se verificar que o recurso ao Centro de Dia é muito utilizado pelos familiares solteiros e pelos que trabalham por conta de outrem. Poderá eventualmente pensar-se que existirão mais dificuldades em partilhar os cuidados com outros familiares, ou a rede familiar ser mais restrita, daí a necessidade de recorrer ao Centro de Dia, resolvendo também o problema da prestação de cuidados ao idoso, durante o dia, a quem trabalha por conta de outrem. Já as ajudas técnicas são um recurso de importância para os cuidadores divorciados. A ajuda nos cuidados de higiene é essencialmente utilizada pelos cuidadores divorciados e pelos que cuidam do pai. Por outro lado, atendendo a que a maioria dos cuidadores são do sexo feminino, poderá colocar-se a questão do pudor relativamente aos cuidados de higiene a prestar ao pai. As ajudas económicas, por sua vez, são um recurso importante para cuidadores viúvos, casados, reformados, trabalhadores por conta de outrem e para quem cuida da mãe e dos sogros, ou seja, para muitos destes cuidadores. A ajuda no transporte é relevante, tendo em conta a situação profissional do cuidador pois, à excepção de quem trabalha por conta de outrem esta ajuda é utilizada.

Quadro 48
Ajudas /cuidados proporcionados pelas instituições X Estado civil, Grau de parentesco, Situação profissional

			Ajudas /cuidados proporcionados pelas instituições			
			Mean Rank (Friedman test)			
Estado civil Asymp. Sig.	Solteiro	(Sig. 0,000)	Enfermagem 7,46	Médicos 7,00	Cuidados no Centro Dia 7,00	-
	Separado	(Sig. 0,012)	Enfermagem 8,21	Médicos 7,36	Higiene 7,36	Aj. Técnicas 7,36
	Viúvo	(Sig. 0,000)	Enfermagem 8,28	Económicas 7,33	Médicos 7,19	-
	Casado	(Sig. 0,000)	Enfermagem 8,05	Económicas 7,27	Médicos 7,18	-
Grau de parentesco Asymp. Sig.	Pai	(Sig. 0,000)	Enfermagem 8,23	Médicos 7,34	Higiene 7,14	-
	Mãe	(Sig. 0,000)	Enfermagem 7,84	Económicas 7,34	Médicos 7,19	-
	Sogra	(Sig. 0,000)	Enfermagem 7,96	Económicas 7,11	Transporte 7,11	-
	Sogra	(Sig. 0,000)	Enfermagem 8,41	Médicos 7,12	Económicas	-
Situação profissional Asymp. Sig.	Desempregado	(Sig. 0,000)	Enfermagem 8,73	Médicos 7,98	Transporte 7,05	-
	Doméstica	(Sig. 0,000)	Enfermagem 8,84	Transporte 7,59	Médicos 7,39	-
	Reformado	(Sig. 0,000)	Enfermagem 8,26	Económicas 7,83	Médicos 7,02	Transporte 7,02
	Trab. cont. própria	(Sig. 0,000)	Enfermagem 7,55	Médicos 6,98	Económicas 6,98	Transporte 6,98
	Trab. cont. outrem	(Sig. 0,000)	Enfermagem 7,39	Cuidados no Centro Dia 7,24	Médicos 7,04	-

Fonte: Gemito (2008)

Pretendeu-se fazer também uma análise sob outro prisma, daí a necessidade de perceber se os principais cuidados ou ajudas de que o familiar cuidador usufrui, mais concretamente os primeiros três da hierarquia (cuidados de enfermagem, ajudas económicas e cuidados médicos) estão relacionados ou são influenciados pelo estado civil e situação profissional do cuidador e grau de parentesco com o idoso, pelo que se procedeu ao cruzamento das respectivas variáveis. Desta forma observa-se que não existem diferenças significativas, ou seja, nenhum destes três tipos de cuidados mencionados varia em função do estado civil, nomeadamente quando o cuidador recebe ajuda dos cuidados de enfermagem ($\chi^2 = 0,375$; $df = 3$; Sig. 0,375), ajudas económicas ($\chi^2 = 0,627$; $df = 3$; Sig. 0,627), cuidados médicos ($\chi^2 = 0,719$; $df = 3$; Sig. 0,719).

Relativamente à situação profissional do familiar cuidador esta influencia de forma significativa apenas quando este recebe ajuda de cuidados de enfermagem ($\chi^2 = 0,000$; $df = 4$; Sig. 0,000) e ajudas económicas ($\chi^2 = 0,002$; $df = 4$; Sig. 0,002). Por sua vez, relativamente aos cuidados médicos ($\chi^2 = 0,086$; $df = 4$; Sig. 0,086) não variam em

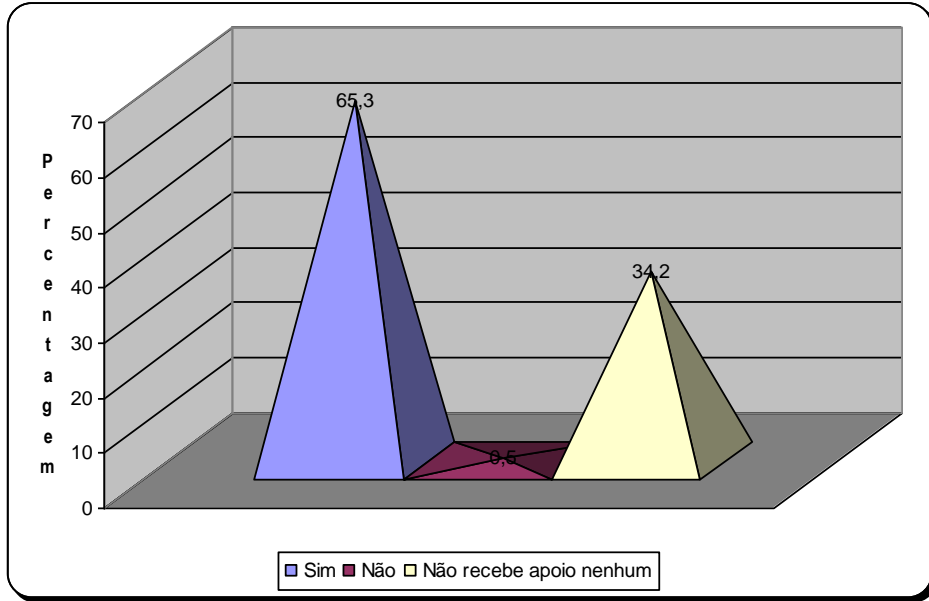
função da situação profissional, ou seja, não são influenciados pela situação profissional do cuidador.

Também relativamente ao grau de parentesco com o idoso verifica-se que não existem diferenças significativas, ou seja, nenhum destes três tipos de cuidados mencionados varia em função do estado civil, nomeadamente quando o cuidador recebe ajuda dos cuidados de enfermagem ($\chi^2 = 0,506$; $df = 4$; Sig. 0,506), ajudas económicas ($\chi^2 = 0,698$; $df = 4$; Sig. 0,698), cuidados médicos ($\chi^2 = 0,798$; $df = 4$; Sig. 0,798).

Então, à excepção da situação profissional do cuidador que influencia a prestação de cuidados ao idoso mas, apenas no que concerne aos cuidados de enfermagem e às ajudas económicas, tanto o estado civil do cuidador como o grau de parentesco com o idoso não influenciam em termos de ajuda nos cuidados anteriormente referidos.

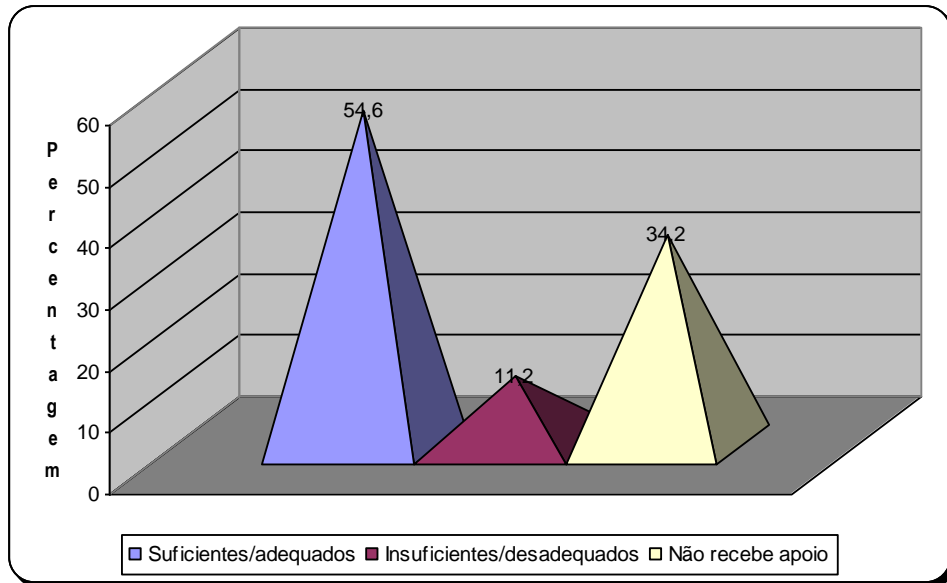
Quando solicitaram os apoios, a maioria dos familiares, como se pode constatar pelos gráficos 21 e 22 e quadro 49, foram atendidos e os que não tiveram essa oportunidade, referem como motivo principal a não existência de vaga. Da mesma forma, também a maioria considera estes apoios adequados ou suficientes, sendo que os que têm opinião diferente acusam principalmente falta de recursos económicos e horário desajustado dos apoios. Já anteriormente se tinham verificado alguns constrangimentos económicos nestes cuidadores, eventualmente pelos fracos recursos económicos dos idosos e pela parcela elevada de cuidadores sem actividade profissional, muito à conta dos cuidadores já reformados, o que pode contribuir para a sobrecarga do orçamento familiar. Por outro lado, devemos ter em conta que o principal motivo para estes idosos necessitarem de cuidados foi a doença e que as ajudas que estes cuidadores mais auferem, são do âmbito da saúde, pelo que, possivelmente vêm as suas necessidades colmatadas.

Gráfico 21
Quando solicitou os apoios foi atendido



Fonte: Gemito (2008)

Gráfico 22
Como considera os apoios



Fonte: Gemito (2008)

Quadro 49
Porque são os apoios insuficientes/desadequados

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid				
Não dão as informações necessárias para cuidar dos idosos	2	,5	4,9	4,9
Falta de disponibilidade	2	0,5	4,9	9,8
Recursos económicos insuficientes	23	6,3	56,1	65,9
Dificuldade de consulta médica no domicílio	2	0,5	4,9	70,7
Estado de saúde agravado	1	0,3	2,4	73,2
Horário insuficiente	8	2,2	19,5	92,7
Falta de apoio na doença oncológica	1	0,3	2,4	95,1
Cuidados insuficientes	1	0,3	2,4	97,6
Necessidade de internamento numa unidade de longa duração	1	0,3	2,4	100,0
Total	41	11,2	100,0	
Missing	999	325	88,8	
Total	366	100,0		

Fonte: Gemitto (2008)

Tendo em conta a situação do cuidador e do idoso e as vivências no quotidiano destes agregados, no actual contexto sócio-familiar, era interessante perceber, na opinião destes familiares, qual o melhor local para o idoso estar. Com o objectivo de avaliar a importância relativa dos locais onde o idoso deveria permanecer, recorreu-se ao teste de Kendall's W, cujo algoritmo permite ordenar as respostas, neste caso, os locais mais adequados para a permanência do idoso, e verificar se essa ordenação é significativa. Conforme se pode verificar pelo quadro 50, a hierarquização é significativa (Sig.=0,000) e para estes cuidadores o principal é o idoso continuar com a família (4,82), continuar com a família, com apoio de outra pessoa ou instituição (4,60) e em último lugar viver na casa dele (3,55) ou no hospital (3,55). De facto, pelo quadro 51, pode comprovar-se que 69,1% destes cuidadores consideram que o melhor local para o seu familiar idoso estar é a família, sendo que destes, 31,4% complementam estes cuidados familiares com o recurso à ajuda de outras pessoas ou instituições. Relembremos que um dos motivos considerados para a coabitação foi exactamente a prevenção do isolamento e como aspectos positivos para os idosos, resultantes desta situação foi dado também ênfase à prevenção do isolamento e da institucionalização. O Centro de Dia é considerado por 4,9% dos inquiridos, curiosamente um valor significativamente inferior aos que actualmente o utilizam como recurso (16,1%), conforme anteriormente se constatou.

Efectivamente, nestas famílias parece ser evidente a vitalidade das redes de solidariedade primárias, nomeadamente da família, nos cuidados aos mais velhos, apesar da idade avançada tanto do cuidador como do idoso e de a maior parte dos idosos dependerem do cuidador para tudo, até porque, principalmente, estes idosos foram viver com o familiar por doença. A maioria destes familiares, continua a achar que o ambiente familiar é o melhor para os idosos permanecerem. Uma grande parte destes familiares também já tinha referido como aspectos positivos para os idosos o facto de estarem mais bem cuidados. Afinal, são poucos os familiares que não vislumbram vantagens para ambos em resultado desta convivência. Note-se que, apesar de terem sido referidos alguns problemas ou alterações no quotidiano dos familiares e agravamento do seu estado de saúde física e mental, eles não foram muito vincados. Apesar dos valores sensivelmente idênticos dos familiares que consideram ser melhor continuar com a família e continuar com a família mas com apoio, saliente-se que já anteriormente 34,2% referiram que não tinham ajuda formal nos cuidados, essencialmente por não necessitarem.

Quadro 50
Qual o melhor local para o familiar Idoso viver
(Kendall's Coefficient of Concordance)

Ranks		Test Statistics	
	Mean Rank	N	366
Melhor local para o idoso – Com a família	4,82	Kendall's W ^a	,149
Melhor local para o idoso – Com a família com ajuda	4,60	Chi-Square	328,186
Melhor local para o idoso – Na casa do idoso	3,55	df	6
Melhor local para o idoso – Na casa do idoso com ajuda	3,95	Asymp. Sig.	,000
Melhor local para o idoso – Hospital	3,55	a. Kendall's Coefficient of Concordance	
Melhor local para o idoso – Lar	3,86		
Melhor local para o idoso – Centro de Dia	3,67		

Fonte: Gemitto (2008)

Quadro 51
Qual o melhor local para o familiar Idoso viver

	Sim		Não		Total	
	F	%	F	%	F	%
Continuar com a família	138	37,7	228	62,3	366	100
Continuar com a família com apoio	115	31,4	251	68,6	366	100
Na casa dele (idoso)	5	1,4	361	98,6	366	100
Na casa dele com apoio	47	12,8	319	87,2	366	100
No Hospital	5	1,4	361	98,6	366	100
No Lar	38	10,4	328	89,6	366	100
No Centro de Dia	18	4,9	348	95,1	366	100

Fonte: Gemitto (2008)

A escolha do melhor local para o idoso viver também é uma questão que se reveste de grande importância, pelo que surgiu a dúvida se a hierarquização anterior,

essencialmente nos primeiros dois lugares se mantinha a mesma (continuar com a família e continuar com a família com apoio de outra pessoa ou instituição), independentemente do estado civil e situação profissional do cuidador e grau de parentesco com o idoso. Então, dividindo estes familiares pelos grupos anteriormente definidos e aplicando também o teste de Kendall's W, como se pode observar pelo quadro 52, verificou-se que a hierarquização era significativa (Sig. < 0,05), excepto quando o familiar cuidado é a sogra (Sig. 0,074).

Relativamente ao estado civil e à situação profissional, a hierarquia é sensivelmente a mesma, pois nos dois primeiros lugares considera-se importante manter o idoso com a família com ou sem ajuda.

Por sua vez, no que concerne ao grau de parentesco com o idoso, os familiares que cuidam dos sogros admitem em primeiro lugar, que o idoso deveria ficar na casa dele próprio, com ajuda nos cuidados.

Quadro 52
Melhor local para o idoso viver X Estado civil, Grau de parentesco, Situação profissional

			Melhor local para o idoso viver			
			Mean Rank (Kendall's W test)			
Estado civil	Solteiro	(Sig. 0,000)	Viver c/ família 5,29	Viver c/ famil. aj. 4,67	Lar 3,77	-
	Separado	(Sig. 0,020)	Viver c/ famil. aj. 4,75	Viver c/ família 4,50	Viver casa dele c/ aj. 4,50	-
	Viúvo	(Sig. 0,000)	Viver c/ famil. c/ aj. 4,69	Viver c/ família 4,38	Casa dele c/ aj. 3,98	CD 3,98
	Casado	(Sig. 0,000)	Viver c/ família 4,84	Viver c/ famil. aj. 4,57	Casa dele c/ aj. 3,97	-
Grau de parentesco	Pai	(Sig. 0,000)	Viver c/ família 5,05	Viver c/ famil. aj. 4,57	Casa dele c/ aj. 3,90	-
	Mãe	(Sig. 0,000)	Viver c/ família 4,86	Viver c/ famil. aj. 4,72	Lar 3,88	-
	Sogro	(Sig. 0,020)	Casa dele c/ aj. 5,00	Viver c/ famil. aj. 4,25	Lar 4,25	-
	Sogra	(Sig. 0,074)	-	-	-	-
Situação profissional	Desempregado	(Sig. 0,001)	Viver c/ família 4,70	Viver c/ famil. aj. 4,59	Casa dele c/ aj. 3,94	Lar 3,94
	Doméstica	(Sig. 0,000)	Viver c/ família 5,07	Viver c/ famil. aj. 4,28	Casa dele c/ aj. 4,10	-
	Reformado	(Sig. 0,000)	Viver c/ famil. aj. 4,73	Viver c/ família 4,70	Casa dele c/ aj. 3,91	-
	Trab. cont. própria	(Sig. 0,000)	Viver c/ família 4,83	Viver c/ famil. aj. 4,58	Casa dele c/ aj. 4,08	-
	Trab. cont. outrem	(Sig. 0,000)	Viver c/ família 4,84	Viver c/ famil. aj. 4,64	Casa dele c/ aj. 3,87	-

Fonte: Gemito (2008)

Optou-se ainda por conhecer se a percepção que o cuidador tem acerca da escolha do melhor local para o idoso estar, mais precisamente os primeiros três da hierarquia (com a família com ajuda de outra pessoa ou instituição, com a família e na casa do idoso com ajuda de outra pessoa ou instituição) está relacionada ou é influenciada pelo estado civil e situação profissional do cuidador e grau de parentesco com o idoso, procedendo desta forma ao cruzamento das respectivas variáveis. Assim, nesta análise, verifica-se que não existem diferenças significativas, ou seja, nenhum destes três tipos de locais, considerados melhores pelos cuidadores, para o idoso permanecer, varia em função do estado civil, nomeadamente quando o melhor é estar com a família com ajuda ($\chi^2 = 0,441$; $df = 3$; Sig. 0,932), estar com a família ($\chi^2 = 6,621$; $df = 3$; Sig. 0,085) e permanecer na própria casa (do idoso) com ajuda ($\chi^2 = 6,871$; $df = 3$; Sig. 0,076).

Relativamente à situação profissional do familiar cuidador também se verifica que não existem diferenças significativas, ou seja, nenhum destes três tipos de melhores locais para o idoso viver varia em função da situação profissional, respectivamente quando o melhor é estar com a família com ajuda ($\chi^2 = 2,968$; $df = 4$; Sig. 0,563), estar com a família ($\chi^2 = 1,989$; $df = 4$; Sig. 0,738) e permanecer na própria casa (do idoso) com ajuda ($\chi^2 = 2,250$; $df = 4$; Sig. 0,690).

Também no que concerne ao grau de parentesco com o idoso, ressalta da análise que não existem diferenças significativas, ou seja, nenhum destes três tipos de locais preferenciais para o idoso permanecer varia em função do grau de parentesco com o idoso, nomeadamente quando o melhor é estar com a família com ajuda ($\chi^2 = 3,948$; $df = 4$; Sig. 0,413) e estar com a família ($\chi^2 = 6,799$; $df = 4$; Sig. 0,147). A exceção ocorre quando a opção considerada é permanecer na própria casa (do idoso) com ajuda ($\chi^2 = 14,432$; $df = 4$; Sig. 0,006).

Recapitulando, é exceção o grau de parentesco com o idoso, que influencia a escolha do familiar cuidador, acerca do melhor local para o idoso viver mas, apenas quando essa escolha recai sobre o domicílio do idoso com ajuda de outra pessoa ou instituição.

Resumindo: Mais de metade destes familiares cuidadores recebe apoio das instituições formais da comunidade; destas, cabe ao Centro de Saúde, à Segurança Social e aos Bombeiros a maior relevância. Por sua vez, os últimos lugares na hierarquia cabem às instituições autárquicas (Câmara Municipal e Junta de Freguesia) e grupos paroquiais ou de voluntariado. Os familiares que referem não receber qualquer tipo de apoio por parte de instituições, a maioria menciona que é por não necessitar.

Relativamente às ajudas ou cuidados prestados por essas instituições, salientam-se os cuidados de saúde (enfermagem e médicos), sobressaindo de entre estes os cuidados de enfermagem e também as ajudas económicas. As ajudas menos utilizadas são relativas à alimentação, higiene da habitação e tratamento da roupa. As medidas de apoio à vida profissional não tiveram qualquer menção.

Tendo em conta o estado civil dos cuidadores, esta hierarquia sofreu ligeiras alterações, respectivamente, para os cuidadores solteiros os cuidados prestados em Centro de Dia também são muito utilizados e os cuidadores divorciados também usufruem muito da ajuda nos cuidados de higiene e ajudas técnicas. No que concerne ao grau de parentesco do familiar cuidador com o idoso, as diferenças ocorrem essencialmente quando o idoso é o pai em que os cuidados de higiene também assumem importância e quando é o sogro a ser cuidado, o transporte também é utilizado com importância relativa. Quanto à situação profissional do familiar, a hierarquia também não sofre alterações significativas, destaca-se no entanto o uso do transporte como medida de ajuda, à excepção dos cuidadores que trabalham por conta de outrem. As ajudas económicas são mencionadas pelos reformados e pelos trabalhadores por conta de outrem. Estes últimos também fazem uso muito regular do Centro de Dia.

Por outro lado, tendo como referência os três principais cuidados ou ajudas de que estes cuidadores usufruem (cuidados de enfermagem, ajuda económica e cuidados médicos), à excepção da situação profissional do cuidador que influencia a prestação de cuidados ao idoso mas, apenas no que concerne aos cuidados de enfermagem e às ajudas económicas, tanto o estado civil do cuidador, como o grau de parentesco com o idoso, não influenciam em termos de ajuda nos cuidados anteriormente referidos.

Além dos apoios institucionais, uma pequena percentagem paga a particulares para obter ajuda na prestação de cuidados, principalmente a empregadas domésticas.

A informação acerca dos recursos formais disponíveis na comunidade foi essencialmente transmitida pela família, amigos ou vizinhos ou por conhecimento pessoal do próprio cuidador.

A maioria dos familiares cuidadores foram atendidos quando solicitaram os apoios institucionais, quando tal não ocorreu o principal motivo foi a falta de vaga. Relativamente à suficiência ou adequação dos apoios, a maioria dos cuidadores considera-os suficientes ou adequados. Os que manifestaram opinião diferente referem

essencialmente carência de recursos económicos e desadequação do horário dos apoios.

Apesar das dificuldades elencadas ao longo da análise, a maioria dos familiares cuidadores continua a considerar a família como o melhor local para o idoso permanecer, com ou sem ajuda de outros. Tendo em conta o estado civil e situação profissional do cuidador e grau de parentesco com o idoso, os familiares divorciados e os que cuidam do sogro consideram ser a casa do idoso, com ajuda na prestação de cuidados, o melhor lugar para ele permanecer. Também são os familiares que cuidam dos sogros que mais valorizam a ida destes para o lar. De todo o modo, à excepção do grau de parentesco com o idoso, que influencia a escolha do familiar cuidador, acerca do melhor local para o idoso viver mas, apenas quando essa escolha recai sobre o domicílio do idoso com ajuda de outra pessoa ou instituição, o estado civil e situação profissional do cuidador não influenciam a escolha do local considerado mais adequado pelo cuidador, para o idoso viver.

No sentido de dar resposta a esta problemática, é necessária a implementação de estratégias eficazes, consentâneas com as necessidades destes cuidadores, por forma a assegurar que tanto as famílias, como os idosos cuidados pelas mesmas, possam usufruir de uma existência com dignidade e qualidade, que se prevê ser cada vez mais longa.

5.1.4 - Expectativas Familiares: Perspectivas de Futuro, Estratégias e Conselhos

Após a fase de organização propriamente dita em que é feita uma leitura “flutuante” e após constituição do “corpus” de análise, ou seja, a reunião e preparação do material que vai ser sujeito a análise, foi construído um quadro com o conjunto de todas as respostas, para uma melhor visualização do sistema utilizado para a classificação das mesmas, ou seja, o conjunto das unidades de registo significativas, distribuídas pelas três áreas temáticas e respectivas categorias e subcategorias (definidas à *posteriori*), grelha (anexo IV) esta apreciada por três investigadores, que após consideradas algumas sugestões, mereceu parecer favorável de todos, tal como se pode observar pelo quadro 53.

Quadro 53
Grelha de análise das questões abertas

(EF 33, EF 34 e EF 35)

Área Temática	Categorias	Subcategorias	F
Perspectivas de futuro para o idoso e família EF 33	Recurso a ajuda institucional	Domicílio	2
		Lar	26
		Centro de Dia	2
	Futuro Incerto	-	42
	Agravamento da situação	-	75
	Manutenção da situação	-	148
Apoios aos idosos e família EF 34	Cuidados no domicílio	Actividades do dia a dia	117
		Apoio nocturno	2
		Pessoal com formação	33
		Cuidados de saúde	28
	Ajudas / Medidas	Financeiras	48
		Técnicas e materiais	6
		Conciliação vida Familiar/Profissional	4
		Voluntariado	5
	Instituições	Sociais	159
		Saúde	53
		Autarquias	7
	Profissionais	Técnicos da Área da Saúde	70
		Auxiliares de Geriatria	11
		Técnicos da Área Social	8
	Formação para os cuidadores informais	-	4
Sugestões para as famílias que cuidam dos seus familiares idosos EF 35	Manter o idoso na família	-	104
	Dar afecto	-	84
	Ajuda nos cuidados	-	55
	Ter paciência	-	39

Fonte: Gemito (2008)

5.1.4.1 - Perspectivas de Futuro para o Idoso e Famílias

Um dos aspectos essenciais para compreender a problemática do apoio às famílias que cuidam dos seus familiares idosos é saber quais as perspectivas de futuro, tanto para o idoso como para o cuidador, quais as suas expectativas, ao longo deste percurso de vida. Relativamente a este assunto, diversas foram as opiniões, sobressaindo as

seguintes categorias: Manutenção da situação, agravamento da situação, futuro incerto e recurso a ajuda, como se pode verificar no seguinte quadro 54.

Quadro 54
Perspectivas de futuro para o idoso e família

Área Temática	Categorias	Subcategorias	F
Perspectivas de futuro para o idoso e família EF 33	Recurso a ajuda institucional	Domicílio	2
		Lar	26
		Centro de Dia	2
	Futuro Incerto	-	42
	Agravamento da situação	-	75
	Manutenção da situação	-	148

Fonte: Gemitto (2008)

Manutenção da situação

A maior parte dos familiares cuidadores acha que a situação se vai manter inalterável no futuro, não antevendo portanto grandes mudanças. Já anteriormente se tinha observado que a maioria dos cuidadores considerava que a melhor opção para o idoso era continuar com a família. Neste momento prevêem que o idoso se mantenha na família, enquanto conseguirem dar resposta às necessidades do idoso e da família e até mesmo se a sua situação familiar se vier a alterar, como se pode verificar nos seguintes discursos:

<i>"Neste momento não se prevêem mudanças"</i>	(Q4) (Q35) (Q221) (Q238) (Q259) (Q260) (Q262) (Q270) (Q277) (Q279) (Q287) (Q288) (Q321) (Q363)
<i>"Continuar com a família como está"</i>	(Q9) (Q14) (Q17) (Q62) (Q89) (Q167) (Q180) (Q186) (Q195) (Q225) (Q230) (Q239) (Q266) (Q280) (Q289) (Q308) (Q314) (Q316) (Q323) (Q330) (Q337) (Q345) (Q347) (Q358) (Q362)
<i>"Continuar como até agora"</i>	(Q26) (Q27) (Q102) (Q103) (Q198) (Q209) (Q222) (Q261) (Q271) (Q272) (Q273) (Q342) (Q351) (Q357) (Q361)
<i>"Penso continuar a tratar enquanto eu puder"</i>	(Q60) (Q61) (Q79) (Q88) (Q112) (Q194) (Q196) (Q197) (Q200) (Q205) (Q223) (Q227) (Q244) (Q249) (Q286) (Q296) (Q339)
<i>"Construir uma família daqui a uns anos e manter o idoso comigo enquanto puder"</i>	(Q23)
<i>"Espero continuar a dar apoio se tiver condições e capacidade de resposta para o idoso e para a família"</i>	(Q143)
<i>"Mesmo que me case, a minha avó vai para onde eu for, vou viver com ela para sempre"</i>	(Q173)

Apesar destes comentários, alguns apontam que eventualmente, mais tarde, para o idoso continuar na família irão necessitar de algum apoio por parte das instituições locais, do Estado e da família, de forma a possibilitar esta situação. Valoriza-se a entreaajuda familiar e complementaridade com a rede de apoio formal, tanto para a prestação de cuidados ao idoso como na conciliação entre a vida familiar e profissional. O recurso à ajuda de outros e até de instituições também já tinha sido considerada ao mencionarem que a família era o melhor para o idoso permanecer, no entanto, actualmente a maioria não divide a responsabilidade da prestação de cuidados com outros familiares por não haver necessidade e 34,2% não usufruem de apoio formal, essencialmente também por não necessitarem:

<i>"Por agora não preciso de mais nada, quando for necessário espero contar com as instituições, para poder continuar a cuidar dela em casa"</i>	(Q13) (Q214) (Q269) (Q313) (Q350)
<i>"Continuarmos a dar-nos bem e que com o apoio da minha família consiga dar o melhor apoio e afecto ao idoso do qual cuido"</i>	(Q20)
<i>"Espero que o Estado tenha a sensibilidade de ajudar quem quer manter os idosos em casa"</i>	(Q33)
<i>"Enquanto eu puder fica em casa, depois pedirei ajuda quando não conseguir tratar dela sozinha"</i>	(Q116) (Q284)
<i>"Manter o idoso em casa e fazer alguns períodos de alívio"</i>	(Q138)
<i>"Em princípio não terei problemas conto sempre com a ajuda da família"</i>	(Q265)
<i>"Enquanto tiver as ajudas que tenho da família e conseguir trabalhar, as coisas ficam assim"</i>	(Q297)
<i>"Continuar a cuidar da minha mãe e ir conseguindo ir trabalhar"</i>	(Q183) (Q348)

O problema da falta de saúde tanto de quem cuida como de quem é cuidado, com conseqüente diminuição da qualidade de vida, pode condicionar a capacidade do cuidador para continuar a cuidar do idoso. Apesar da expectativa que têm de manter a actual situação, este facto está limitado pelas questões inerentes à alteração da situação de saúde. Efectivamente essa questão preocupa estes familiares:

<i>"Pelo lado positivo as perspectivas são de termos alguma saúde e continuarmos a desfrutar da vida todos juntos e cuidar dela"</i>	(Q19)
<i>"Continuar a cuidar do idoso até eu ter condições para o fazer e ela continuar a ter alguma qualidade de vida"</i>	(Q133)

<i>"Penso ter saúde para cuidar do idoso e muita tranquilidade para encarar todos os problemas que aparecerem"</i>	(Q156)
<i>"Ter saúde para continuar a cuidar dele e que o estado de saúde dele não piore"</i>	(Q28) (Q317) (Q327) (Q329)
<i>"Se não me faltar a saúde continuarei a tomar conta dela"</i>	(Q29) (Q176) (Q318) (Q322) (Q324) (Q325)
<i>"Ter saúde e força para cuidar do meu idoso até que possa"</i>	(Q101) (Q300) (Q349)

Alguns familiares enaltecem ainda as mais-valias, que advêm do facto de os idosos permanecerem com a família, facto este que lhes serve de estímulo. Ressaltam os afectos, o carinho, o facto de serem mais bem cuidados na família e a preocupação em proporcionar bem-estar e qualidade de vida ao idoso, aliás já valorizados e considerados anteriormente como aspectos positivos, consequentes desta convivência.

<i>"Viver um dia de cada vez, não perder a esperança de continuar a tratar do meu pai, como ele merece e até ele morrer"</i>	(Q31)
<i>"Pretendo continuar a manter a família por perto, sobretudo a minha mãe e prestar-lhe todos os cuidados necessários ao seu bem-estar"</i>	(Q37)
<i>"Só pedimos que vá correndo tudo pelo melhor para que ela se sinta o melhor possível e continuarmos assim"</i>	(Q51)
<i>"Continuar a manter a família unida"</i>	(Q80)
<i>"O futuro é que ela se mantenha feliz, amada e confortável até ao fim"</i>	(Q108)
<i>"Estou muito bem assim a cuidar do meu pai. Ele está muito feliz com a família e eu quero que ele continue assim feliz"</i>	(Q128)
<i>"Continuar a tornar a sua velhice melhor, com carinho e os melhores cuidados"</i>	(Q170)
<i>"É com um prazer acrescido que o mantenho na minha casa, é uma questão de sobrevivência, se fosse para um lar morria"</i>	(Q171)
<i>"Nada de diferente. Já cuidei do meu pai durante 15 anos e agora é a minha mãe. Comigo sentem-se bem tratados"</i>	(Q179)
<i>"Continuar-mos assim a viver muito felizes por muitos e muitos anos"</i>	(Q193)
<i>"Quero manter a situação porque estou mais tranquila, sei que estão bem tratados e junto da família"</i>	(Q293)

Outros há, apesar da pouca representatividade, que vão continuar a manter esta situação, devido a alguns condicionalismos, alheios à sua vontade, não lhe

possibilitando alterar a situação que parece não ser do agrado do cuidador. Saliente-se que num dos excertos é visível que prevalece a vontade do idoso:

<i>“Enquanto puder, cuidar da minha mãe, ela fica comigo, não posso pagar a uma instituição”</i>	(Q199)
--	--------

<i>“Vai continuar tudo na mesma. Ela não quer ir para o lar e os filhos não a obrigam”</i>	(Q352)
--	--------

O facto de a maior parte dos inquiridos terem mencionado que pretendiam, no futuro, manter a situação, parece corroborar a opinião que já tinham quando mencionaram que o melhor para o familiar idoso é continuar com a família (69,1%), independentemente de terem ou não ajuda de outras pessoas ou instituições.

Agravamento da situação

Para alguns dos familiares cuidadores sobressai uma visão mais negativa do futuro, prevendo-o mais difícil, pois estão convictos de que a situação se irá agravar, essencialmente pelo avançar da idade do idoso, alguns deles já muito idosos e do agravamento do seu estado de saúde e conseqüente esforço que a prestação de cuidados exige. Cuidar de familiares idosos pode trazer custos físicos, psicológicos, emocionais e sociais, provocando alterações no bem-estar e saúde do cuidador. Esta preocupação é legítima, pois não podemos esquecer que o principal motivo para a coabitação foi a doença do idoso e que a maior parte destes idosos depende do familiar cuidador para tudo:

<i>“Vai necessitar de mais cuidados”</i>	(Q3) (Q32) (Q36) (Q68) (Q215) (Q268) (Q275) (Q291) (Q334)
--	---

<i>“Com o passar do tempo a dependência será cada vez maior”</i>	(Q21) (Q148) (Q149) (Q231) (Q234) (Q304)
--	--

<i>“Cada vez pior”</i>	(Q22) (Q39) (Q54) (Q201) (Q210) (Q216) (Q229) (Q236) (Q255) (Q274) (Q285) (Q306) (Q333) (Q340) (Q354)
------------------------	---

<i>“Vejo tempos difíceis devido à doença da minha mãe, ocupa-me o tempo todo e precisa de mim para tudo”</i>	(Q43)
--	-------

<i>“Cada vez será mais difícil de cuidar visto ter 80 anos e estar doente, estando cada vez mais dependente”</i>	(Q46)
--	-------

<i>“Cada dia é mais trabalho. Cada dia que passa é mais difícil, pelo esforço que exige”</i>	(Q181)
--	--------

<i>“Degradante, a minha mãe a piorar de dia para dia e eu não tenho vida própria”</i>	(Q207)
---	--------

Também foi possível perceber, que este agravamento da situação pode ter ainda consequências mais gravosas pelo facto de existirem cuidadores, eles próprios já idosos e quem sabe, daqui a pouco a precisar de ajuda e por vezes também eles terem compromisso do seu estado de saúde, apesar de, até agora pouco ou nada terem sentido agravamento do seu estado de saúde física ou mental:

<i>“Cada vez vai ser pior porque também eu vou indo para velha e não tenho mais ninguém”</i>	(Q7) (Q331)
<i>“As perspectivas são poucas ou nenhuma tendo em conta a minha idade e do meu marido e o meu estado de saúde, se ele precisar mais de mim é que as coisas vão piorar”</i>	(Q71)
<i>“Tenho algum receio pois estamos os dois velhos e o meu irmão está cada vez está mais limitado e eu com menos força”</i>	(Q76)
<i>“Visto que a idosa em causa tem bastantes limitações e eu própria já não gozo de excelentes condições de saúde, o futuro não se prevê favorável”</i>	(Q157)
<i>“As coisas vão ser difíceis pois eu estou pior do que ela”</i>	(Q202)

Não obstante preverem desde já um agravamento da situação que actualmente vivem, a ajuda que possam vir a ter será extremamente importante pois, será essa mesma ajuda que lhes vai possibilitar continuar a cuidar do idoso, apesar das dificuldades que vão surgindo, caso contrário o futuro será ainda mais complicado:

<i>“Estou à espera de ter muito trabalho e não tenho mais ninguém que me ajude”</i>	(Q6) (Q335)
<i>“A situação penso que vai piorar e quando as dificuldades ultrapassarem o domínio das minhas possibilidades procurarei ajuda de modo a dar-lhe uma melhor qualidade de vida”</i>	(Q37)
<i>“Um dia o certo é que ela fique acamada, só espero que não fique escariada e que possa continuara a tratar dela com as ajudas da família e outras que precise”</i>	(Q278)

Um outro aspecto que preocupa estas famílias é que com o agravar da situação a sua vida profissional também poderá vir a sofrer revezes, sendo mesmo obrigados a abdicar da sua profissão, notando-se alguma amargura no que concerne ao facto de não se sentirem realizados. É verdade que muitos destes cuidadores não desenvolve, neste momento, nenhuma actividade profissional mas, é considerável a percentagem dos que trabalham, cujas problemáticas não podem ser menosprezadas, até mesmo

pelas consequências económicas que daí podem advir, dificuldade já sentida pelos cuidadores actualmente:

<i>"Pelo lado negativo não posso trabalhar e estar a deixar passar o melhor tempo da minha vida para me realizar, tudo deve piorar"</i>	(Q19)
<i>"O idoso com a idade vai tendo mais dificuldades, as dificuldades chegam quando se tem de despende da vida profissional"</i>	(Q30)
<i>"Pelo lado negativo não posso trabalhar e estou a deixar passar o melhor tempo da minha vida para me realizar"</i>	(Q74)
<i>"Possivelmente vou ter de deixar de trabalhar para cuidar da minha mãe pois o mais certo é ficar totalmente dependente de outra pessoa"</i>	(Q120)

O agravamento da situação poderá ser previsível pois, efectivamente a média de idade dos idosos é elevada (83 anos) e o motivo principal que os levou a serem cuidados pela família foi a doença (35%). Da mesma forma, uma parcela importante de idosos apresenta um nível de dependência considerável pois, depende dos familiares para tudo (41%) e para os cuidados de higiene e conforto (30,1%).

Futuro incerto

Para outros familiares é difícil fazer previsões para o futuro, referindo que não as têm ou muito simplesmente não sabem. Todo o futuro é uma incerteza. Outra dúvida que subsiste e que lhes causa alguma hesitação é o facto de eventualmente, não conseguirem dar resposta às situações com que se irão deparar, quando estas se tornarem mais complexas e lhes exigirem mais trabalho, causando este facto algumas dúvidas, preocupação e sobretudo medo do futuro:

<i>"Nenhumas"</i>	(Q56) (Q119) (Q141) (Q184) (Q211) (Q212) (Q356)
<i>"Não sei"</i>	(Q83) (Q84) (Q85) (Q104) (Q187) (Q188) (Q190) (Q206) (Q241) (Q243) (Q254)
<i>"Continuar aqui comigo até que eu possa, quando der mais trabalho não sei..."</i>	(Q2) (Q16) (Q332) (Q343) (Q336)
<i>"Se ficar mais dependente, não sei se vou conseguir"</i>	(Q34) (Q144) (Q326)
<i>"O futuro é para mim motivo de preocupação, sei lá"</i>	(Q37)

<i>"Quando eu precisar é que vai ser pior...não sei"</i>	(Q70) (Q315)
<i>"Não sei...peço a Deus que a minha mãe não piore, caso contrário será muito difícil para mim e triste para ela"</i>	(Q97)
<i>"Tenho medo do futuro, será que vou dar conta do recado"</i>	(Q134)
<i>"Tenho alguma incerteza pois, quando precisar, não sei se terei os apoios que necessito"</i>	(Q303)

De todo o modo além da incerteza que manifestam, deixam essas preocupações para quando surgirem mesmo os problemas, neste momento o melhor é não sofrer por antecipação, quando chegar a altura logo se vê. Agora o que importa é viver o dia a dia, mesmo com esta incerteza quanto ao futuro:

<i>"Não sei e o melhor mesmo é não saber"</i>	(Q82)
<i>"Vivo o dia a dia, um dia de cada vez"</i>	(Q114) (Q364)
<i>"Tudo é imprevisível, só sei que quando acontecer alguma coisa tenho de actuar"</i>	(Q276)

Outra dúvida e causa de incerteza consiste no facto do cuidador se preocupar com os cuidados prestados ao idoso no futuro pois, ele próprio pode morrer antes do idoso e então quem irá cuidar dele, por outro lado subsiste a dúvida de quem cuidará de um idoso, de difícil relacionamento:

<i>"Se eu for à frente dele o que será dele?"</i>	(Q86)
<i>"Não sei ... a minha mãe é muito má"</i>	(Q346)

Na maior parte das opiniões, denota-se a vontade de continuar a cuidar dos idosos, ensombrada esta decisão, pela incerteza quanto ao futuro e a falta de convicção sobre a capacidade de continuar a cuidar do idoso.

Recurso a ajuda institucional

Atendendo às condições dos familiares cuidadores e dos idosos, nomeadamente o seu estado de saúde e idade avançada, alguns estão na eminência de recorrer à ajuda de uma instituição, tanto para ajuda no domicílio como para institucionalização, estão mesmo ansiosos pela chegada dessa solução. Para alguns é inquestionável a ida para o lar:

<i>“Devido à sua idade e estado de saúde começa a ser impossível estar em casa, só o lar”</i>	(Q1) (Q130) (Q328)
<i>“Logo que tenha vaga vai para o lar, não tem mais ninguém e eu a bem dizer não sou da família”</i>	(Q5)
<i>“Um desejo constante que ela tenha entrada num lar, pois é o melhor para ela”</i>	(Q52)
<i>“O mais certo é ir para o lar devido ao meu estado de saúde”</i>	(Q115) (Q217)
<i>“Ando à procura de um lar com condições para um doente de Alzheimer, para continuar a vida familiar”</i>	(Q120)

Para esta família o cansaço e a doença já atingiram tamanha grandeza que desejam a institucionalização de cuidado e cuidador:

<i>“Quanto mais depressa formos para o lar melhor, estou muito doente”</i>	(Q49) (Q365)
--	--------------

Para outros, a opção pela institucionalização coloca-se como o último recurso, consideram não existir outra saída quando as dificuldades forem intransponíveis:

<i>“Começamos a pensar que num futuro próximo, dada a idade e as nossas vidas profissionais, procurar prepararmo-nos psicologicamente para uma separação institucional, embora seja em último recurso”</i>	(Q8)
--	------

<i>“Caso não consiga espero que haja um lar na minha freguesia, bom e dentro das minhas possibilidades”</i>	(Q31)
---	-------

<i>“Até poder, quando não puder tenho de recorrer a um lar”</i>	(Q10) (Q12) (Q44) (Q96) (Q99) (Q117) (Q192) (Q237) (Q245) (Q307)
---	---

Esta necessidade de institucionalização em lar, para alguns, só acontece porque pensam não ter possibilidades para cuidar do idoso em casa, no entanto há quem se preocupe com a relação familiar apesar da institucionalização, a proximidade da família continua a ser uma questão importante:

<i>“Se as coisas piorarem temos de recorrer a um lar, pois não temos posses para pagar a alguém para tratar dele em casa e também não conhecemos ninguém da nossa confiança”</i>	(Q110)
--	--------

<i>“Com o decorrer do tempo parece-me que tem de ir para o lar mas, sempre com a família por perto”</i>	(Q295)
---	--------

A dúvida coloca-se se essa solução não for do agrado do idoso:

<i>“Não ponho de lado a institucionalização num lar. O pior é que ele irá recusar”</i>	(Q109)
--	--------

O Centro de Dia também se preconiza como uma ajuda, apesar de obter muito menor ênfase que o lar, de todo o modo 16,1% destes idosos, já frequentam o Centro de Dia. De facto, este tipo de equipamento é útil quando o familiar cuidador trabalha mas, está condicionado pelo nível de dependência do idoso:

<i>“Vou pedir vaga ao Centro de Dia”</i>	(Q40)
--	-------

<i>“É ir para o Centro de Dia para me governar e à noite estar em casa”</i>	(Q67)
---	-------

Existem famílias que vão desde já solicitar a ajuda de uma instituição mas, por forma a que fique assegurada a vigilância permanente do idoso, na ausência da família e lhes permita manter o idoso no domicílio:

<i>“Aguardo para ver se aparece alguma ajuda mas, que possa ficar durante o dia a substituir a família, não ir só lá de vez enquanto”</i>	(Q15)
---	-------

<i>“Vou solicitar ajuda a alguma instituição para poder manter o meu sogro em casa”</i>	(Q228)
---	--------

Efectivamente quando questionados acerca do melhor local para o idoso viver a maioria referiu que era com a família, com ou sem ajuda de outros ou de instituições. Relativamente à opção pelo lar 10,4% consideraram ser a melhor opção. No que concerne ao Centro de Dia, apenas 4,9% manifestaram essa opinião, no entanto é superior o número de idosos que já o frequenta. De todo o modo a manutenção do idoso no domicílio, seja ele da família ou do próprio idoso, assume uma grande relevância. De uma forma geral, estes cuidadores não sentiram um agravamento acentuado do seu estado de saúde física ou mental, no entanto, não podemos esquecer aqueles com o referiram com alguma intensidade. Um outro aspecto a considerar é que uma parte dos cuidadores (13,6%), já são idosos, tornando-se a necessidade de ajuda eventualmente uma realidade muito próxima.

Resumindo: Quando questionados acerca das perspectivas de futuro para o idoso e para a família, os inquiridos referem, na sua maior parte, que prevêm a manutenção

da situação, não antevêm alterações. Outros, têm desde já a certeza do agravamento da situação. Por outro lado, existem familiares que não conseguem fazer previsões, para eles é um futuro incerto. De todo o modo, apesar de todas as dúvidas, incertezas e alterações que possam ocorrer, para alguns, o recurso a ajuda institucional, é inquestionável, se não existirem outras opções, a escolha recai essencialmente no lar.

5.1.4.2 - Apoios aos Idosos e Famílias

Apesar do futuro ser mais ou menos incerto para estas famílias, tendo em conta as vivências das mesmas, a sua opinião acerca dos apoios necessários aos idosos e família na comunidade, para assegurar ou facilitar essa prestação de cuidados aos idosos, é crucial. Assim, até ao momento foi possível identificar o que os familiares pensam acerca do seu futuro enquanto cuidadores informais, nomeadamente, a certeza do surgimento de dificuldades e a eventual necessidade de recurso a ajudas. Então, quando questionados acerca dos apoios necessários e atenuantes das dificuldades inerentes a esta prática evidenciam-se cinco categorias: Cuidados no domicílio, ajudas/medidas, instituições, profissionais e formação para os cuidadores formais, tal como se apresenta no quadro seguinte.

Quadro 55
Apoios aos idosos e famílias

Área Temática	Categorias	Subcategorias	F
Apoios aos idosos e família EF 34	Cuidados no domicílio	Actividades do dia a dia	117
		Apoio nocturno	2
		Pessoal com formação	33
		Cuidados de saúde	28
	Ajudas / Medidas	Financeiras	48
		Técnicas e materiais	6
		Conciliação vida Familiar/Profissional	4
		Voluntariado	5
	Instituições	Sociais	159
		Saúde	53
		Autarquias	7
	Profissionais	Técnicos da Área da Saúde	70
		Auxiliares de Geriatria	11
		Técnicos da Área Social	8
	Formação para os cuidadores formais	-	4

Fonte: Gemitto (2008)

Instituições

Da análise das questões que se prendiam com os apoios que consideravam necessários e importantes, para os idosos e famílias, a maior parte dos inquiridos referiram a importância das instituições sociais, salientando-se de entre estas, o lar e o centro de dia. Com menos ênfase mas, também mencionadas surgem a Santa Casa da Misericórdia e a Segurança Social. Tiveram menor expressão outras instituições de solidariedade social, os centros de convívio e os centros de noite:

<i>"Lar"</i>	(Q4) (Q24) (Q32) (Q35) (Q41) (Q44) (Q49) (Q64) (Q68) (Q70) (Q75) (Q80) (Q83) (Q85) (Q88) (Q96) (Q98) (Q100) (Q111) (Q112) (Q118) (Q119) (Q124) (Q126) (Q127) (Q133) (Q137) (Q144) (Q183) (Q185) (Q188) (Q194) (Q198) (Q199) (Q200) (Q221) (Q225) (Q234) (Q245) (Q264) (Q273) (Q282) (Q286) (Q292) (Q295) (Q297) (Q307) (Q309) (Q328) (Q335) (Q340) (Q342) (Q346) (Q358) (Q361) (Q364) (Q365)
<i>"Centro de Dia"</i>	(Q17) (Q20) (Q28) (Q30) (Q31) (Q34) (Q35) (Q36) (Q39) (Q40) (Q42) (Q43) (Q67) (Q68) (Q70) (Q80) (Q90) (Q94) (Q101) (Q107) (Q118) (Q119) (Q124) (Q137) (Q140) (Q142) (Q144) (Q159) (Q167) (Q176) (Q179) (Q183) (Q194) (Q208) (Q214) (Q222) (Q227) (Q243) (Q282) (Q283) (Q290) (Q297) (Q324) (Q328) (Q361)
<i>"Santa Casa da Misericórdia"</i>	(Q2) (Q8) (Q9) (Q13) (Q30) (Q34) (Q66) (Q75) (Q77) (Q89) (Q193) (Q197) (Q201) (Q215) (Q216) (Q222) (Q227) (Q228) (Q230) (Q241) (Q242) (Q270) (Q278) (Q279) (Q280) (Q281) (Q301)
<i>"Segurança Social"</i>	(Q62) (Q91) (Q125) (Q130) (Q141) (Q153) (Q157) (Q174) (Q185) (Q198) (Q229) (Q270) (Q289) (Q301) (Q314) (Q315) (Q318) (Q322) (Q356)
<i>"IP Solidariedade Social"</i>	(Q66) (Q89) (Q125) (Q216) (Q224)
<i>"Centros de convívio"</i>	(Q138) (Q167) (Q170) (Q276)
<i>"Centro de noite"</i>	(Q133) (Q134)

As instituições de saúde também foram mencionadas, de entre estas sobressai o centro de saúde e de seguida o hospital:

<i>"Centro de Saúde"</i>	(Q8) (Q13) (Q17) (Q20) (Q28) (Q29) (Q31) (Q34) (Q42) (Q55) (Q62) (Q64) (Q66) (Q77) (Q91) (Q95) (Q111) (Q112) (Q130) (Q144) (Q153) (Q158) (Q167) (Q171) (Q176) (Q183) (Q185) (Q193) (Q198) (Q199) (Q200) (Q208) (Q214) (Q216) (Q227) (Q228)
<i>"Hospital"</i>	(Q17) (Q29) (Q42) (Q57) (Q62) (Q64) (Q67) (Q68) (Q95) (Q112) (Q144) (Q158) (Q183) (Q184) (Q224) (Q228) (Q326)

As autarquias, por sua vez, não foram dos equipamentos considerados importantes nos cuidados aos idosos, tanto a nível das Juntas de Freguesia como das Câmaras:

<i>"Junta de Freguesia"</i>	(Q8) (Q17) (Q144) (Q193) (Q279) (Q356)
<i>"Câmara Municipal"</i>	(Q193)

Quando foram solicitados a elencar as instituições que conhecem no concelho, capazes de apoiar os idosos e famílias, as que sobressaíram foram também as de cariz social, tal como as instituições de saúde, efectivamente com menor ênfase são referidas as autarquias. As instituições a que mais recorrem actualmente são o Centro de Saúde, a Segurança Social e os Bombeiros Voluntários.

Cuidados no domicílio

Além do apoio disponibilizado pelas instituições, também foram enfatizadas as ajudas prestadas ao nível dos cuidados no domicílio, essencialmente no que diz respeito às actividades do dia a dia, mais concretamente, o apoio domiciliário e os cuidados de higiene e conforto. Este tipo de recursos constituem-se com alguma frequência, como essenciais pois, permitem a continuação do envolvimento da família na prestação de cuidados, pela ajuda que proporcionam nas tarefas inerentes ao bem estar do idoso e também porque aliviam o peso e a fadiga que a realização destes cuidados comportam:

"Apoio Domiciliário"	(Q26) (Q27) (Q51) (Q56) (Q72) (Q76) (Q80) (Q118) (Q140) (Q142) (Q148) (Q149) (Q160) (Q176) (Q181) (Q182) (Q186) (Q187) (Q188) (Q191) (Q193) (Q194) (Q195) (Q201) (Q209) (Q214) (Q230) (Q232) (Q236) (Q237) (Q238) (Q239) (Q240) (Q254) (Q257) (Q259) (Q262) (Q265) (Q267) (Q269) (Q272) (Q274) (Q275) (Q280) (Q283) (Q284) (Q287) (Q302) (Q304) (Q310) (Q317) (Q325) (Q335) (Q339) (Q348) (Q349) (Q357)
"Cuidados de higiene e conforto"	(Q2) (Q5) (Q6) (Q7) (Q9) (Q10) (Q16) (Q21) (Q22) (Q48) (Q50) (Q53) (Q54) (Q67) (Q79) (Q102) (Q103) (Q105) (Q116) (Q125) (Q131) (Q135) (Q139) (Q180) (Q211) (Q219) (Q223) (Q230) (Q272) (Q277) (Q330) (Q348)

Efectivamente, a maior parte dos idosos dependem do familiar cuidador para tudo e a ajuda nos cuidados de higiene também é muito necessária nestes idosos, aparece em segundo lugar no *ranking* dos principais cuidados ou ajudas que o idoso necessita.

Alguns familiares cuidadores acham pertinente a existência de pessoas que substituam a família quando esta, por algum motivo está ausente. Saliente-se que também entre as necessidades de cuidados dos idosos surge com alguma relevância a necessidade de vigilância constante. Por outro lado, embora não esteja explícito, essa necessidade pode estar relacionada com o facto de uma das maiores dificuldades sentidas por estes cuidadores se prender com a dificuldade em ter vida social, visto a prestação de cuidados ao idoso lhe ocupar grande parte do seu dia a dia. Esta poderia ser também uma solução para facilitar a conciliação entre a vida familiar e profissional:

<i>“Alguém que substitua a família quando a mesma se ausenta”</i>	(Q6) (Q10) (Q15) (Q56) (Q65) (Q102) (Q116) (Q195) (Q303) (Q334) (Q336) (Q343) (Q345) (Q349)
---	---

A ajuda diária relativamente à alimentação e higiene da habitação e roupa foram ínfimas. Saliente-se que são das ajudas menos referidas por estes cuidadores, sendo que foram essencialmente utilizadas por cuidadores a partir dos 50 anos, na maior parte das vezes reformados ou que ainda trabalham e principalmente quando a idade dos idosos se situa entre os 80 e 85 anos:

<i>“Alimentação”</i>	(Q2) (Q5) (Q50) (Q102) (Q125) (Q139) (Q146)
----------------------	---

<i>“Higiene da habitação “</i>	(Q5) (Q50) (Q103) (Q122) (Q139) (Q146)
--------------------------------	--

<i>“Tratamento da roupa “</i>	(Q50)
-------------------------------	-------

Ainda no que diz respeito aos cuidados a idosos no domicílio foi valorizada a formação das pessoas que os prestam, sublinhando alguns a necessidade de formação para a prestação de cuidados de higiene, apesar de estes cuidadores, na sua maior parte não sentirem, eles próprios, dificuldades pela falta de informação para cuidar do seu familiar idoso:

<i>“Ensinar pessoas para irem tratar dos idosos a casa”</i>	(Q9) (Q10) (Q58) (Q104) (Q115) (Q121) (Q161) (Q173) (Q205) (Q219) (Q237) (Q253) (Q255) (Q258) (Q263) (Q291) (Q303) (Q315) (Q323) (Q327) (Q331) (Q332) (Q333) (Q337) (Q338) (Q347) (Q348) (Q350)
---	---

<i>“Apoio domiciliário para fazer a higiene mas com formação”</i>	(Q3) (Q12) (Q14) (Q86) (Q114)
---	-------------------------------

Também os cuidados no domicílio, ao nível da saúde, foram identificados como importantes. Houve ainda alusão aos Cuidados Continuados, aos cuidados de enfermagem e com menor relevância referiram cuidados mais específicos, nomeadamente Cuidados Paliativos e os cuidados a doentes com Alzheimer. Apesar de não serem aqui mencionados com grande realce, a maior parte destes cuidadores referiram usufruir de apoio ao nível dos cuidados de saúde, essencialmente de enfermagem. De notar ainda que os cuidados continuados têm alguma visibilidade, mesmo não sendo muito utilizados por estes cuidadores, no apoio ao idosos:

<i>“Equipa de profissionais de saúde que se desloquem ao domicílio quando for necessário”</i>	(Q116) (Q180) (Q202) (Q291) (Q316) (Q329) (Q343) (Q349)
<i>“Cuidados Continuados”</i>	(Q118) (Q192) (Q217) (Q234) (Q236) (Q278) (Q313) (Q330) (Q350) (Q357)
<i>“Cuidados de enfermagem”</i>	(Q7) (Q81) (Q131) (Q185) (Q186) (Q187) (Q213) (Q226)
<i>“Cuidados especializados para doentes de Alzheimer”</i>	(Q10)
<i>“Cuidados paliativos”</i>	(Q21)

O apoio nocturno, no domicílio, não faz parte das expectativas destes cuidadores ou, pelo menos, não são as medidas mais prementes na ajuda às famílias que cuidam de idosos. Possivelmente para os idosos que vivem com as famílias, o apoio nocturno é o menos necessário e em termos de respostas formais também é o menos implantado do terreno:

<i>“Apoio de noite em casa da pessoa”</i>	(Q70) (Q305)
---	--------------

Profissionais

De entre os profissionais mais solicitados, sobressaem os técnicos na área da saúde, nomeadamente, enfermeiros e médicos. Com menor realce surgem os bombeiros, psicólogos, assistentes sociais e sociólogos. Mais uma vez, vai de encontro às ajudas de que usufruem maioritariamente nos cuidados aos idosos, nomeadamente, cuidados de saúde (enfermeiros e médicos):

<i>“Enfermeiros”</i>	(Q7) (Q13) (Q28) (Q29) (Q42) (Q43) (Q44) (Q55) (Q57) (Q96) (Q105) (Q135) (Q174) (Q179) (Q189) (Q191) (Q192) (Q197) (Q199) (Q209) (Q211) (Q214) (Q223) (Q224) (Q277)
<i>“Médicos”</i>	(Q11) (Q20) (Q28) (Q29) (Q42) (Q43) (Q44) (Q51) (Q52) (Q55) (Q57) (Q96) (Q143) (Q179) (Q189) (Q191) (Q192) (Q196) (Q199) (Q223) (Q276) (Q277)
<i>“Bombeiros”</i>	(Q8) (Q17) (Q20) (Q43) (Q51) (Q153) (Q208) (Q213) (Q216) (Q226) (Q228) (Q277)
<i>“Psicólogo”</i>	(Q42) (Q55) (Q135) (Q179) (Q209) (Q213) (Q268) (Q277) (Q356) (Q362)
<i>“Assistentes Sociais”</i>	(Q42) (Q55) (Q81) (Q164) (Q199) (Q215) (Q244) (Q285)
<i>“Sociólogos”</i>	(Q179)

Os auxiliares de geriatria, foram elencados, essencialmente para a prestação de cuidados de higiene, eventualmente por ser uma necessidade evidente de ajuda destes idosos e também por serem profissionais com formação:

<i>"Auxiliares para fazer cuidados de higiene"</i>	(Q7) (Q31) (Q189) (Q203) (Q214) (Q245) (Q278) (Q297) (Q308) (Q313) (Q359)
--	---

Outro papel dos profissionais de saúde, também com alguma relevância, prende-se com o facto de, tal como anteriormente se verificou, informarem os familiares cuidadores acerca das instituições de apoio existentes na comunidade, logo a seguir à família foram estes que os aconselharam e os informaram acerca das instituições que actualmente lhes prestam apoio, nos cuidados aos idosos.

Ajudas/Medidas

Algumas famílias consideram estratégicas outras medidas de apoio ou formas de ajuda, essencialmente a ajuda financeira, o que efectivamente está de acordo com as necessidades ou dificuldades sentidas por estes familiares pois, além das dificuldades na organização do dia-a-dia e nas actividades de descanso e lazer, também as dificuldades económicas se revestem de extrema importância:

<i>"Apoio monetário"</i>	(Q14) (Q68) (Q86) (Q102) (Q105) (Q125) (Q166) (Q181) (Q182) (Q209) (Q229) (Q268) (Q288) (Q291) (Q330) (Q338) (Q343) (Q345) (Q347) (Q353)
<i>"Ajudas económicas"</i>	(Q114) (Q115) (Q122) (Q134) (Q223) (Q283) (Q300) (Q336) (Q341) (Q342) (Q350)
<i>"Apoio financeiro"</i>	(Q123) (Q139) (Q179) (Q194) (Q271) (Q284)

Apesar de estarem conscientes das ajudas financeiras que existem, estão convictos da sua insuficiência, existindo também quem refira que o facto de ter de abdicar da vida profissional, agrava a situação financeira do agregado:

<i>"Mais ajudas financeiras do que as que há"</i>	(Q74) (Q84) (Q108) (Q212) (Q235) (Q329) (Q337) (Q339)
<i>"A parte financeira é a pior dado que não estou disponível para trabalhar"</i>	(Q19)

Além das ajudas financeiras propriamente ditas, os benefícios fiscais foram apresentados por dois cuidadores, como outra solução:

<i>"Incentivos/benefícios fiscais"</i>	(Q156) (Q345)
--	---------------

Depois das anteriores formas de ajuda, as mais referidas, também o recurso a **ajudas técnicas** ou materiais, o incentivo ao voluntariado, tal como medidas de conciliação entre a vida profissional e familiar, foram mencionados:

<i>"Ajudas técnicas"</i>	(Q84) (Q131) (Q173) (Q174) (Q277)
--------------------------	-----------------------------------

<i>"Apoio com alguns materiais"</i>	(Q86)
-------------------------------------	-------

<i>"Incentivar o voluntariado"</i>	(Q107) (Q125) (Q224) (Q279) (Q356)
------------------------------------	------------------------------------

<i>"Devia haver preocupação por parte do governo em implementar horários às famílias trabalhadoras que cuidam dos seus idosos em casa"</i>	(Q55)
--	-------

<i>"No emprego, medidas para ajudar quem trabalha"</i>	(Q87)
--	-------

<i>"Medidas de apoio à vida profissional"</i>	(Q108)
---	--------

<i>"Dispensa remunerada do trabalho para cuidar dos idosos em casa"</i>	(Q335)
---	--------

Eventualmente, o escasso ênfase atribuído a este tipo de ajudas, pode estar relacionado com o facto de usufruírem pouco das mesmas. Por outro lado, as medidas de apoio à vida profissional podem ser sentidas necessárias por alguns, também pelo motivo de nenhum destes cuidadores estar a usufruir das mesmas, apesar de 20,8% destes cuidadores sentirem esta dificuldade "muitas vezes" e "sempre". A falta de ajudas técnicas, por sua vez, não constituía problema para a maioria destes familiares, pois 81,7% referiram "nunca" ou "raramente" sentir dificuldades quanto a esse aspecto. Quanto ao voluntariado, além das instituições autárquicas, é dos apoios na comunidade que os familiares referiram com menor relevância, para ajuda aos familiares e idosos.

Formação para os cuidadores informais

Além de ter sido já mencionada a formação de pessoas que prestam cuidados no domicílio, a formação dos próprios familiares foi agora referida, apesar do pouco realce, tal como já tínhamos observado estão questão não é problemática para estes cuidadores pois 67,2% mencionaram “nunca” ou “raramente” sentirem dificuldades pela falta de informação. Parece que estes cuidadores se sentem preparados para desempenhar as tarefas inerentes ao bem-estar dos seus familiares idosos:

<i>“Eu gostava de saber mais um pouco, como por exemplo, mudar fraldas a uma pessoa acamada”</i>	(Q11)
--	-------

<i>“As famílias também precisam de formação”</i>	(Q18) (Q288) (Q350)
--	---------------------

Poderá também pensar-se que estes apoios não foram considerados com grande evidência por estes cuidadores, não por negligenciarem a sua importância mas, porque para eles, na prática, não constitui problema.

Resumindo: No que concerne à opinião destes cuidadores acerca dos apoios que consideram importantes e necessários para cuidar dos idosos e família, sobressai o recurso a instituições, nomeadamente instituições de cariz social. De entre estas estacam-se o Lar, o Centro de Dia, a Santa Casa da Misericórdia e a Segurança Social. Relativamente às instituições de saúde, salienta-se o Centro de Saúde. Também as autarquias foram referidas, apesar de o serem com muito pouco peso. Um outro aspecto que consideram importante está relacionado com a prestação de cuidados no domicílio, em que se salienta a necessidade de apoio domiciliário, nas actividades do dia-a-dia, essencialmente nos cuidados de higiene e conforto.

A formação para os cuidadores informais também foi sugerida por estes familiares. Denota-se ainda a importância do apoio ao nível dos cuidados de saúde e menos evidente, o apoio nocturno.

No que concerne aos profissionais, destacam-se os profissionais de saúde, especialmente enfermeiros e médicos, sendo ainda enumerados os auxiliares de geriatria e os técnicos da área social.

Quanto às ajudas ou medidas entendidas como determinantes no apoio aos idosos, o destaque vai para as ajudas financeiras. As ajudas técnicas e materiais, as medidas de conciliação entre a vida familiar e profissional e o voluntariado, obtiveram poucas referências.

5.1.4.3 – Sugestões para as Famílias que Cuidam dos seus Familiares Idosos

Nesta altura, através da análise das questões abertas colocadas aos familiares cuidadores já foi possível perceber o que imaginam ser o seu futuro e os apoios que consideram importantes, daí ser também uma questão fundamental conhecer as suas sugestões para as famílias que, tal como eles, cuidam dos seus familiares idosos. Desta análise sobressaem quatro categorias, nomeadamente, manter o idoso na família, dar afecto, ajuda nos cuidados e ter paciência, conforme se verifica pelo quadro seguinte:

Quadro 56
Sugestões para as famílias que cuidam dos seus familiares idosos

Área Temática	Categorias	F
Sugestões para as famílias que cuidam dos seus familiares idosos EF 35	Manter o idoso na família	104
	Dar afecto	85
	Ajuda nos cuidados	55
	Ter paciência	39

Fonte: Gemitto (2008)

Manter o idoso na família

Apesar das dificuldades que eventualmente possam surgir, o conselho que a maior parte destes cuidadores dá a outros familiares é o de manter o idoso na família, deixando a todos uma mensagem de estímulo, de incentivo e de coragem:

<i>“É difícil mas fazem bem”</i>	(Q2)
<i>“Dentro das possibilidades mantenham os idosos num ambiente familiar, pelo menos ao fim do dia, ainda que durante o dia frequentem o Centro de Dia ou outro”</i>	(Q8)
<i>“Dar todo o apoio aos seus idosos, não os abandonarem”</i>	(Q20) (Q126) (Q127) (Q300) (Q331) (Q333) (Q343)

<i>"Tentem conciliar as coisas para continuar a cuidar deles"</i>	(Q29)
<i>"Desde que possam mantenham-se sempre juntos"</i>	(Q61) (Q323)
<i>"Tentem manter a calma e tratem bem os idosos"</i>	(Q70)
<i>"Coragem que são capazes"</i>	(Q76) (Q83) (Q256)
<i>"Ajudem no que puderem, para eles poderem ficar com a família"</i>	(Q80) (Q85) (Q218) (Q336)
<i>"Não se conformem, lutem para ser a família a cuidar dos idosos"</i>	(Q260)
<i>"Continuem a tratar deles, apesar de haver momentos difíceis de se resolverem"</i>	(Q94)
<i>"Fiquem com eles até ao fim da vida"</i>	(Q114) (Q230) (Q272)
<i>"Cuidem dos idosos o melhor possível, apesar das dificuldades, sejam elas quais forem, cá estamos nós"</i>	(Q117)
<i>"Nunca percam a Esperança para atingirem os objectivos, no conforto, na saúde, no equipamento, no que vier a necessitar"</i>	(Q144)
<i>"Bem hajam os que cuidem dos idosos. Continuem assim"</i>	(Q174)
<i>"Não fazer aos outros o que não gostamos que nos façam a nós"</i>	(Q193) (Q269) (Q279)
<i>"Eu a essas famílias animava-as e dava-lhe força"</i>	(Q195)
<i>"Ter muita coragem, até ao fim"</i>	(Q206) (Q229) (Q289) (Q299) (Q322) (Q334)
<i>"Terem muita força, coragem e muita informação para lhe poderem dar qualidade de vida"</i>	(Q210)
<i>"Coragem, paciência e muita força de vontade para garantir qualidade de vida e um ambiente familiar"</i>	(Q214)

O argumento de que na família os idosos são mais bem cuidados e merecem todo o apoio e um ambiente digno, também foi uma estratégia utilizado por alguns familiares cuidadores. Além de enaltecerem o papel da família, são perceptíveis algumas menções depreciativas relativamente aos lares. De facto, é patente a carga negativa que emana dos lares:

<i>"Se poderem fiquem com eles em casa, é o melhor para eles"</i>	(Q5) (Q79) (Q136) (Q194) (Q220) (Q227) (Q244) (Q255) (Q262) (Q311) (Q317) (Q318)
<i>"Sempre que possam fiquem com eles em casa, eles não gostam de ir para o lar"</i>	(Q7)
<i>"Tratar sempre dos idosos, no lar morrem mais depressa"</i>	(Q16) (Q332) (Q339)
<i>"Se for possível é melhor para eles tratar deles na família"</i>	(Q64) (Q171)
<i>"Enquanto possam tenham os idosos em casa pois, não há instituição, por melhor que seja que os trate como a família e lhes dê amor"</i>	(Q91)
<i>"Sempre que possível manter o idoso no ambiente familiar, é mais dignificante"</i>	(Q112)
<i>"Cuidem dos idosos sempre que possível e tiverem condições, pois os lares até podem ter boas condições mas, é um mundo diferente da vivência familiar"</i>	(Q113)
<i>"Não esqueçam que é importante para o idoso manter contacto com um meio que lhe seja familiar"</i>	(Q186)

Cuidar dos familiares idosos, para estas famílias também pode ser uma prova de gratidão e até mesmo gratificante. Ganha especial acuidade o princípio da reciprocidade e a necessidade de retribuir algo. Desta forma, esta é também uma sugestão na primeira pessoa:

<i>"Mesmo que tenhamos de alterar o nosso quotidiano em termos sociais e de lazer, é gratificante para todos, para nós e para o idoso e na relação entre avós e netos, manter esta relação familiar, tentem"</i>	(Q8)
<i>"Darem todo o apoio familiar que os idosos precisem e merecem"</i>	(Q18)
<i>"Vamos dar o nosso melhor para ajudar aqueles que já tanto nos deram e tenho a certeza que nos sentiremos mais felizes"</i>	(Q31)
<i>"Para continuarem e nunca desistirem pois é um trabalho árduo mas gratificante"</i>	(Q51)
<i>"Gostaria de dar uma palavrinha de apreço pois, não é fácil mas, é gratificante"</i>	(Q58)
<i>"Nunca se arrependam de os tratar bem, eles já trataram de nós"</i>	(Q142) (Q291) (Q319) (Q330) (Q341) (Q346)

<i>"Tratem bem dos idosos pois é uma dívida que temos para com eles, faze-os sentir sempre em casa, apoiados pela família"</i>	(Q203)
<i>"Ainda que por vezes possam ser considerados como um peso é gratificante vê-los felizes no meio familiar"</i>	(Q109)
<i>"Não retirar o idoso do seu espaço, vão ver que compensa"</i>	(Q122)
<i>"Cuidar de um idoso pode ser muito gratificante"</i>	(Q235)
<i>"Eles merecem não ser atirados para um canto como uma coisa sem valor"</i>	(Q266)

Mais uma vez fica patente a vontade destes cuidadores em continuarem a cuidar dos seus familiares idosos, advindo daí vantagens para quem cuida e essencialmente para quem é cuidado.

Dar afecto

Outro conselho que estes familiares deixam a outros em idêntica situação é dar afecto aos idosos. Ainda estamos perante uma lógica de cuidados baseada na afectividade. Sobressaíram manifestações de carinho, amor e respeito:

<i>"Para tratarem os idosos com carinho e cuidados"</i>	(Q3) (Q238) (Q249)
<i>"Carinho e respeito"</i>	(Q4) (Q221) (Q266) (Q274)
<i>"Eles merecem amor e carinho"</i>	(Q10) (Q17) (Q41) (Q196) (Q215) (Q223) (Q237) (Q275) (Q277) (Q285) (Q296) (Q306) (Q316) (Q320) (Q348)
<i>"Dispensem tempo e amor aos nossos velhinhos, é para mim muito melhor muitas vezes abdicar de bens materiais para poder estar com eles e saber que têm tudo ou o indispensável, para passarem melhor"</i>	(Q19)
<i>"Que continuem com os laços afectivos em casa se possível porque é aí que sentem mais amor e carinho pelo sentido real da vida"</i>	(Q33)
<i>"Para além da prestação de cuidados inerentes ao seu bem estar físico, é essencial o afecto, o carinho e atenção"</i>	(Q37)
<i>"Penso que os idosos ao sentirem que o que lhes fazemos é feito com amor, ajuda a esbater sentimentos associados à ideia de estarem a mais na família"</i>	(Q37)
<i>"Dar ao idoso o máximo conforto e carinho para que não se sinta sozinho, o apoio é fundamental"</i>	(Q42)

<i>"Sugiro que cuidem dos seus familiares idosos com muito amor e afecto porque muitos dias da nossa vida já precisámos deles"</i>	(Q44)
<i>"Cuidem dos idosos com afecto e proporcionem-lhes o melhor para que os seus últimos dias sejam menos difíceis"</i>	(Q156)
<i>"Gostaria de dizer às famílias que os acarinhem, cuidem muito bem deles para que se sintam recompensados"</i>	(Q167)
<i>"O amor e o carinho nunca são demais"</i>	(Q131) (Q173) (Q224) (Q265) (Q267) (Q282) (Q292) (Q349) (Q353)
<i>"Lembrar as famílias que ainda têm pais que são o melhor que temos"</i>	(Q77)
<i>"Amor e carinho é o melhor remédio e que morram com dignidade"</i>	(Q96)
<i>"Tratem bem os idosos com amor e carinho que eles bem merecem"</i>	(Q104)
<i>"Que tenham muito amor e carinho para dar, não sintam obrigação mas façam de boa vontade para que eles se sintam acarinhados"</i>	(Q108)
<i>"Que façam desse trabalho um verdadeiro sacerdócio, onde o amor é a primeira e última regra"</i>	(Q121)
<i>"Tenham muito amor e carinho para dar, não o façam por obrigação, mas de boa vontade. No seio da família é que eles se sentem bem e acarinhados"</i>	(Q123)
<i>"Cuidem bem dos nossos idosos, com carinho, amanhã seremos nós a precisar. Aprendemos grandes lições de vida pela riqueza das suas vivências"</i>	(Q125)
<i>"Amor, carinho e conforto"</i>	(Q161) (Q200) (Q305) (Q328) (Q361)
<i>"Cada caso é um caso. Mas, as cadeias de afectos são as mais importantes"</i>	(Q176)
<i>"Muito amor e compreensão. Temos muito a aprender com eles. A sabedoria deles é mais importante do que o declínio físico. O convívio com eles torna-nos mais humanos"</i>	(Q180)
<i>"Só sei dizer que gosto muito da minha mãe"</i>	(Q241)
<i>"Tratem os idosos com carinho e amor e deixem-nos ainda tomar decisões acerca do que lhes diz respeito"</i>	(Q278)
<i>"Cuidar dos idosos é um acto de cidadania e solidariedade, a família é o nosso lar"</i>	(Q347)

Estes cuidadores já tinham valorizado a vertente afectiva pois para eles a manutenção dos laços afectivos é considerado como aspecto positivo tanto para os idosos como para os cuidadores.

De facto, para estes familiares estes sentimentos ajudam a ultrapassar as dificuldades que possam surgir:

<i>"Que o amor e o afecto que se sente pelos idosos ultrapassa todas as dificuldades tornando-se gratificante"</i>	(Q46)
<i>"Com amor e carinho ultrapassam-se as dificuldades"</i>	(Q50) (Q207) (Q276) (Q324)

Se por um lado cuidar de um idoso pode constituir-se como uma grande sobrecarga, por outro, apesar dos constrangimentos, pode ser gratificante e promover a satisfação pessoal de quem cuida, emanando daí uma sensação de dever cumprido.

Estes familiares já anteriormente tinham manifestado, na sua maioria, nunca sentirem dificuldades no relacionamento com o idoso ou conflitos em casa, causados pela permanência do mesmo na família.

Ajuda nos cuidados

Estes familiares deixam um outro conselho, por forma a ultrapassar alguns obstáculos que advenham do facto de cuidar dos idosos e, este passa por solicitar ajuda na prestação de cuidados, quando sentirem necessidade, apesar de uma parte destes cuidadores não usufruir de ajuda, segundo eles, esta ainda não é necessária:

<i>"Ficarem com eles em casa e procurar a ajuda que precisarem"</i>	(Q12) (Q55) (Q172) (Q208) (Q268)
<i>"Que se informem das possibilidades de apoio que existem no seu local de residência"</i>	(Q13) (Q222) (Q358)
<i>"Façam o melhor que poderem e solicitem ajuda quando precisarem"</i>	(Q52)
<i>"Aconselhava a ficarem com o idoso em casa e pedirem as ajudas que precisarem"</i>	(Q6) (Q68) (Q82) (Q174) (Q228) (Q263) (Q270) (Q315) (Q338)
<i>"Procurem ajuda externa para manter a relação entre idoso/família"</i>	(Q84)
<i>"Deixem os idosos viverem sempre no seu meio familiar nem que para isso necessitem pedir ajuda"</i>	(Q105)

<i>"Façam o que possam e se não conseguirem peçam ajuda pois evita a ida para o lar"</i>	(Q116)
<i>"Fiquem com eles o mais tempo possível, apesar das dificuldades, pois para isso é que existem os apoios"</i>	(Q124)
<i>"Peçam as ajudas que forem precisas"</i>	(Q48) (Q103) (Q139) (Q141) (Q199) (Q219)
<i>"Nunca abandonem os idosos, é preferível pedir a ajuda necessária, ela existe"</i>	(Q166)
<i>"Eu estou a tentar aguentar, apesar do cansaço, por isso o meu conselho é peçam ajuda mas, não deixem de os acarinhar"</i>	(Q179)

Essa ajuda, eventualmente pode vir das instituições próximas, tanto para apoio na prestação de cuidados como para cuidar do próprio cuidador:

<i>"Continuar a ter os familiares em casa, pedindo apoio às instituições se for necessário"</i>	(Q9) (Q14) (Q189) (Q226) (Q232) (Q236) (Q286) (Q313) (Q314) (Q329) (Q357) (Q359)
<i>"Façam os possíveis para os manter no seu ambiente familiar embora com a ajuda que possam ter das instituições"</i>	(Q13)
<i>"Tentar conciliar a vida profissional com a familiar pedindo apoio às instituições"</i>	(Q30)
<i>"Pedir apoio ao Centro de Dia"</i>	(Q34)
<i>"Se necessário procurem profissionais ou instituições que ajudem a cuidar do idoso com dignidade"</i>	(Q58) (Q309)
<i>"Estabelecer contacto com instituições humanitárias"</i>	(Q66)
<i>"Enquanto estiverem com eles tratem-nos bem, e quando por algum motivo não conseguirem procurem os apoios e ajudas junto das instituições competentes"</i>	(Q71)
<i>"Para quem cuida, faça períodos de descanso, com o apoio de uma instituição e até do psicólogo"</i>	(Q138)

Apesar de alguns dos inquiridos não receberem apoio de instituições, essencialmente por considerarem ainda não haver necessidade, a maioria dos que o recebem consideram-se satisfeitos com eles. O recurso aos serviços pode de alguma forma tornar menos penosa a tarefa de cuidar dos familiares idosos. O apoio institucional constitui-se então como um recurso essencial.

Ter paciência

Com menor expressão é transmitido por estes cuidadores um sentimento de resignação, aconselhando as famílias a ter paciência. Esta parece ser, juntamente com a força, os ingredientes necessários para ultrapassar as dificuldades e fazer os ajustes necessários às mudanças que eventualmente ocorrem e às quais se têm de adaptar:

<i>"Paciência e força de vontade"</i>	(Q17) (Q239) (Q283) (Q307) (Q327)
<i>"Muita paciência"</i>	(Q29) (Q67) (Q92) (Q98) (Q106) (Q110) (Q151) (Q216) (Q242) (Q271) (Q284) (Q340)
<i>"Tenham paciência porque os idosos é normal que vão perdendo faculdades, por isso é preciso compreensão"</i>	(Q118)
<i>"Paciência e apoio de todos, só assim se consegue ter uma vida minimamente feliz"</i>	(Q157)
<i>"Muita paciência, estão no fim da vida, devemos esforçar-nos para a viverem da melhor forma"</i>	(Q158) (Q294)
<i>"Paciência e muito sangue frio"</i>	(Q163) (Q354)
<i>"Muita paciência, esforço e espírito de sacrifício"</i>	(Q205)
<i>"É esperar que chegue a hora"</i>	(Q212)
<i>"Sejam tolerantes e conformem-se"</i>	(Q290)
<i>"Temos de aguentar"</i>	(Q342) (Q352) (Q365) (Q245)

Resumindo: Quando foram pedidos a estes familiares alguns conselhos para as famílias que, de igual modo, optaram por cuidar dos seus familiares idosos, o conselho mais sublinhado foi manter o idoso na família, sendo também incentivados a dar afecto ao idoso. A família solidária com os seus idosos, parece ainda estar inscrita nos valores da sociedade Portuguesa. No sentido de facilitar o quotidiano familiar, o recurso a ajuda nos cuidados é uma sugestão também de peso. Desta forma, cuidar do idoso torna-se menos difícil e mais gratificante. A sugestão para ter paciência é a menos enfatizada, demonstrando sentimentos de conformismo. Perante estas irrefutáveis constatações é impreterível "cuidar de quem cuida", promovendo a complementaridade entre redes formais e informais.

5.2 - PERCEPÇÃO DAS ENTIDADES FORMAIS DA COMUNIDADE ACERCA DOS APOIOS AOS IDOSOS E FAMÍLIAS

Finalizado o trabalho de campo, depois de gravadas e após audição integral das entrevistas, procedeu-se à sua transcrição e respectiva codificação. Também foi possível perceber quando era atingida a saturação do campo, ou seja, a partir desta altura a aquisição de nova informação parece ter-se tornado mínima (Bogdan 1994). A leitura detalhada das entrevistas ajudou a clarificar as diferentes partes que compõem o “*corpus*”, tendo sido efectuado de seguida o recorte e transcrição das unidades de registo para análise, considerando os objectivos da pesquisa. Feita a categorização temática, entrevista a entrevista, sobressaíram as três áreas temáticas previamente definidas e respectivas categorias, definidas à *posteriori*, emergindo as mesmas do material analisado. Sustentando-se no suporte teórico e na metodologia proposta, procedeu-se à (re)análise e interpretação dos discursos, tendo emergido as subcategorias. Foram cumpridas as etapas que integram o processo de análise. Foi então construída uma grelha com a totalidade do conjunto das unidades de registo, distribuídas pelas respectivas categorias e subcategorias. A grelha de análise foi submetida à apreciação de três investigadores, por forma a garantir condições de fidelidade e validade, de modo a que diferentes codificadores cheguem a idênticos resultados e o mesmo codificador, ao longo do trabalho possa aplicar de forma igual os critérios de codificação e ainda para que o investigador se possa certificar se mede exactamente o que pretende medir, ou seja, deve garantir que “*a descrição que se fornece sobre o conteúdo tem significado para o problema em causa e reproduz fielmente a realidade dos factos*” (Carmo e Ferreira 1998: 259). Foram feitas algumas sugestões, no sentido de reduzir o número de categorias, de forma a clarificar a análise, adequando-a à problemática da pesquisa, aspecto que foi considerado por todos os analistas. Deste modo, com base nos objectivos do estudo e após ter sido discutida, foi criada então a grelha de análise final (anexo V) em que se verifica que cada categoria e subcategoria permitem classificar a unidade de registo, tendo também em conta a sua exaustividade, exclusividade, objectividade e pertinência, conforme se confirma pelo quadro 57.

Quadro 57

Grelha de análise das entrevistas
(instituições formais da comunidade)

Área Temática	Categorias	Sub-Categorias	Nº de Entrevistados
Equipamentos de apoio a idosos e famílias no CONCELHO	<u>Oferta disponível</u>	- Acção social - Parcerias - Vertente lúdica - Apoios de Saúde	22 9 6 1
	<u>Adequação da oferta</u>	- Inadequada - Responde às necessidades	21 8
Apoio a idosos e famílias pela INSTITUIÇÃO	<u>Recursos disponíveis</u>	- Apoio directo a idosos e famílias - Protocolos institucionais - Animação e Lazer	21 17 8
	<u>Procura de recursos</u>	- Próprio Idoso - Família - Recursos mais solicitados	15 9 16
	<u>Limitações dos recursos</u>	- Recursos Monetários - Recursos Humanos - Recursos Físicos e Materiais - Recursos Suficientes/ Insuficientes	4 10 5 8 / 18
Estratégias de INTERVENÇÃO no apoio a idosos e famílias no concelho	<u>Percepção do Envelhecimento</u>	- Fenómeno Demográfico e Social - Tempo de perdas - Solidão - Processo natural - Idade da sabedoria - Papel da rede informal no apoio aos idosos (participação activa / desresponsabilização)	13 8 7 7 4 15 / 17
	<u>Percepção das dificuldades dos idosos e famílias</u>	- Profissionais - Financeiras - Alterações da dinâmica familiar - Sobrecarga do cuidador - Habitação - Formação	15 11 9 9 5 3
	<u>Intervenções requeridas</u>	- Apoio no domicílio - Capacitar o cuidador - Reestruturação institucional - Articulação saúde/acção social - Conciliação vida familiar/profissional - Vontade política - Mudança de “mentalidades”	19 6 14 6 3 9 6

Fonte: Gemito (2009)

Era chegada a altura de proceder à análise e interpretação dos resultados obtidos, à luz dos objectivos e do suporte teórico. Após agregação das respostas sinónimas ou semelhantes, decidiu-se pela não apresentação na análise de todas as unidades de registo que continham a mesma, ou quase a mesma declaração. Na apresentação dos dados são utilizados símbolos/códigos linguísticos, cujo significado se apresenta:

... - excerto da transcrição original considerada irrelevante para a análise

palavra entre () - palavra ou frase de ligação que confere significado à declaração

sublinhado - corresponde a uma palavra ou frase cujo significado pretendemos enfatizar na análise e que determinou a categorização

(...) - corresponde à omissão da identificação da instituição (nome e local) para garantir o anonimato

E x - código da entrevista

Os nomes próprios utilizados nas entrevistas são fictícios.

5.2.1 - Equipamentos de Apoio aos Idosos e Famílias no Concelho

A necessidade de uma visão mais próxima das instituições existentes nos concelhos, cujo âmbito de intervenção esteja direccionado para o apoio, exclusivo ou não dos idosos e famílias, revelou-se de extrema importância. Era preciso perceber qual a sua projecção na comunidade e a opinião que os representantes das instituições formais tinham da panóplia de actividades por elas desenvolvidas. Desta forma, quando questionados acerca das instituições e equipamentos que conheciam no concelho para apoio aos idosos e famílias, sobressaíram as seguintes categorias: Oferta disponível e adequação da oferta, tal como se pode observar no quadro seguinte.

Quadro 58

Equipamentos de apoio a idosos e famílias no CONCELHO

Área Temática	Categorias	Sub-Categorias	Nº Entrevistados que responderam (por área de intervenção)
Equipamentos de apoio a idosos/ famílias no CONCELHO	<u>Oferta disponível</u>	- Acção social - Parcerias - Vertente Lúdica - Apoios de Saúde	6EA; 7EIS; 9ES 4EA; 1EIS; 4ES 4EA; 1EIS; 1ES 1ES
	<u>Adequação da oferta</u>	- Inadequada - Responde às necessidades	7EA; 7EIS; 7ES 5EA; 2EIS; 1ES

Fonte: Gemitto (2009)

Oferta disponível

Relativamente ao conhecimento que tinham da oferta disponível em termos de equipamentos de apoio aos idosos e famílias no concelho, sobressaíram as instituições direccionadas para a acção social, ou que prestam apoio de âmbito social. À excepção de um, todos os entrevistados fizeram referência a este tipo de apoio, prestado pelas instituições do concelho, alguns deles reforçando o papel que as Misericórdias desenvolvem junto dos idosos e famílias, tal como se pode verificar:

“Aqui em (...) é uma situação diferente, portanto, a oferta que existe é aquela que eu estava a dizer, a este nível, que é a da Santa Casa da Misericórdia de (...)” (EA1)

“Temos a Misericórdia que também tem ajudado bastante...é de dar um louvor a esses que, reconheço que são pessoas que fazem um bom trabalho... claro que as pessoas, da Misericórdia, as pessoas dizem que é um valor elevado mas depois de conseguir uma boa refeição, entrar num quarto do idoso e não cheirar a velho ...são tudo produtos que são caros. As pessoas para terem higiene e condições é um bocadinho caro, vejo que realmente é caro. Os idosos, por vezes, devem ter um bocadinho de alguma dificuldade em pagar aquela verba ...” (EA2)

“...temos de facto a grande mais valia que me parece a mim, em termos de concelho, tirando a ala do (...) que tem a Santa Casa da Misericórdia a funcionar é a Santa Casa da Misericórdia de (...). Essa fica uma valência única em termos de apoio a idosos e famílias na área do, na vertente do apoio domiciliário e têm-se dedicado muito a isso. Portanto o trabalho que eles fazem, é no meu ponto de vista muito, muito positivo, com muita qualidade porque investiram muito nessa área em termos de equipamentos de instituições.” (EA7)

“Quem é que está a ajudar a comunidade? É a Misericórdia. “ (EIS8)

“O papel das Misericórdias é inquestionável neste concelho” (ES20)

“...temos a Misericórdia aqui em (...) que em termos de freguesia de (...) que investe muito, até há um serviço domiciliário, inclusive já aos fins-de-semana e aos feriados que o ano passado se não me engano, tiveram o certificado de qualidade.” (ES22)

Além das Misericórdias e apesar do menor realce, foram referidas também outras instituições, sejam elas públicas ou privadas, nomeadamente:

“Os Lares privados, neste momento penso que está em fase de início de construção ou de elaboração de projectos, alguns lares privados aqui em (...), mas como lhe digo são privados, vão efectuar preços acima dos mil euros.” (EA5)

“...em (...) temos o Centro Paroquial que tem as duas valências, a valência de Centro de Dia e Lar. Não presta serviço de apoio domiciliário...” (EA7)

“Depois temos Lares privados aqui há volta temos talvez 4 Lares privados. Temos um que é um Lar privado que só é Lar, temos outro que também só funciona com regime de Lar, temos numa freguesia rural que também é Lar e outro numa freguesia rural.” (EIS11)

“São as IPSS, quanto a mim são as que dão melhor apoio ao concelho porque as outras instituições que existem são Lares particulares e portanto estas é que dão o apoio mais próximo dessas famílias e de pessoas mais carenciadas. São as IPSS é que dão uma melhor resposta penso eu.” (EIS12)

“Eu penso que existe aqui no concelho, pelo menos 2 empresas que prestam Apoio Domiciliário.” (EIS12)

“Depois temos as IPSS's que dão resposta, visitas domiciliárias, higiene pessoal, lavandaria, alimentação, portanto, têm todo um trabalho de solidariedade social e temos outro tipo de associações, a Cruz Vermelha, que também faz esse tipo de apoio.” (ES17)

“Depois temos outras estruturas, temos a Casa do Povo do (...) com actividades para os idosos. Temos aqui a Casa do Povo de (...) que tem Centro de Dia de Idosos ahhh, e pouco mais, e pouco mais.” (ES18)

“A Câmara, neste momento, tem o apoio de pinturas das casas dos idosos. Os idosos inscrevem-se, quando chega a sua vez, a Câmara vai e pinta, tem uma equipa que faz as pinturas dos exteriores, não sei se também dos interiores, mas dos exteriores das casas faz, é preciso que seja a casa do próprio porque se for alugada já não é bem assim, mas aí já não sei responder. (ES18)

“Portanto, relativamente às necessidades dos idosos a Câmara criou um transporte para, de duas em duas semanas, trazer os idosos à vila. Portanto, os idosos têm um horário, sabem quais são os dias do mês que o autocarro da Câmara está ali aquela hora para os trazer à vila e depois para os levar de volta que é o dia que eles aproveitam para vir pagar as suas dívidas, vir à farmácia, vir ao Centro de Saúde se calhar, levantar a sua pensão nos correios, fazer as suas compras no supermercado e isso já é uma ajuda, não é, poderem sair do seu lugar e para os idosos isto é muito importante porque há idosos que se não for esta forma nunca saem do sítio onde moram, apesar de morarem a poucos quilómetros do centro da vila.” (ES18)

“...depois existe o Centro Social de (...), que também dá apoio àquela localidade.” (ES23)

De referir as únicas menções a grupos de voluntariado:

“Ahhh, a nível do concelho, eu penso que, o que está portanto, o apoio às famílias é feito através, portanto, das Misericórdias, não é, existentes no concelho e de algumas instituições particulares de solidariedade social, ahhh, bem como o voluntariado das populações.” (EIS14)

“...depois existem as outras respostas que são mais as respostas informais, os grupos de voluntariado, rede de vizinhança, que de alguma forma acabam por suportar o resto que existe e servem de elo de ligação.” (ES23)

Relativamente a essas respostas, as mesmas centraram-se essencialmente ao nível dos Lares, Centros de Dias e Apoio Domiciliário, sendo este apoio direccionado para os cuidados de higiene pessoal e da habitação, alimentação e tratamento de roupa, com se observa nos seguintes excertos:

“Depois temos alguns Lares, designadamente na freguesia de (...) e freguesia de (...). É os únicos sítios onde há Lar.” (EA3)

“Portanto a nível do concelho temos ... não sei se tem (...), ..., também tem recentemente acho que foi inaugurado um estabelecimento de Lar e praticamente em todo o concelho tem cobertura portanto na valência de Lar que é efectivamente a valência mais procurada...” (EIS9)

“Apoio Domiciliário existe o nosso, com maior expressão, não é, porque já existe desde 93 e depois existe outros Apoios Domiciliários mas, com muito menos expressão, não é, com muito menos utentes.” (EIS10)

“O concelho de (...) tem muitos equipamentos sociais para idosos, sobretudo Lar, apoio ao domicílio e alguns Centros de Dia por exemplo ... Em (...), Lares públicos temos 2 ... têm várias valências de apoio aos idosos.” (EIS11)

“...No concelho, portanto os Centros de Dia e os Lares.” (EIS13)

“Portanto, aqui em (...) temos o Lar da Santa Casa da Misericórdia ...Esse Lar tem uma valência de Centro de Dia...e tem o Apoio Domiciliário...” (EIS15)

“Então, temos os dois Lares de idosos um nas (...) e outro em (...). Os dois também têm Centro de Dia. Não tenho presentes os números mas, sei que têm muita gente também em regime de Centro de Dia...” (EIS16)

“Tanto em (...) como em (...) o Apoio Domiciliário é duas vezes ao dia, de Segunda a Domingo, em (...) e (...). Aqui na vila, pela Misericórdia, o apoio é só feito de Segunda a Sexta, duas vezes ao dia, no caso dos dependentes. Ao Sábado e ao Domingo, quem tem apoio pela Misericórdia não tem qualquer tipo de apoio.” (EIS18)

“Apoio do tipo hotelaria, portanto, a higiene do idoso, a higiene da roupa do idoso e a distribuição da alimentação, aqui na vila, pronto e (...). Depois temos em (...) e (...) a (...) com, em (...) com instalações para Lar e para Centro de Dia que depois também tem a carrinha que faz o apoio domiciliário.” (EIS18)

“Ahhh, no entanto, temos pelo menos na cidade duas, duas instituições que prestam esse apoio, quer a nível de alimentação, quer a nível mesmo de limpeza de residências e de roupa etc, etc.” (EIS21)

“Lares, com a valência de Lares só (...) e (...) mesmo da Casa da Misericórdia do (...) e o Centro Social e Paroquial de (...), têm valência de Centro de Dia e Lares e a (...) que é a tal que eu estava a dizer que tem neste momento apoio domiciliário, centro de dia...” (EIS23)

Também foram referidas algumas parcerias entre diversas instituições de natureza e tipologias diferentes, essencialmente privilegiando a associação entre a saúde e a acção social. A tónica recai sobre o Apoio Domiciliário Integrado e a Rede de Cuidados Continuados Integrados:

“Estou-me a lembrar por exemplo, de (...),...temos (...) que possui a valência de Lar e de Centro de Dia...depois temos as outras instituições, digamos que possuem todas as outras valências desde, Centro de Dia, Apoio Domiciliário, Lar, Apoio Domiciliário Integrado.” (EA4)

“Para além do Lar de idosos, temos três instituições que prestam Apoio Domiciliário, temos uma Unidade, ahhh, de Apoio Integrado, temos Centros de Dia, ahhh, dois Centros de Dia aqui, dentro da cidade e um na (...).” (EA5)

“No (...), a Santa Casa da Misericórdia tem valência de Lar, Centro de Dia e Apoio Domiciliário, ahhh, com alguns acordos na área do Apoio Domiciliário Integrado, depois (...), aliás (...) e (...) também têm Centros de Dia.” (EA7)

“Pronto, nas mesmas valências, não é, podem ter as mesmas valências ou ter mais algumas, porque nem todas as instituições têm as mesmas valências. Há umas que têm

mais, outras que têm menos, umas têm Centro de Dia, outras têm Lar, outros têm Apoio Domiciliário, outros têm Apoio Domiciliário Integrado, ahhh, pronto, cada qual com as suas valências, isto no que diz, nomeadamente respeito aos idosos.” (ES14)

“...depois temos a Unidade de Cuidados Continuados de (...) que tem 30 camas que fazem parte da Unidade e tem mais 15 camas em privado portanto, um lar privado, esse é um pouco menos acessível às pessoas do concelho porque ao que parece é pouco acessível em termos monetários porque as pessoas pagam cerca de mil e quinhentos euros o que dificulta normalmente os recursos económicos das pessoas do concelho, não chegam para isso.” (ES16)

“Neste momento, com a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados também temos esse tipo de resposta que está integrado no Ministério da Saúde, da Segurança Social e Ministério do Trabalho também.” (ES17)

“Para além disso existem algumas respostas que têm a ver com o Centro de Saúde, nomeadamente as questões relacionadas com a Rede de Cuidados Continuados Integrados.” (ES23)

“Temos uma ECCI constituída que dá resposta a trinta, têm um acordo formal para trinta utentes ... portanto acaba por ser uma resposta também institucional mas, vinculada à saúde...” (ES23)

Outras parcerias de diferente natureza foram ainda nomeadas, essencialmente ao nível das autarquias:

“Freguesia de (...) a entidade principal, claramente é a Santa Casa da Misericórdia de (...) também fruto desta colaboração com a Câmara, e não só, pelos recursos próprios e pelas parcerias montadas com a Segurança Social, aquilo que era o apoio do Lar há 8 anos, 10 anos atrás, cresceu muitíssimo, já se expandiram. Hoje tem 2 edifícios novos muito bons, com muito boas condições.” (EA1)

“A Associação de Reformados de (...), eu não falei na Associação de Reformados de (...) vou voltar atrás. Tem uma pequena sede, um espaço cedido pela Câmara, onde, basicamente, um conjunto de idosos se vão juntando, vão enfim, confraternizando, fazendo os seus jogos de cartas, de damas, dominós, etc., vão fazendo os seus jogos.” (EA1)

“Depois, existe o, um outro projecto que tem a ver com um projecto de parcerias, um projecto participado com apoios de fundos comunitários, ahhh, que está sediado no (...) que é uma Associação de desenvolvimento local.” (EA7)

“Existem Lares privados no concelho de Évora, existem IPSS’s, existem associações. As Juntas de Freguesia juntam-se também a associações ...ao nível do Serviço Social e ao nível até de cidadãs, com instituições privadas.” (ES17)

“Entretanto, a Câmara também tem, também colabora directa e indirectamente com todo este tipo de situações. Nos dias comemorativos a Câmara, ahhh, para além de promover, também tem actividades que incentivam as outras instituições e apoiam as outras instituições também.” (ES17)

“Depois há uma associação que é dos idosos uma coisa, Associação dos Reformados, mas que está ligada à Câmara e que tem uma série de eventos, depois tem o grupo de cantares de idosos, depois fazem aquelas, aqueles passeios, aqueles almoços mas, a Câmara está muito vocacionada para os idosos inclusive, têm um programa que é o “Envelhecer Activo” que em todas as freguesias há...que vai um professor de ginástica da Câmara fazer caminhadas com eles e há um grande incentivo para frequentarem as piscinas...” (ES22)

“Neste momento nós até temos um banco de ajudas técnicas de uma associação de desenvolvimento local que é o banco de ajudas ... como resposta para além das ajudas técnicas que as Santas Casas de (...) e (...) dispõem, ahhh, nós temos uma articulação fácil com as autarquias, juntas de freguesia e câmara para limitar, ahhh, algumas barreiras arquitectónicas ou para ajudarem na colocação e umas ajudas técnicas que facilitem...” (ES23)

No âmbito da vertente lúdica, apesar de menor realce, também foram consideradas algumas instituições. A atenção direccionou-se essencialmente para os Centros de Convívio e Associações de Reformados:

"... a Associação de Reformados de (...) tem muitas condições para fazer muito e bom trabalho pelos idosos, enfim, enquanto estrutura organizada e unida. Penso que tem muito boas condições para isso." (EA1)

"...então temos em todas as freguesias, temos um Centro de Convívio em todas, portanto que ... pronto, digamos assim, não vá responder a todas as necessidades mas, de qualquer modo, portanto, é um equipamento que permite pelo menos os idosos estarem ocupados, se assim o necessitarem." (EA3)

"...numa primeira instância temos as associações de idosos que têm sobretudo a valência de Centro de Convívio..." (EA4)

"...Centros de Convívio temos aqui um, bem perto que é do (...) e em (...) um outro, portanto não fornecem refeições, as pessoas convivem, é mais para convívio, não é, como o nome indica...(EA5)

"Há Centros de Convívio...existe quanto a mim uma outra parte, ahhh, quanto a mim também com uma grande importância que é a parte da, parte lúdica e a parte da, dos projectos de vida para os utentes, a parte das actividades desenvolvidas." (EIS10)

Também foi referido por um profissional de saúde, o papel de uma autarquia neste âmbito:

"É assim, em termos de concelho, temos a Câmara de (...) que está muito direccionada para as necessidades dos idosos, para o apoio aos idosos e principalmente para desenvolver a parte lúdica ... dos idosos..." (ES22)

No que concerne aos apoios de saúde, eles só foram considerados e reconhecidos como fonte de apoio a idosos e famílias por um entrevistado, sendo este mesmo entrevistado um profissional de saúde:

"Existem vários tipos de apoios ao nível da Saúde..." (ES17)

"...ao nível da saúde existe apoio a idosos de uma forma geral, de carácter geral. Ao nível da saúde existe a saúde em si, a visitação domiciliária, os cuidados domiciliários." (ES17)

Adequação da oferta

Quando questionados acerca da adequação da oferta no que diz respeito ao apoio dos idosos e famílias, nos diversos concelhos, consideraram que a mesma respondia às necessidades ou era inadequada. Efectivamente, com excepção de dois entrevistados, todos consideraram que as respostas que a comunidade dispunha eram inadequadas, tendo em conta as necessidades da população. Salientaram a escassez de Centros de Dia, Apoio Domiciliário e essencialmente da componente de Lar, tendo alguns idosos e famílias de procurar esse apoio fora do concelho:

“Aquilo que se sente, isto é o que existe e se calhar, dando depois um salto da percepção das necessidades. Aquilo que se sente em termos de falta em (...) é claramente esta componente de Lar.” (EA1)

“Equipamentos, equipamentos não tenho conhecimento de muitos equipamentos. Temos dificuldades nesse aspecto.” (EA2)

“A taxa de cobertura é de facto muito diminuta quer em Lares quer em Centro de Dia.” (EA3)

“...e depois temos outros que já necessitariam de acolhimento em Lar e que efectivamente na freguesia não existe este tipo de resposta pois, o que implica as pessoas terem de sair daquele meio onde viveram, onde está a sua família, onde estão os amigos e que de alguma forma depois isto leva a situações de solidão que, pronto, os idosos sentem-se desenraizados digamos assim, do seu espaço.” (EA4)

“Portanto, o envelhecimento dependente, digamos assim, está-se a sentir cada vez mais tarde e aquilo que nós estamos a notar é que depois há aqui um vazio para quando as pessoas se aposentam não é, até à necessidade de estarem acolhidas digamos assim, numa instituição e portanto, encontra-se aqui um fosso muito grande em termos das respostas sociais que existem.” (EA4)

“...os Lares que têm acordo com a Segurança Social são poucos e têm poucas, poucos lugares para a procura.” (EA5)

“Ou seja, eu tenho utentes que estão em casa que não têm condições para estar em casa porque ou estão sozinhos ou estão, ou estão, ou precisam de, ou não estando sozinhos precisam de vigilância permanente e de cuidados permanentes e não têm a menor condição de estar em casa mas continuam em casa porque não têm capacidade, não têm vaga, que é mesmo assim, nestas duas respostas.” (EIS10)

“O nosso diagnóstico vem-nos dizer que a nível da rede social que existem muitos serviços disponíveis para os idosos mas não estamos a conseguir dar resposta.” (EIS11)

“...também existem aquelas pessoas que são acamadas e temos algumas acamadas, que eram para estarem em Unidades de Cuidados Continuados ou era para estarem em Unidades, em Lares e não estão porque não têm para onde ir, porque está tudo cheio e não têm dinheiro para poderem pagar Lares privados.” (EIS14)

“Não, não são suficientes porque ainda há muitos idosos que têm que procurar, principalmente aí na valência de Lar, que têm que procurar apoio fora do concelho, portanto têm que ir para outros Lares, fora do concelho portanto, por isso não é, não são os recursos, não são adequados portanto, às necessidades. Necessitávamos de ter mais, principalmente a valência de Lar, não é?” (ES15)

“A adequação é reduzida não é, temos muito mais necessidade, principalmente ao nível do apoio domiciliário e do apoio domiciliário que abranja os dias todos da semana, por exemplo, aqui na vila não é?” (ES18)

“Portanto estamos aquém das reais necessidades, quer a saúde quer as áreas, quer a área social, começando pela Câmara. Ahhh, estamos muito aquém das necessidades dos nossos idosos, porque no fundo o grosso da nossa população são idosos muitos, muitos dos nossos utentes são idosos e alguns nem os conhecemos ... porque às vezes quem mais precisa é quem menos se evidencia.” (ES18)

“...os recursos disponíveis ahhh a nível de apoio domiciliário ahhh são escassos portanto não conseguem cobrir todas as necessidades das pessoas que necessitam deles.” (ES21)

“Eu penso que sim, é assim talvez, ahhh, houvesse necessidade, como é que eu hei-de explicar, agora com a história das Unidades de Cuidados Continuados, em rede, torna-se mais difícil que às vezes temos aí certas situações, não só sociais, mesmo até a nível de saúde que necessitavam de um internamento mais urgente e que têm que ficar à espera e depois às vezes há essas situações, mais complicadas...” (ES22)

“Olhe, eu acho que neste momento, eles vão colmatando a maioria das necessidades o que eu acho é que deveria existir mais, ahhh, um reforço do apoio domiciliário.” (ES23)

Uma das formas que os entrevistados referem como evidente da necessidade de lar e da inadequação das respostas às necessidades da população, são as enormes listas de espera. Consideram ainda que algumas vezes os utentes recorrem aos Centros de Dia, apesar de não ser a melhor opção para a resolução dos seus problemas. No entanto, é uma forma de facilitar a sua entrada no lar, colmatando as demoras causadas pela grande procura destes equipamentos:

“...aqueles que estão em Centro de Dia é como se fosse uma antecâmara, é quase como se estivessem a marcar vez para que, hoje não precisam de Lar mas, amanhã, quando precisarem, já têm, ou já estão à frente, já estão melhores colocados para poder ter acesso ao Lar.” (EA1)

“Quer dizer, falámos com o Provedor e ele diz “tenho não sei quanta gente em lista de espera”. Isto é verdade para todos. Portanto, a oferta que existe, sendo boa, eu na minha opinião acho que é uma boa oferta, mas não é e se calhar nunca será, uma oferta suficiente em relação à procura que estas entidades sentem.” (EA1)

“Neste momento temos dois Lares de idosos, com listas de espera consideráveis... se conhecêssemos um bocadinho melhor a dimensão destas listas de espera, poderíamos saber o grau de adequação ou não mas, o facto de existirem listas de espera já nos indicam que não são suficientes...” (EA5)

“...se falar em termos de instituições, existem listas de espera para a valência de Lar... De facto em termos de camas, da valência de Lar, existe de facto alguma lista de espera. Ahhh, não tenho a noção de que seja muito longa mas, sei que existe.” (EA7)

“A maioria das pessoas que temos no Apoio Domiciliário, talvez na ordem dos 80%, e mesmo no Centro de Dia, só estão porque não temos vaga para o Lar. Porque nós, à volta de, temos, números redondos, 130 pessoas em lista de espera para o Lar...” (EIS8)

“Há uma lista de espera muito grande, os que não podem pagar os 650 euros, o resto dos acordos estão preenchidos, coitadinhos não podem entrar. Só entram os que podem pagar, os que mais precisam não entram. Porque depois, os que já cá estão a pagar mais é que entram nos acordos. Porque, coitadinhos, há aí gente a fazer sacrifícios enormes, para pagar as despesas.” (EIS8)

“...porque o Centro de Dia não resolve o problema da família nem dos utentes, nem dos idosos, porque o Centro de Dia, eles de dia estão no Lar mas á noite vão para casa e muitos vão para casa sem familiares.” (EIS9)

“Há pessoas que se calhar estão à espera 6 anos por uma vaga, em média, no nosso concelho, pelo público.” (EIS11)

“E também não são suficientes porque a procura é muitíssima. Cada vez a população é uma população envelhecida e cada vez há mais procura e as listas são enormes. Portanto existem muito poucos, poucas respostas.” (EIS12)

Os critérios de admissão nos lares também foram questionados por um entrevistado autarca e outro da área da acção social:

“Tem lista de espera (lar) e depois, pronto, eu percebo não é fácil ficar colocado como uma, um critério que seja o critério, primeiro os do concelho portanto, as necessidades ocorrem portanto, e mesmo julgo que para ter os apoios da Segurança Social nunca se poderia introduzir um critério desse tipo portanto, a resposta tem que ser para a região e para os concelhos mais próximos, ahhh, o que nos leva a precisarmos, neste momento, de trinta, mais trinta, quarenta quartos e temos um projecto que vamos avançar com ele,

portanto, independentemente as coisas têm mudado em termos de apoios financeiros.” (EA6)

“Insuficientes porquê? Tanto do ponto de vista da estrutura física, não é, porque pronto, por causa daquela questão do envelhecimento da população e etc. que nós já sabemos de cor e salteado. E também quanto a mim pela forma, isto também tem a ver, com a forma pouco ajustada que tradicionalmente se faz na admissão dos utentes em lar.” (EIS10)

A necessidade de um centro de noite só foi equacionada por um autarca:

“Alguns deles gostariam de estar em Centro de Dia durante o dia e depois temos as novas situações que é a questão daqueles idosos que pernoitam sozinhos e que existe alguma preocupação. E, portanto já fazia também algum sentido existirem alguns Centros de Noite para este tipo de necessidades...” (EA4)

Outras áreas carenciadas, na opinião dos entrevistados têm a ver com a necessidade de ajuda na gestão do dia-a-dia e na dinamização dos tempos livres:

“É muito fácil eles (idosos) trocarem a medicação e aí temos falhas porque precisávamos de mais Centros de Dia, mais apoios domiciliários, pelos, pelos, pelos lugares do concelho para que houvesse agentes que entrassem em casa destes utentes e que os ajudassem a organizar a sua vida.” (ES18)

“Isso é que nós precisávamos aqui, era que tivéssemos um trabalho de apoio domiciliário mais a área social porque muitos deles não precisam que ninguém os lave mas, precisam de outras coisas. São pessoas dependentes ao nível da gestão do dinheiro, da saída de casa para ir, realizar as compras, do pagamento das dívidas de rotina, do telefone, da água, da luz e portanto era preciso alguém que os ajudasse a fazerem esse trabalho e eles acabam por depender uns dos outros, devido à rede social que se cria entre vizinhos.” (ES18)

“...nas instituições de apoio ao idoso estou a falar das questões dos Centros de dia e Lar, se as respostas são adequadas aí eu arriscaria, eu arriscar-me-ia a dizer que faltam a questão da dinamização dos tempos livres, dos tempos mortos que eles têm, não é, faltam garantidamente um animador sócio cultural em cada uma delas ou pelo menos que circulem por elas para dinamizar os idosos.” (ES23)

A questão da acessibilidade aos recursos também se levanta, eventualmente pela dispersão geográfica, característica do Alentejo:

“Porque existem regulamentos internos de instituições, porque existe falta de verbas e ninguém avançou para o terreno, pronto... temos muitas zonas onde não chegamos e se calhar são os mais necessitados porque vivem em montes isolados e não existe neste momento cobertura das instituições.” (EIS11)

“Quer dizer, se morar nos (...) que é a seis quilómetros aqui da sede, se morar nas (...) que é outros três quilómetros, ou se morar na estrada da (...), ou na estrada do (...), ou mesmo no próprio (...) não temos qualquer forma de fazer o Apoio Domiciliário da área social a esses utentes. Nada, não temos nada para eles.” (ES18)

Outros entrevistados, em número muito inferior, por sua vez, consideram que a oferta responde às necessidades, sobretudo os autarcas, quando fazem a comparação com outros concelhos:

“No entanto, enfim, para a população que temos e quando comparadas com outras populações de outros concelhos vizinhos e não só, nós sabemos que o índice de cobertura que temos é um índice muito razoável.” (EA1)

“... digamos que a cobertura em relação a outros concelhos não me parece que esteja assim numa situação tão crítica, tão crítica.” (EA3)

“Temos uma cobertura relativamente razoável comparativamente a outros concelhos uma vez que temos instituições a intervir na área da terceira idade em todas as freguesias do concelho, o que é bastante positivo, muito embora ainda não consigam dar resposta às necessidades das populações das respectivas freguesias mas, penso que de alguma forma temos uma grande preocupação na área da terceira idade e portanto existem já algumas instituições a intervir bem neste sector social.” (EA4)

“Quanto à adequação dos recursos, eu neste momento, do balanço que fazemos, eu penso que estamos num patamar muito, muito interessante de resposta às necessidades das pessoas e penso, na verdade em termos de grandes equipamentos, ou de edificações, chamemos-lhe assim...” (EA6)

“Dizer que há uma grande falta, nota-se que existe mas, eu acho que mesmo assim com a história do Apoio Domiciliário estar bem implementado no concelho que a coisa tem, não tem o impacto que a gente vê noutros lados.” (EA7)

De todo o modo, consideraram essencialmente que a adequação da resposta está mais relacionada com o apoio prestado pelos Centros de Dia e o Apoio Domiciliário:

“O Centro de Dia de (...) está a funcionar, está a dar resposta às necessidades de (...) eu acho que até tem, acho não, tenho a certeza, até tem mais capacidade de responder, na minha opinião, do que as solicitações que está a sentir porque, uma boa parte das pessoas de (...) não está a procurar o Centro de Dia, mas sim Lar.” (EA1)

“Como eu já disse portanto, em relação ao Apoio Domiciliário vamos dando resposta...em termos de lista de espera, em relação a por exemplo a Apoio Domiciliário não temos muitos, ...” (EA3)

“A valência de Centro de Dia não, as respostas que há são suficientes.” (EA7)

“...não temos uma, em lista de espera para o Centro de Dia e não temos nenhum em lista de espera para domicílio. Todos Lar. Como por exemplo nós temos um Centro de Dia em (...) com capacidade para 25 utentes, estão lá 10.” (EIS8)

Um dos entrevistados ainda apontou a importância da comunicação entre as instituições como facilitadora do bom funcionamento das mesmas, neste caso concreto relativamente às actividades de cariz lúdico:

“Mas, eu até acho que (...) é um concelho que as coisas funcionam dentro, dentro das condições que temos até funcionam muito bem porque há uma, uma boa articulação entre serviços e há, e as coisas conseguem-se fazer, ahhh, até com alguma celeridade, não é? Porque existe uma boa relação entre as instituições, etc., pronto.” (EIS10)

“...aí (parte lúdica) eu também penso que o concelho de (...) está, ahhh, a minha avaliação é satisfatória porque se consegue tanto quanto possível, ahhh, organizar algumas actividades. As instituições aí também, também comunicam muito bem.” (EIS10)

Resumindo: A oferta disponível em equipamentos de apoio aos idosos e famílias no concelho, segundo a percepção destes entrevistados, está essencialmente dirigida para a acção social. Destaca-se a visibilidade das Misericórdias no apoio social aos idosos e famílias. Estas respostas encontram-se essencialmente ao nível dos lares, centros de dia e apoio domiciliário, onde são prestados, principalmente cuidados de higiene pessoal e à habitação, alimentação e tratamento de roupa.

Também foi focada a importância das parcerias como forma de dar uma resposta mais ampla dentro das comunidades, essencialmente no que se relaciona com a articulação saúde/acção social, nomeadamente Cuidados Continuados Integrados e Apoio Domiciliário Integrado e também do papel das autarquias.

Por sua vez, também a vertente lúdica teve algum peso, apesar de menor. Já relativamente aos apoios de saúde só houve uma referência, feita por um profissional de saúde.

Quando se colocou a questão da adequação da oferta às necessidades do concelho, maioritariamente consideram ser inadequada, relativamente a centro de dia, apoio domiciliário mas, sobretudo a componente de lar, enfatizando a problemática das listas de espera para admissão em lar.

Essencialmente os que consideram que responde às necessidades são os autarcas, referindo-se principalmente aos centros de dia e apoio domiciliário. Ou seja, seriam necessários todo o tipo de equipamentos mas, apesar de tudo, os que ainda vão dando resposta são os centros de dia e o apoio domiciliário.

5.2.2 - Apoios aos Idosos e Famílias Concedidos pelas Instituições

Conhecida que era a percepção dos representantes das entidades formais acerca da oferta disponível no concelho, para apoio aos idosos e famílias e a adequação da oferta às necessidades, era preciso identificar os apoios que cada uma das instituições que representam, em particular, presta neste âmbito. Dessa análise sobressaíram três categorias, respectivamente: recursos disponíveis, procura de recursos e limitações dos recursos, tal como se pode confirmar pelo quadro seguinte:

Quadro 59
Apoios da instituição a idosos e famílias

Área Temática	Categorias	Sub-Categorias	Nº Entrevistados que responderam (por área de intervenção)
Apoio a idosos/ famílias pela INSTITUIÇÃO	<u>Recursos disponíveis</u>	- Apoio directo a idosos e famílias - Protocolos institucionais - Animação e Lazer	5EA; 7EIS; 9ES 7EA; 3EIS; 7ES 4EA; 3EIS; 1ES
	<u>Procura de recursos</u>	- Próprio Idoso - Família - Recursos mais solicitados	2EA; 6EIS; 7ES 2EA; 3EIS; 4ES 2EA; 6EIS; 8ES
	<u>Limitações dos recursos</u>	- Recursos Monetários - Recursos Humanos - Recursos Físicos e Materiais - Recursos suficientes/insuficientes	3EA; 1EIS 2EA; 3EIS; 5ES 1EA; 3EIS; 1ES 3EA; 4EIS; 1ES / 4EA; 5EIS; 9ES

Fonte: Gemitto (2009)

Recursos disponíveis

As instituições em questão, nomeadamente, autarquias, instituições sociais e de saúde, podem prestar apoio directo a idosos e famílias de forma autónoma (sem celebração de protocolos com outras instituições), efectuem ainda protocolos de colaboração com outras instituições e desenvolvem actividades de animação e lazer. Relativamente ao apoio directo a idosos e famílias, foi reconhecido em todas as instituições sociais. Este apoio é prestado ao nível das valências de lar, centro de dia e apoio domiciliário. Relativamente ao apoio domiciliário os serviços prestados consistem essencialmente na higiene pessoal e da habitação, alimentação e tratamento de roupa:

“Nós temos internamento, temos portanto Lar para idosos...temos Apoio Domiciliário, que damos o Apoio Domiciliário e temos o Centro de Dia que funciona aqui nos mesmos edifícios na mesma maneira.” (EIS8)

“Aqui nesta instituição nós desenvolvemos as valências de Lar, Centro de Dia e Apoio Domiciliário.” (EIS9)

“Neste momento devemos ter, acho que temos 28, 28 casos de Apoio Domiciliário, entre alimentação, entre alimentação, higiene pessoal e tratamento de roupa e higiene da habitação.” (EIS9)

“Todos têm direito, higiene, higiene diária, banho, ajuda nas pequenas, cortar as unhas, o apoio no cabeleireiro. Há esse tipo de serviço que a Misericórdia presta. Depois há o serviço da alimentação, da roupa há o serviço da roupa...” (EIS11)

“Temos a valência de Centro de Dia, Lar de idosos, Apoio Domiciliário...” (EIS12)

“O Apoio Domiciliário, consiste na higiene pessoal, higiene da habitação, entrega diária das duas principais refeições e a lavandaria.” (EIS13)

“Isto, no que diz respeito ao Centro de Dia, no caso do Apoio Domiciliário, também temos o Apoio Domiciliário...” (EIS14)

Em duas instituições ainda foram mencionados os cuidados de saúde:

“...nós temos alimentação, confecção e distribuição de alimentação, tratamentos de roupa, ahhh, higiene corporal e habitacional, ahhh, acompanhamento médico, temos acompanhamento ao exterior, fazer umas comprinhas, pronto. O núcleo duro do Apoio Domiciliário serão, será a alimentação, as higiènes habitacional e corporal e pessoal e o tratamento de roupa.” (EIS10)

“Depois temos os serviços médicos, temos a nossa enfermeira no Lar, temos o nosso médico que faz as visitas médicas aos utentes, é um tipo de serviço do Lar, isso é obrigatório...(EIS11)

As mesmas duas instituições dispõem de outro tipo de actividades mais diversificadas, além das já mencionadas. Constatou-se a prestação de ajuda económica, nomeadamente ao nível do apoio na medicação e até mesmo em roupa e alimentação aos idosos carenciados e acompanhamento ao exterior para compras, pagamentos e outras actividades do quotidiano dos idosos:

“Neste caso, nós temos, temos acompanhamento médico, temos acompanhamento ao exterior, pagamento de, de contas, ahhh, ir às compras com os utentes, preencher papéis, pronto, tudo aquilo... mas isso surgiu, ahhh, da, da, da, da necessidade que nós nos fomos apercebendo que os utentes teriam não é, porque inicialmente não haviam estes serviços todos.” (EIS10)

“...e depois temos outro serviço que tem mais a ver com a parte económica que é a valência “família e comunidade” em que geralmente são idosos que tem dificuldades económicas e podem pedir apoio por exemplo em medicação.” (EIS11)

“Na parte do apoio ao idoso em situação de pobreza procuramos também, em certa medida, dar quando a família não consegue dar, ou apoio em roupa, ou apoio em medicação. Nós temos uma farmácia ... em alimentação também. Nós conseguimos, para situações do idoso em pobreza, conseguimos dar algum tipo de apoio mensal para o idoso ter um alívio face à situação.” (EIAS11)

Uma das instituições anteriormente mencionadas tem também disponível o serviço de teleassistência:

“...também temos o serviço de teleassistência, ou seja, a Misericórdia aderiu há 2 anos a um projecto piloto que é de teleassistência, ou seja, a pessoa está em casa, tem um aparelho 24 horas, está ligada a uma central com o número de telefone dos filhos ou pessoas próximas, em caso de queda, solidão, a pessoa toca naquele botão, esse botão, não é necessário usar o auscultador, é só carregar naquele botão. Na casa dela poderá ser socorrida, para conversar, etc. ... temos sempre 12 pessoas a beneficiar deste serviço... É um serviço gratuito, neste momento pela Misericórdia.” (EIS11)

No que concerne às instituições de saúde, também todos os entrevistados referiram que prestam apoio directo aos idosos e famílias. No entanto, alguns clarificaram que não têm propriamente programas destinados exclusivamente a idosos, mas dos quais eles efectivamente são os maiores utilizadores, nomeadamente idosos diabéticos, hipertensos e com necessidade de vigilância da coagulação:

“...no programa de saúde dos idosos portanto que é um programa que é transversal portanto, nesse programa, temos os idosos diabéticos, os idosos hipertensos, ahhh, temos os idosos dos cuidados continuados, não é, ahhh, temos os idosos no domicílio, a quem fazemos apoio domiciliário, ahhh, isto são as actividades que mais ou menos são desenvolvidas para apoio dos idosos...” (ES15)

“...por exemplo ao nível das consultas de hipo coagulado, a consulta de enfermagem de hipo coagulado, os utentes que fazem hipo coagulação são essencialmente idosos, não é, que já tiveram patologia cardiovascular que obriga a hipo coagulação portanto, muitos dos nossos utentes, muitos dos nossos programas, são vocacionados para eles.” (ES18)

“Muito do nosso tempo, em termos de áreas de trabalho e actividades é com os idosos, aqui dentro.” (ES18)

“...presentemente não há nada para eles (idosos) pronto, há as consultas do adulto, do idoso, naturalmente.” (ES19)

“... o Centro de Saúde tem dentro da sua organização, que estamos organizados em equipas de saúde, e todos os médicos têm trabalho na área dos hipertensos e dos diabéticos que não são todos idosos mas, muitos são idosos e aí fazemos consultas, as consultas de vigilância nestes grupos de risco ahhh, e que a maioria são idosos.” (ES20)

“É assim, direccionado para idosos, neste momento não temos. Temos a consulta de diabetes em que os maiores, a maior percentagem de utilizadores são os idosos...” (ES22)

O apoio domiciliário, foi também referido com alguma relevância, por estes profissionais de saúde:

“...depois temos o Apoio Domiciliário que é destinado a todas as pessoas da comunidade mas, que a grande, grande parte das pessoas que recebem esse apoio são efectivamente idosos.” (ES16)

“Saúde propriamente dito com um programa de apoio aos idosos neste momento, o único serviço que temos é o apoio domiciliário.” (ES17)

“...asseguramos todos os cuidados em domicílio aos idosos dependentes, não é? Dependentes ou isolados, asseguramos os cuidados no domicílio, asseguramos os cuidados nessas extensões, para o caso de eles poderem, terem forma de se deslocar às extensões.” (ES18)

“...e praticamente neste momento é isso tirando depois todo o processo de pessoas doentes portanto, em que nós através da unidade de uma unidade domiciliária vamos prestando cuidados a essas pessoas.” (ES21)

“...depois temos os nossos domicílios que não é, são apenas tratamentos, pensos e medicamentos injectáveis, no domicílio.” (ES22)

Outro tipo de actividades desenvolvidas para a população em geral e das quais os idosos também podem usufruir cabem no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença, por forma a incentivar a adopção de estilos de vida saudáveis, por exemplo as sessões de educação para a saúde e a vacinação:

“Um programa para idosos propriamente não. Temos algumas actividades ahhh, que se vão fazendo, não sistematicamente mas, temos muitas sessões de educação para a saúde na área, sei lá, prevenção de acidentes, na área do exercício.” (ES16)

“Esse trabalho é feito por agenda e os idosos estão de certa forma educados, entre aspas, a respeitarem essa agenda e é feito educação para a saúde, são sempre sessões em grupo, principalmente quando temos estagiários de enfermagem, para este tipo de utentes, em que exploram muito a questão do exercício físico, da alimentação saudável, portanto, no fundo um estilo de vida, para as pessoas, de vida saudável...” (ES18)

“...depois também em relação aos idosos é a questão da vacinação contra a gripe pronto, nesta altura do ano o grosso dos utentes que vem fazer vacinação contra a gripe, da gripe sazonal, são obviamente idosos que têm também o seu horário de atendimento...” (ES18)

“...a nível de nutrição, também vamos tendo actividades do Centro de Saúde direccionadas para idosos...” (ES21)

O apoio do fisioterapeuta só se encontrou em dois centros de saúde e da psicóloga apenas num, apesar da menção à sua grande importância, nomeadamente ao nível da mobilidade e no apoio no luto, respectivamente:

“...temos uma fisioterapeuta do Centro de Saúde que ela também faz trabalho específico com idosos de prevenção de quedas. Para além do trabalho dela de fisioterapia que nós lhe enviamos por qualquer motivo o doente seja de que idade for, em relação aos idosos tem mesmo um programa de prevenção de quedas...” (ES20)

“...relacionadas com idosos vamos tendo a nível de mobilidade portanto nós neste momento temos uma fisioterapeuta que vai cooperando com os nossos colegas da, a nível domiciliário, em recuperação, ahhh mas que também já fazemos aquele outro processo de, de prevenção, promoção de saúde, em que se vão fazendo actividades e grupos de pessoas para caminharem, fazerem exercício físico, etc.” (ES21)

“Temos o apoio da psicóloga em exclusivo, tem sido uma mais valia, ahhh, nomeadamente a nível, no luto, do apoio no luto porque as nossas famílias são muitas vezes umas famílias nucleares, de dois velhotes que os filhos foram trabalhar para fora e que só vêm cá nas férias ou aos fins de semana e logo o apoio da psicóloga tem sido muito importante nestas questões e nas questões dos paliativos.” (ES23)

O apoio aos cuidadores informais foi identificado em dois centros de saúde, valorizando a importância que essa proximidade representa para a rede informal de suporte em geral, na resolução de problemas:

“O Centro de Saúde também faz algum trabalho nesse sentido, ahhh, mas em geral são pessoas que, que às vezes não necessitam só propriamente do cuidado mas precisam de um pouco de ajuda porque, porque precisam de ser, precisam que lhes ensinemos, às vezes às próprias famílias a prestar esse apoio e às vezes, até quando não sabem resolver determinadas questões e que a gente os encaminha, também.” (ES16)

“...é um trabalho que se estende aos membros da família portanto, acabamos de alguma forma, trabalhar a família toda e às vezes mais do que isso, as vizinhas, a rede informal de suporte.” (ES23)

Relativamente às autarquias, apenas dois autarcas não fizeram menção a este tipo de apoio. Os que o fizeram salientaram os apoios sociais, nomeadamente o cartão social do idoso ou do município que lhes pode facultar descontos nos medicamentos, consultas, exames médicos, tratamentos, ajudas técnicas e tarifas de consumo de água e no acesso a determinados equipamentos:

“Voltando atrás, ainda um bocadinho às respostas portanto, a Câmara não tem efectivamente assim nenhum programa específico para a população idosa, tem é o cartão social do município portanto que é dirigido a todos os municípios, incluindo os idosos não é?” (EA3)

“Por exemplo, temos um programa que é o cartão social do município idoso em que presta apoio aos idosos no sector da saúde e nas despesas com o consumo de água, portanto a câmara isenta o pagamento em 50% da despesa da água e participamos em 50% uma factura de saúde por mês. Isto tem um impacto financeiro para a Câmara, à volta dos 180 000 euros/ano. Portanto, e neste momento, temos 1839 beneficiários do cartão.” (EA4)

“Pode ser medicamentos, consultas, exames, tratamentos, os idosos optam por aquilo que querem que a Câmara participe ...é uma factura independentemente, pode ser uma

cirurgia, pode ser uma consulta de especialidade, pode ser um tratamento, pode ser uma cadeira de rodas, portanto qualquer tipo de apoio nesta área a Câmara comparticipa em 50% desde que portanto, cumpram lá todos os requisitos e toda a documentação que nós solicitamos mas, efectivamente temos sentido que é uma resposta com um impacto muito positivo para este público alvo, porque eles têm despesas avultadíssimas no sector da saúde portanto, isso sem dúvida...” (EA4)

“... temos o cabaz de Natal, também dirigido aos reformados mas, aqui o critério rendimento é analisado, ou seja, só são abrangidos reformados. Cada ano é estabelecido um plafon...portanto, é feito o cálculo, as pessoas apresentam o rendimento e é por capitação.” (EA5)

“... temos uma redução também nas tarifas de água e redução também nas entradas nas Piscinas Municipais durante o Verão, portanto, quem tem mais de 65 anos paga um preço diferente dos restantes munícipes. Ao nível da redução das tarifas, essa redução faz-se quer ao nível do contador, quer ao nível do pagamento da tarifa de resíduos e água...” (EA5)

“...um instrumento também que criámos foi o cartão do idoso portanto, numa perspectiva de apoiarmos também de alguma forma os idosos porque a gente o diagnóstico que fazemos no concelho a grande parte, 90%, 80% dos nossos reformados, são reformados da pensão mínima portanto, têm poucos recursos e que vivem com dificuldades acrescidas e pensámos que dentro do âmbito das nossas competências ou ultrapassando-as um pouco, podíamos dar um pouco mais, mais de ajuda e o cartão de idoso tem portanto, o que para além de algumas coisas de menor dimensão, as duas mais visíveis, as que dão mais visibilidade portanto uma é 50% nas taxas que têm que pagar aqui na autarquia, quer dizer que a água, o lixo, é pago metade do valor que tiverem que pagar e, e um apoio nos medicamentos, suplementar àquele que eles já têm, portanto da parte que lhe fica reservado a eles pagar portanto, nós damos-lhe uma parte...” (EA6)

Três instituições apoiam também com pequenas obras em casa e nas pinturas da mesma:

“...o apoio aos idosos nas limpezas e nas caiaças. Nós temos em média 50 casas pintadas por ano. Se contabilizarmos, nós por média, fazemos 5, 6 dias. No verão, é nessa altura que se pinta, não é?” (EA2)

“...sempre que surjam situações desta natureza por exemplo, melhorias habitacionais... Sempre que haja necessidade por exemplo, de um idoso que necessite de uma casa de banho adaptada ou do telhado arranjado portanto a Câmara tem também feito... tem estado sempre disponível e também portanto, apoiado a este nível” (EA3)

“...lançámos nos primeiros anos aqui da minha passagem aqui na Câmara, um projecto de luta contra a pobreza portanto, que tinha uma expressão também muito, era muito virado para idosos nomeadamente, no apoio a algumas pequenas obras em casas portanto, tivemos sempre uma certa atenção.” (EA6)

Os protocolos institucionais aparecem em segundo lugar, como oferta por parte das instituições, no âmbito do apoio aos idosos e famílias. Verificamos que desta vez todas as autarquias representadas fazem uso deles, pois todos os autarcas os mencionaram. A maioria optou por apoiar as instituições da comunidade que estão mais vocacionadas para o apoio aos idosos. Esse apoio pode acontecer ao nível da cedência de terrenos, equipamentos ou até mesmo financeiro:

“Assumirmos um papel mais interventivo de executar qualquer coisa ou vamos procurar potenciar as estruturas e as entidades que já existem no terreno e vamos em colaboração com essas entidades tentar criar condições para que elas próprias desenvolvam algum trabalho.” (EA1)

“Para além dessas instituições formais, nós colaboramos, há muitos anos que o fazemos, com a Associação de Reformados de (...), com a Associação de Reformados de (...), que aqui há uns anos era uma pequena instituição incipiente sem grandes meios de intervenção e que hoje tem vindo a construir um património próprio também, fruto dessa colaboração com a Câmara.” (EA1)

“A Associação de Reformados de (...) não tem uma sede própria, não tem uma estrutura própria e, é claramente aquilo que lhe está a fazer falta neste momento. Eles já têm um terreno que a Câmara lhe vendeu por 1 euro, têm um projecto que nós também ajudámos a fazer e estamos, discutimos há uma semana e meia, duas semanas atrás o arranque das obras.” (EA1)

“Essas excursões são feitas com base na cedência do autocarro da Câmara em que, enfim, está acordado com eles o número de deslocações que anualmente eles podem fazer. Eles decidem onde, mandam o pedido, concertamos os meses... E, são feitas muitas.” (EA1)

“...o que nós temos vocacionado para a terceira idade, portanto a Câmara tem de facto tido aqui um papel determinante na construção, na facilitação da construção dos equipamentos, portanto, quer ao nível da cedência de terrenos, quer ao nível depois da própria, de financiamento para a sua construção.” (EA3)

“Também comparticipa portanto, no plano de actividades destes equipamentos portanto, com apoio financeiro anual. Vai portanto, vai também ao longo do ano portanto, sempre que necessário e que, que, que surjam alguns, que surgem vários pedidos não é, para pagar isto, para pagar aquilo.” (EA3)

“Também em alguns, em alguns locais, portanto, para além disto designadamente portanto, os idosos que frequentam o Centro de Dia de (...) e que são oriundos de diferentes freguesias a Câmara faz o transporte desses idosos, portanto, também.” (EA3)

“Depois temos os subsídios à actividade, aos agentes sociais, da área da terceira idade, porque a Câmara por norma, não tem respostas muito directas ao utente, portanto, ao município directamente. Portanto, nós trabalhamos muito mais na lógica institucional, no sentido de prestar apoio às instituições que prestam apoio aos idosos...” (EA4)

“Depois temos também o subsídio à actividade que é mesmo monetário em que a Câmara anualmente apoia portanto, as Associações ou as instituições que apresentam o seu plano de actividades e o orçamento e a Câmara depois financia todo aquele bolo de actividades.” (EA4)

“...há também ao nível da disponibilização de terrenos para construção dos equipamentos, elaboração dos projectos, auxílio na elaboração de candidaturas a fundos nacionais ou comunitários. Portanto, trabalhamos um bocadinho na retaguarda destas instituições.” (EA4)

“Vai desde a disponibilização de transportes, apoios logísticos pontuais que nos peçam, desde um palco, som, impressões de cartazes de iniciativas que façam, de folhetos divulgativos.” (EA4)

“Por outro lado, também tem sido prática da Câmara também apoiar no financiamento e construção de equipamentos e esse apoio pode ir até aos vinte por cento do valor total da obra, quer na construção de Lar, quer na construção de outros equipamentos portanto, penso que isso também tem sido uma ajuda considerável para que algumas instituições consigam construir determinados equipamentos.” (EA5)

“...as coisas aqui andaram se calhar um pouco à frente, se calhar isto não é normal ser a autarquia a fazer, ahhh, portanto, é normal a autarquia dar o subsídio, dar o apoio mas não, nós aqui fizemos, fizemos e entregámos equipadas portanto, todos estes Centros Comunitários foram entregues com a construção completa, com os equipamentos necessários para funcionamento, apetrechados, as cozinhas apetrechadas com, com respostas, portanto na própria, ahhh, na própria instituição...” (EA6)

“A Junta de Freguesia de (...) tem algumas actividades no apoio às instituições que prestam apoio porque nós não temos equipamentos e a forma de os apoiar é apoiando as instituições que têm essas valências e isso acontece por várias, de várias formas, ou por apoio nomeadamente na cedência de materiais ou viatura quando é preciso fazer alguns

transporte, na cedência de apoios financeiros de algum projecto, ou não, inclusivamente, na parceria com o agrupamento (...) o tal, a tal associação de desenvolvimento local na divulgação e no esclarecimento das populações em relação ao banco de ajudas técnicas e acaba por ser muito mais um apoio às instituições que prestam apoio do que de uma forma directa." (EA7)

"E depois há ainda outra forma de apoio que é na cedência das instalações para fazer acções de formação para as famílias e para os prestadores de cuidados informais. Também já aconteceu algumas vezes e que tentamos promover porque é uma forma também de as pessoas perceberem que a Junta de Freguesia está ao lado destas necessidades e que percebe as necessidades das populações." (EA7)

As colaborações e articulação das autarquias com a saúde manifestam-se na prestação de cuidados a doentes acamados, na cedência de ajudas técnicas e com sessões de esclarecimento, privilegiando também a vertente educativa:

"Nós o que fazemos, hoje em dia, apoiamos os idosos acamados... com higiene... estamos a apoiar os idosos acamados... Actualmente temos 7 acamados." (EA2)

"Temos um protocolozinho com o Centro de Saúde, que já vem de algum tempo. Nós tentámos melhorar este protocolo mas ... Temos uma enfermeira, a Luísa, a apoiar a Junta não, mas, as pessoas que a Junta tem disponíveis para apoiar os idosos." (EA2)

"...uma viatura que ahhh, o nome correcto, como é que se chama aquele serviço, está-me a falhar, mas é uma viatura móvel, unidade móvel de atendimento ahhh, que vai às freguesias prestar diversos tipos de serviços portanto, na área da saúde, na área da Segurança Social, do emprego, de informação, ahhh, e que tem sempre ou pelo menos predominantemente, ohhh, ahhh, é virada portanto, essa acção, sobretudo para a população mais idosa portanto, porque é na verdade a que precisa de mais informação, é aquela que está mais longe, que se desloca menos aqui à sede de concelho." (EA6)

"Estou-me a lembrar das campanhas da prevenção dos fogos florestais, portanto esta, esta viatura vai e fala com todos, explica-lhe como é que podemos proceder. Ahhh, outras acções, despiste de doenças, ahhh, portanto, tudo aquilo que é virado para essa população mais idosa portanto, nós temos de uma forma mais ou menos periódica, uma passagem pelas freguesias, com os técnicos adequados a cada uma das intervenções, que pensamos fazer que passa por pelas freguesias." (EA6)

"Depois, aí temos um trabalho de parceria inclusive a Junta de Freguesia também é parceira é onde está sediado o banco de ajudas técnicas. Esse, acaba por complementar um bocadinho o trabalho dos outros todos porque sempre que são necessárias ajudas técnicas eles acabam por ahhh, eles, a título de empréstimo, sem nenhuma prestação de pagamento, ahhh, baseado propriamente na aplicação de alguns critérios e que dispõem desses equipamentos. São vários os equipamentos que têm. Não são só as cadeiras de rodas, as canadianas, têm as camas articuladas, os cadeirões, as rampas. Têm uma série de material que de facto tem dado um grande apoio." (EA7)

Os protocolos de colaboração definidos entre a saúde e outras instituições também têm um peso considerável. Foi referenciada a articulação com as autarquias na realização de algumas actividades conjuntas, por vezes em eventos comemorativos, ou no fornecimento de meios que facilitam uma maior proximidade da saúde com a população:

"Nós temos na comemoração do Dia Mundial do Idoso, temos ahhh, habitualmente, fazemos parceria com a Câmara, temos as Juntas de Freguesia que muitas vezes nos pedem." (ES17)

"Temos a parceria da Unidade Móvel de Saúde, nos bairros mais periféricos, "a saúde mais perto de si" mas, neste caso, tendo em vista as pessoas mais idosas, no Bairro dos

(...), em (...) portanto, isso está programado, digamos que é um gabinete médico móvel não é, com o objectivo de dar apoio a alguns grupos populacionais ahhh, mais velha, mais idosa e aí entramos em parceria com as Juntas de Freguesias para estacionamento da unidade, usufruto da electricidade, do espaço físico." (ES17)

"Ahhh, outras, que nós poderemos, ahhh, os rastreios que fazemos também têm em vista ... a pessoa mais idosa, mais velha, , o idoso, o Mexa-se, também com a Câmara Municipal também participamos." (ES17)

"O Centro de Saúde tem um projecto que neste momento já deixou de ser projecto, teve um projecto que era o Banco de Ajudas Técnicas portanto, em que em determinada altura nós conseguimos uma verba a nível de associações de desenvolvimento e nível da Câmara que nos fez com que nós arrancássemos com o Banco de Ajudas Técnicas e que tem sido um factor de, de melhoria dos cuidados de enfermagem e mesmo de recuperação dos próprios idosos e a nível de comodidade também." (ES21)

"Tivemos também aí um projecto que decorreu durante um ano que foi um projecto integrado no, como é que aquilo se chamava, no Plano Nacional, Plano Nacional para as Pessoas Idosas, agora já não me recordo, em que conseguimos mobilizar uma série de instituições e entre elas as IPSS's, a Câmara, a Casa da Cultura, etc, etc e conseguiu-se de uma forma abrangente que toda a gente se movimentasse no sentido de fazerem-se actividades direccionadas para os idosos, e com os idosos portanto, isso durou um ano e depois por razões diversas acabou por ficar parado e esperam-se melhores dias para se recomçar." (ES21)

"...e a questão da relação para a comunidade com a Segurança Social no sentido de indicar ou de referenciar alguns utentes que possam ter direito ao cartão e aos benefícios que dele advêm..." (ES23)

Algumas vezes os técnicos de saúde são chamados a colaborar com outras instituições para actividades de formação:

"...já tivemos algumas actividades, não de uma forma directa mas, de uma forma indirecta para os idosos, em que tivemos uma formação, para todos os Lares do Concelho, em que tivemos uma parte de nutricionista, em que vieram aqui ao Centro de Saúde as cozinheiras dos Lares, tivemos a outra área de, que foi a nossa técnica ambiental, com a separação dos lixos, com organização de certas áreas limpas e sujas que passou por todos os Lares e depois nós, ahhh, duas enfermeiras aqui do Centro de Saúde mais uma da Misericórdia ... fizemos formação às auxiliares no sentido de cuidados de higiene e conforto, administração de medicamentos, prevenção de úlceras, formação que fomos fazer a cada um dos Lares de forma individual." (ES22)

"...mas da prática, da prática directa resume-se mesmo ao trabalho do médico de família, enfermeira e com as ajudantes familiares das instituições e com a família acaba por ser o trabalho que nós fazemos em termos institucionais, de maior proximidade." (ES23)

Outra forma de colaboração entre a saúde e acção social está relacionado com a implementação do Apoio Domiciliário Integrado e da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados:

"Temos ao nível da rede que também, que trabalha directamente, temos uma equipa, do Centro de Saúde, uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados que estamos a começar, agora." (ES17)

"...ao nível da rede nós neste momento ainda não temos a ECCI montada mas, temos ainda a possibilidade de fazer o encaminhamento para a Rede, para as Unidades da Rede, Unidades de Convalescença, de Média e de Longa Duração e eventualmente paliativos e há muitas situações ao nível dos idosos dependentes em que nós já tivemos necessidade de accionar a Rede e de os sinalizar para Unidades de Longa porque sabemos que se não for assim não há forma de se resolver aquela situação..." (ES18)

“Olhe, então basicamente tem a ver com a questão da ECCI, da equipa de cuidados continuados integrados, no domicílio, são actividades que não se resumem apenas à prestação directa do cuidado, do injectável, do tratamento do pé, tem uma abrangência muito mais alargada, uma intervenção que vai desde o utente idoso e aqui falo utente porque isto tem a ver com utentes dependentes, sendo que na nossa maioria os dependentes são os idosos...” (ES23)

Os programas de âmbito nacional apenas foram mencionados por um profissional de saúde:

“Depois, em termos de instituição o que o Centro de Saúde oferece depois são aquelas respostas nacionais, não é, o Programa o Cartão do Idoso, o Programa da Saúde Oral do Idoso, esses programas de âmbito nacional...” (ES23)

No que concerne às instituições sociais, só três mencionaram ter acordos com outras instituições, sendo estes protocolos de colaboração estabelecidos com a saúde no âmbito do apoio domiciliário integrado e na prestação de cuidados de enfermagem, nomeadamente na avaliação de alguns parâmetros e prestação de esclarecimentos e um outro com uma autarquia:

“...elas têm todas as Quintas-feiras uma aula de ginástica com um professor que vem do exterior. Nós aderimos a um projecto da Câmara...” (EIS9)

“Apoio Domiciliário Integrado é uma resposta conjunta entre a Misericórdia, a saúde e a Segurança Social, pronto. E, os utentes em ADI são sempre os utentes mais dependentes, não é, que necessitam pelo quadro traçado e pela avaliação que se faz em conjunto necessitam, ahhh, destes três esforços, não é? Quer em termos clínicos, quer em termos sociais, precisam de um reforço, ahhh, de cooperação para que, portanto, normalmente, isto, ahhh, muito de forma muito distinta são os utentes mais dependentes, aqueles que precisam, necessitam de mais, de mais cuidados.” (EIS10)

“...temos uma enfermeira que vem ali ao serviço para a comunidade e essa enfermeira presta ...mede a tensão, o colesterol, é para a comunidade idosa em geral e os nossos utentes podem beneficiar. Diabetes e colesterol... se precisar de alguma análise algum esclarecimento, é gratuito, e as pessoas podem beneficiar disso, não é todos os dias, é de acordo com a disponibilidade da enfermeira que faz esse tipo de serviço, na área da saúde.” (EIS11)

O último recurso disponível referenciado por estes entrevistados está direccionado para a animação e lazer. Também nesta área, são as autarquias que maior projecção têm na comunidade, logo seguidas pelas instituições sociais. A saúde, segundo informação fornecida pelos seus representantes tem aqui um papel quase nulo. Os autarcas mencionaram uma gama variada de actividades de entretenimento:

“... falar nas marchas populares, nas marchas dos idosos. Marchas populares, portanto, o projecto surgiu há 3 ou 4 anos atrás, para aí, não sei, 3, 4 anos atrás, quando o começámos com muitas resistências... Penso que foi um projecto vencedor, claramente.” (EA1)

“Há uma que nós fazemos, que é um passeio anual que é organizado por nós, independentemente daquele passeio que eles fazem. Há um que nós fazemos. Então convidamos, abrimos as inscrições, convidamos todos os idosos do concelho e vamos a um sítio qualquer. Nós convidamos a dar o passeio e convidamo-los para almoçar. Já fomos a vários sítios, a três ou quatro sítios diferentes. Esta iniciativa começou no primeiro ano, não sei, 120 pessoas, 130 pessoas, nos últimos 2, 3 anos já levamos cerca de 400 pessoas. Ou seja, é praticamente todos os idosos do nosso concelho, inscrevem-se nessa iniciativa.”

Gostam do passeio, gostam da brincadeira uns com os outros, gostam do almoço, é um dia excepcionalmente animado para eles.” (EA1)

“Depois, aquela que eu acho que é a maior iniciativa de todas que nós fazemos para a terceira idade chamamos-lhe, nós temos um ciclo por semanas, semana da floresta, semana da criança, temos também a semana do idoso que é se calhar onde nós condensamos o maior número de iniciativas.” (EA1)

“Procuramos sempre que exista alguma coisa ligada ao desporto, quer na lógica de lhes dar algum movimento quer na lógica de recuperar algumas tradições antigas, a malha, o peão, enfim, coisas que alguns deles fizeram quando eram novos.” (EA1)

“Terminamos também a semana dos idosos com um almoço, quase sempre em (...) concentrado nos Bombeiros, com muita gente também e a seguir ao almoço fazemos sempre espectáculos. Ainda este ano foi acordeão. Vai variando de ano para ano.” (EA1)

“As actividades que temos é desde as caminhadas, a hidroginástica, a ginástica adaptada, jogos tradicionais, os bailes pelo meio que eles tanto gostam. E, portanto, isto vai-lhes proporcionando manter alguma actividade física e simultaneamente ter o convívio com outras pessoas, outras pessoas que eles não conheceriam.” (EA4)

“Depois temos o que normalmente é o ex-líbris da questão mas, mais na vertente do convívio, temos anualmente as comemorações do mês do idoso em que fazemos actividades lúdicas, desportivas e de animação sociocultural. Este ano fizemos um baile de gala portanto, destinado a todos os idosos do concelho, onde tivemos 1300 idosos ... com jantar e depois baile.” (EA4)

“Dessas iniciativas consta o passeio dos reformados, é uma iniciativa que ocorre todos os anos geralmente no mês de Setembro e que chega a incluir cerca de oitocentos participantes, independentemente do seu rendimento, da sua situação familiar, não há outros critérios, se não, o facto de ser reformada.” (EA5)

“Depois temos o almoço dos reformados que geralmente ocorre no mês de Outubro, também o critério é o mesmo, basta ser reformado, independentemente do seu rendimento ou de qualquer outra situação.” (EA5)

Há ainda quem tenha juntado a vertente educativa à vertente lúdica:

“Depois, um outro projecto que nós iniciámos este ano que foi na área das TIC, portanto das tecnologias para a informação, realizámos dois cursos de informática onde tivemos 18 utentes na globalidade, portanto 2 turmas de 9 alunos. Foi um sucesso que superou completamente as nossas expectativas e portanto, eles estão a dizer que querem mais, querem aprofundar mais conhecimentos, querem novos cursos, temos outros idosos que querem iniciar. E portanto, a Câmara vai tentar incluir no próximo plano de actividades do próximo ano, alguns cursos de formação na área das tecnologias de informação...” (EA4)

“...temos um outro (serviço), adaptámos um autocarro que o município tinha, portanto transformámo-lo numa espécie de centro de recursos educativos, chamamos-lhe a CREMILDE porque é Centro de Recursos Educativos... mas, depois da componente escolar há um momento em que ela é virada totalmente para os idosos. Portanto, a partir das três e meia da tarde, os idosos das freguesias, não exclusivamente os que estão nestes equipamentos sociais, que estão lá organizados nos Centros Comunitários mas, para todos os idosos da freguesia, portanto têm um momento também de recorrer à informática, à leitura ou ver filmes, levarem filmes para casa, se quiserem. Não é muito comum, nessa idade, mas pronto, é uma forma diferente de chegarmos junto da população e darmos alguma, sei lá, darmos algum apoio que nem sempre existe...” (EA6)

Por sua vez, as instituições sociais, apostam principalmente aos trabalhos manuais tendo no entanto actividades que lhes permitem o contacto com o exterior e também com a vertente educativa:

“Em termos de actividades elas gostam muito de fazer trabalhinhos de renda de croché. Temos uma animadora sociocultural que realiza com elas actividades como pintura e azulejo, como fazer trabalhinhos de ... agora por exemplo estão a fazer, em barro, já têm feito, têm feito em gesso, pintar quadros... E às vezes fazem recortes, portanto também de jornais, fazem painéis. Fazem assim esses trabalhinhos.” (EIS9)

“Também, isto é uma instituição ligada à Igreja, temos todos os dias aqui o ... se reza o terço, mais ou menos nove e meia, dez horas, ninguém é obrigado a ir. Temos uma pequena capela improvisada, portanto, ninguém é obrigado a ir...” (EIS9)

“... a nível da animação nós temos diversos ateliers, temos um programa semanal composto por ateliers. Desde ateliers de artes plásticas, ateliers de representação, aulas de movimento, fisioterapia, sessões de cinema.” (EIS11)

“Temos aulas de informática também porque foi um projecto que surgiu... houve uma medida do quadro comunitário...”informática para todos”. A ideia era haver computadores para pessoas com limitações...pessoas deficientes, portadoras de deficiência e pessoas como por exemplo os idosos que não tinham contacto... O projecto terminou mas, como eles gostavam tanto continuamos...Então também temos um grupinho com aulas de informática.” (EIS11)

“...também fazemos sempre passeios para fora e participamos sempre em outras actividades que envolvam também a comunidade, em feiras, exposições... organizamos uma feita que é a feira do idoso.” (EIS11)

“...normalmente no apoio fazemos só visitas. Excursões, visitas e eles também participam na feira e nalgumas festas. Quando nós fazemos festa de Natal, eles vêm e participam...” (EIS11)

Neste âmbito e, de forma autónoma, ao nível das instituições de saúde, só um profissional se referiu à organização deste tipo de actividades. As outras instituições de saúde mencionaram-nas aquando da colaboração com outras instituições:

“... temos a nossa psicóloga do Centro de Saúde que tem feito também um trabalho com os idosos que é a ocupação de tempos livres portanto, já fez nos (...) já fez aqui na comunidade de (...)” (ES20)

Procura de recursos

As várias respostas existentes nas instituições, identificadas pelos entrevistados, com o propósito de apoiar os idosos e famílias, podem ser solicitadas tanto pelo próprio idoso (a mais referida) como pelos familiares. Efectivamente, ao nível da saúde é onde a procura é principalmente feita pelos próprios idosos, essencialmente devido à solidão que sentem:

“São os que estão mais isolados, são aqueles que têm necessidade de ter alguém, de conversar, até com alguém de, de portanto, e o facto de se sentirem sós leva-os a recorrer mais aos serviços de saúde...” (ES15)

“...eles por vezes precisam, ahhh, pronto, vêm a pretexto de que é para medir a tensão ou é porque não se sentem bem mas, por vezes, o que eles necessitam mais é de um pouco de apoio ahhh, porque se sentem isolados e muitas vezes é por isso, quando estão, estão mais sozinhos, pronto, também procuram os cuidados quando necessitam deles mas, nesta população idosa vê-se muito a necessidade de alguém que lhes fale, que lhes dê atenção, que lhe dê alguma resposta e é o sítio onde eles deixam de estar tão isolados, como às vezes estão.” (ES16)

“A sensação que eu tenho é que são sempre os mesmos e que são sempre muitos sozinhos. Porque quando nós questionamos “então mas não tem nenhuma filha e não sei quê?”,

“ai tenho mas, está em Lisboa”, “ai tenho mas, está emigrante na Suíça”, eles sentem realmente solidão, então procuram-nos, sim, isso sim, números não tenho.” (ES19)

“Agora os idosos que vivem sozinhos porque os filhos morem longe ou os idosos que vivem sozinhos porque o filho mora ao lado mas, não vai lá, não o convida, não conversa, procura muito o Centro de Saúde para as várias queixas das suas doenças.” (ES20)

“Em (...) e em (...) eram aqueles que estão mais sozinhos que nos procuravam mais...” (ES22)

Outro motivo apontado para a procura de apoio na área da saúde, por parte dos idosos, está relacionado com o agravamento da sua situação e por vezes com a dificuldade que sentem em prestar cuidados:

“...penso que o pedido de auxílio maioritariamente vem mais, se bem que hajam famílias mais conscienciosas que acabam por ser elas também a pedir, mas a maior parte das vezes o grande auxílio vem logo dos utentes, eles é que pedem, portanto, quando se vêm mesmo necessitados.” (EIS14)

“...um casal que está sozinho mas, ahhh, que às tantas agrava-se o estado de um e o outro também já não está muito bem. Às vezes é necessário até um ensino, como hão-de resolver determinados problemas que eles têm, determinadas necessidades.” (ES16)

“Agora o que nós sabemos é que na maior parte dos casos vivem sozinhos, vivem isolados, vivem sozinhos, estão isolados e muitas vezes têm muita dificuldade em implementar planos terapêuticos porque eles têm dificuldade em cumprir com o seu próprio plano e em compreendê-lo quanto mais cumpri-lo, nomeadamente, por exemplo um doente hipo coagulado idoso que tem que ser ele a gerir a sua medicação...” (ES18)

“Quando são casais, muitas vezes, são eles próprios que sentem que precisam de ajuda, muitas vezes percebe-se não havendo uma situação aguda de doença, um AVC uma queda uma fractura eles começam por pedir ajuda na rede de apoio domiciliário, conseguem perceber de facto que é melhor para eles quando existe uma situação que de repente abanou a estrutura daquela família e estou a falar de uma doença aguda principalmente ou então da evolução de uma doença crónica, nomeadamente, as demências.” (ES23)

“Geralmente é o cônjuge que está exausto e não consegue perceber que não consegue sozinho e pede ajuda...” (ES23)

Também ao nível das instituições sociais a procura dos apoios pelos próprios idosos foi referenciada, quer o façam sozinhos ou acompanhados pelo cônjuge:

“ (Em apoio domiciliário) Alguns sozinhos, não têm ninguém. A maioria. Vivem sozinhos. Não têm lá ninguém.” (EIS8)

“Já têm vindo portanto, as pessoas sozinhas querem conhecer a instituição, querem ver como é que é.” (EIS9)

“São, ahhh, na sua grande maioria casais.” (EIS10)

“O pedido de Lar é um pedido feito por vezes pelo idoso que sente que a família não consegue, pela família, às vezes tem a ver com a parte da saúde.” (EIS11)

“...existem algumas pessoas que vivem sozinhas ... no caso de haver necessidade da pessoa de facto começar a ter limitações e recorre aos serviços, pronto.” (EIS11)

“Quem solicita mais estes apoios são as pessoas mesmo muitas das vezes que vivem sozinhas.” (EIS14)

Alguns idosos que não têm ou vivem mesmo com a família, acabam por ser eles próprios a solicitar apoio externo, para colmatar a falta de apoio familiar:

“Eu acho que a maior parte deles vive sozinho, alguns vivem com a família...” (EIS11)

“No Apoio Domiciliário a grande maioria vivem sozinho e a família, ou não têm familiares próximos ou se os têm muitos deles não lhe dão qualquer tipo de apoio e a única resposta são estas instituições.” (EIS12)

Relativamente às autarquias esse aspecto não é tão evidente pois foi apenas referenciado por dois entrevistados, no entanto esta situação acontece ou porque os idosos vivem sozinho ou pela natureza das actividades que procuram:

“Estes, por norma, estes vivem com o esposo, ou é o esposo que está acamado ou é a esposa que está acamada. Essencialmente são casais.” (EA2)

“... nestas iniciativas participam pessoas ainda muito autónomas, mas também pessoas já com algumas limitações que gostam de ir. Este ano participaram até pessoas de um Lar e Centro de Dia aqui de uma determinada instituição, ahhh, algumas em cadeiras de rodas, com algumas limitações, não tanto no passeio mas mais no almoço dos reformados, portanto temos um bocadinho de tudo.” (EA5)

Foi dado pouco realce à procura dos apoios por parte da família, mesmo assim, também desta vez foi na área da saúde que mais se fez referência a esta situação:

“Sim (as famílias) também, sim procuram... Pronto porque se agravou o estado de saúde da pessoa, pronto, dificuldades às vezes em, em lhe em dar respostas às necessidades, ahhh, por vezes...” (ES16)

“...os nossos idosos dependentes quando se deslocam ao Centro de Saúde vêm sempre acompanhados com um familiar, salvo raras excepções que vêm sozinho com os Bombeiros.” (ES18)

“...eu penso que no princípio sem dúvida eram os que tinham os familiares. A procura era muito maior porque havia alguém que directamente se interessava por essa pessoa...” (ES21)

“...geralmente os idosos que vivem sozinho não são eles que nos procuram são os vizinhos, os parentes ou os filhos que quando cá vêm detectam que aquela pessoa que o, que aquele idoso não estará nas condições que, ou que o deixaram quando partiram, porque está mais velho, porque está mais debilitado e quando a pessoa vive sozinho, por norma, não é ele que pede ajuda a não ser que seja uma situação de agudização e sente essa necessidade premente...” (ES23)

Relativamente às instituições sociais, também em algumas situações é a família que procura este tipo de apoio, quando as mesmas se querem desligar da prestação de cuidados ao idoso, recorrendo à sua institucionalização, ou até mesmo quando os próprios idosos vivem sozinho ou não querem constituir um peso para os familiares:

“Outras vezes vêm efectivamente com a família. Quando vêm com a família as razões são porque moram sozinho, porque a família não tem condições para os ter em casa. E, muitas vezes, eles não querem estar em casa da família porque acham que já são um peso e preferem sair, preferem vir para um Lar.” (EIS9)

“Não, as pessoas, (familiares) como disse já, as pessoas pedem muito o Lar. Onde os deixar dia e noite.” (EIS13)

No que concerne à procura de apoio das autarquias por parte dos familiares, só dois autarcas o mencionaram, nomeadamente quando é necessário pedir apoio económico ou outras participações:

“...nós neste momento, também estamos a sentir, que aqueles, os idosos que estão mais debilitados são as próprias famílias que vêm requerer o apoio, quer tratar de toda a documentação, quer depois mensalmente ao nível das participações.” (EA4)

“...muitas das vezes são as próprias famílias que têm conhecimento que esta resposta existe (cartão social do munícipe) e portanto, contactam-nos no sentido de perceber o que é que é necessário e depois são eles próprios a conduzir todo o processo.” (EA4)

De toda a panóplia de respostas e recursos disponibilizados pelas várias instituições também é pertinente compreender, de todos os que existem, quais os recursos mais solicitados. Relativamente às autarquias, os mais procurados são os apoios da vertente social e a parte recreativa:

“Bem, o que tem mais impacto neste momento é o cartão social do munícipe, sem dúvida.” (EA4)

“O passeio dos reformados, o almoço dos reformados e cabaz de Natal.” (EA5)

“...quer o passeio dos reformados, quer o almoço dos reformados, tem essencialmente a vertente de convívio e, as pessoas procuram-no muito por isso, muitas pessoas que já sabem em que mês se realiza, meses antes começam a perguntar “E este ano quando é que é, e como é que é?”, porque as pessoas mostram de facto interesse em conviver, depois isto congrega pessoas de todo o concelho e é uma oportunidade de pessoas que não se vêm há muito tempo conviverem.” (EA5)

Ao nível das instituições sociais essa procura recai essencialmente sobre o lar e o apoio domiciliário especialmente para a prestação de cuidados de higiene pessoal e alimentação:

“Os recursos mais procurados é Lar.” (EIS8)

“Portanto a valência efectivamente mais procurada pela família e pelos próprios idosos é a de Lar... Na realidade a mais procurada é a de Lar... Portanto, é efectivamente a valência mais procurada.” (EIS9)

“A higiene, é a higiene, a higiene pessoal. Não pedem, aqueles que vivem com a família, não pedem a higiene da habitação, nem o tratamento de roupas, porque isso a família faz ... nem a alimentação. (EIS9)

“A alimentação. Número um, alimentação. Alimentação e higiene. Alimentação ahhh, raramente, muito raramente um utente quando pede Apoio Domiciliário pede outros serviços, que não, pede outros serviços sem pedir a alimentação.” (EIS10)

“Onde temos mais utentes é no apoio mas, mas eu acho que o serviço que é mais procurado deve ser o Lar. Nós é que não conseguimos dar resposta, não é? Mas eu penso que é o serviço que mais gente nos vem pedir. Só que depois como não conseguimos dar resposta acabam por ficar com outro serviço. Acontece muitas vezes irem para o Centro de Dia ou para o apoio porque não têm vaga no Lar, como último recurso.” (EIS11)

“O Lar de idosos, sem dúvida.” (EIS12)

“O Apoio Domiciliário, na higiene pessoal e as refeições, as refeições também. As pessoas que, muitas delas que têm higiene pessoal também pedem lavandaria porque, principalmente no Inverno as pessoas estão acamadas em que todos os dias se tem de mudar a roupa interior, a roupa da cama e de Inverno para os familiares é-lhes difícil

todos os dias, conseguir lavar e ter a roupa pronta a horas e então essas pessoas procuram a lavandaria.” (EIS13)

Os recursos mais procurados no âmbito da saúde são as consultas médicas ou para avaliação de alguns parâmetros, nomeadamente tensão arterial ou glicemia:

“Procuram, procuram consultas, não é, e procuram receituário e procuram aquela parte das vigilâncias da, da tensão arterial não é, e da diabetes portanto, é o que eles procuram, o mais comum no Centro de Saúde.” (ES15)

“Portanto, os idosos aqui no Centro de Saúde ahhh, depende da sua situação de saúde também, mas dentro do Centro de Saúde, existem vários programas em que o grosso dos utentes, são os idosos, nomeadamente, ao nível das doenças cardiovasculares, ao nível da diabetes e portanto as consultas de enfermagem para diabéticos e para hipertensos, o grosso dos seus utentes serão idosos, não é.” (ES18)

“...é a consultazinha do seu médico de família e muitas vezes o aconselhamento, nomeadamente em relação à diabetes, há muito diabético, da nossa parte se calhar é muito isso, muito, muito. Depois associado também às insuficiências cardíacas, depois as nossas úlcerazinhas, também bastantes, bastantes solicitam depois também os nossos cuidados.” (ES19)

Apesar de referirem estes motivos, alguns entrevistados estão conscientes de que esta procura, não é propriamente pela necessidade de cuidados de saúde mas sim como pretexto para resolverem situações associadas ao envelhecimento, pela necessidade de companhia ou para encaminhamento de situações:

“Os idosos procuram sempre consultas médicas, não é, que eu acho que eles, que eles procuram consultas médicas e eu acho que eles não precisam de consultas médicas mas, isso já é a minha apreciação. Ahhh, os idosos têm várias doenças, com vários sinais e com vários sintomas ahhh, buscam, como se calhar todos nós, uma imortalidade que também já começam a perceber que não têm e portanto eles querem que nós os vamos tratando das doenças, eles queriam a cura mas, não havendo a cura, que tratemos das doenças e tratemos dos seus sintomas. Portanto, eles procuram sempre a cura da doença, o tratamento da doença.” (ES20)

“A maior parte é para virem avaliar a tensão, para conversarem um bocadinho e para verem como é que estão os diabetes. Nos idosos, a maior parte, é isso, normalmente a nossa intervenção é mais, é apenas um pretexto para eles virem ao Centro de Saúde. Um dia vêm pedir uma receita, no outro dia vêm avaliar a tensão, no outro dia vêm ver como é que estão os diabetes, apesar de nós termos umas máquinas e lhes darmos mas, isso, eu acho, que eles vêm mais à procura de conversa do que outra coisa.” (ES22)

“...neste momento a população está muito informada, fala-se muito da Rede de Cuidados Continuados em todo o lado, foi uma estratégia política que pegou e somos muitas vezes contactados para solicitar a admissão na rede, muitas vezes eles nem conseguem identificar exactamente qual é a tipologia adequada, isso é um papel nosso mas, vem muita gente ter connosco porque sabem que ajudámos uma ou outra situação, que apoiámos uma ou situação e procuram-nos muitas vezes.” (ES23)

De todo o modo, há quem considere que os idosos aderem facilmente a qualquer tipo de actividades, por vezes o grande problema que se coloca é a falta de acessibilidade:

“Eles aderem bem, quando existem essas actividades, a qualquer projecto que nós, que nós façamos. Precisam muitas vezes de meio de acessibilidade, nomeadamente das unidades rurais ou dos lugares das nossas, dos nossos, que existem no nosso concelho, (...), (...) que distam cerca de vinte quilómetros de (...). Eles, pela rede de transporte que é de manhã e depois à noite, se há, se a hora da actividade decorre de manhã eles terão que

permanecer o dia inteiro. Uns disponibilizam-se para isso e outros ahhh, resistem mais a essa situação.” (ES17)

Também os familiares cuidadores, quando sentem necessidade procuram as equipas de cuidados domiciliários, no sentido de poderem usufruir da sua ajuda na resolução dos problemas que os assolam:

“Famílias que cuidam de idosos, isto é assim, de há desde dois mil e dois para cá é os cuidados domiciliários, procuram sempre as equipas de cuidados domiciliários.” (ES21)

Limitações dos recursos

Apesar de todos os representantes das instituições referirem apoios aos idosos e famílias, independentemente da natureza dos mesmos, também apontaram algumas limitações com as quais convivem diariamente, nomeadamente em relação a recursos monetários, humanos, físicos e materiais. No que concerne aos recursos monetários, os mesmos foram essencialmente referidos pelos autarcas. Os profissionais de saúde não fizeram menção a este tipo de limitação:

“Estamos sempre prontos a ajudar, sempre... pelo menos no que nos é possível. Sem termos capital é difícil. Temos umas limitações. Gostávamos de fazer mais, por vezes não nos é possível.” (EA2)

“Se calhar suficientes não são! Provavelmente não serão mas em qualquer uma destas iniciativas nunca ninguém deixou de ir por o número já estar completo...provavelmente se houvesse mais iniciativas dirigidas a esta população, provavelmente adeririam mas, isto já representa um esforço financeiro muito grande da parte da Câmara Municipal.” (EA5)

“Não seria possível, caso não houvesse essa escala portanto, é difícil com as receitas que uma unidade dessas tem que normalmente é uma percentagem da reforma. Estamos a falar de reformados, sempre do nível mais baixo e com a comparticipação que há portanto, da Segurança Social que é a possível, também no país em que vivemos...” (EA6)

“... a única coisa que já neste momento se está a achar falta é de nos darem um apoio maior (acordos) para o Apoio Domiciliário. Temos só 15 e não chega.” (EIS8)

Essas limitações financeiras condicionam, de facto, o acesso a alguns recursos, nomeadamente recursos humanos, (os mais mencionados) tanto ao nível de auxiliares (ajudantes de acção directa) como de outros técnicos mais diferenciados:

“...com duas pessoas não se pode assegurar, não se pode assegurar Segunda, Terça, Quarta, Quinta, Sexta e Sábado porque depois temos de rodar...Eu fiz mais ou menos um ficheiro novo, tínhamos de ter no mínimo três pessoas, para estar uma sempre de fora. Ou seja, estavam duas hoje, duas amanhã mas, havia sempre uma que folgava e então era rotativo ... e aí podia funcionar.” (EA2)

“...portanto, não chega para ir além das pessoas que fazem a cozinha, que fazem a limpeza portanto, que fazem o Apoio Domiciliário, para aqui já é difícil, ahhh, mas mesmo que se consiga poupar um pouquinho nunca será para pagar um ordenado a um técnico qualificado.” (EA6)

“Com é que nós temos uma equipa de gente? Eu gostava. Porque como sabe o dia tem 24 horas e são as 24 horas que as pessoas precisam de apoio, portanto 3 turnos. Muito simples, é impossível. Gostaríamos, gostaríamos, era uma solução. Gostaríamos muito, era uma solução.” (EIS8)

“Nós neste momento por exemplo temos, as funcionárias, todas elas fazem tudo, fazem as higiènes de manhã, distribuem os almoços. Eu estou a dizer isto porque há Apoio Domiciliário que não, que não, não é, ahhh, pronto, em regime de rotatividade mas, todas elas fazem tudo e a hora de almoço que supostamente devia ser uma hora não é. Já foi alargada para uma hora e meia porque são as mesmas funcionárias, os utentes são mais, pronto e depois há a distância geográfica do concelho que é uma coisa pavorosa.” (EIS10)

“Há este conhecimento depois fazerem-se medidas...ninguém consegue porque são precisas mais funcionárias, demoramos muito mais tempo... há aqui um conjunto de coisas, depois a direcção não avança.” (EIS11)

Neste caso, os profissionais de saúde foram os que mais mencionaram esta carência:

“Não, não são. Para darmos apoio aos idosos e às famílias neste caso, aos cuidadores dos idosos, nós precisávamos de mais horas de enfermagem, de mais horas de médico, para apoio domiciliário, para visitação domiciliária e precisávamos de técnicos que o Centro de Saúde não tem...” (E18)

“Para podermos dar esta resposta temos que ter um trabalho de equipa, temos que ter mais enfermeiros, sendo nós, os nossos parceiros principais, o médico que tratará desse trabalho e temos de ter outras profissionais, eu por exemplo tenho tentado introduzir aqui no Centro de Saúde um animador social.” (E20)

“Mas também não temos recursos (humanos) para tanto daí, sejamos realista, não é...” (E21)

“...somos só nós enfermagem, temos uma médica que está a fazer formação em paliativos e que às vezes nos dá uma ajudinha em certas situações, pessoas que estão a fazer quimioterapia e que depois aquele período a seguir em casa e que nos dá uma ajudinha nesse sentido...” (E22)

“...mas, o nosso apoio nesse aspecto é muito insuficiente e somos só nós, aqui não há médico, nem há mais técnico nenhum, não há mais nada.” (E22)

“Nós não temos ainda esses técnicos portanto, é difícil ser muito à base do trabalho do enfermeiro e do médico e em colaboração com os agentes informais ou com os ajudantes familiares e administrativos que nos dão apoio... Mas precisávamos aqui de um reforço da equipa.” (E23)

“...faltam os outros técnicos que nos podem dar uma resposta mais global, falta o fisioterapeuta, falta uma maior disponibilidade do psicólogo, falta o terapeuta ocupacional.” (E23)

Um autarca mencionou ainda que a limitação dos recursos humanos não se confinava à sua escassez mas se estendia também à necessidade de formação dos mesmos:

“Tínhamos dificuldades porque, há pessoas que lá vão fazer um mandado, mudar os lençóis da cama, não sei quê, tudo bem. Mas, aquilo tratava-se de uma coisa muito mais complicada, tinha muitas dores, gritava e as pessoas, tinham algumas, pronto, as pessoas tinham alguma dificuldade, estavam mais, tinham algumas dificuldades...” (EA2)

“Mas, gostaríamos de dar uma formação mais ... às pessoas que estão, a mais alguma, para se uma está doente, se alguma tirava alguma folga. Em lugar de ser só 2 ou 3 a ter a formação, como há formação, dávamos logo para 4 ou 5. Isto, a formação tem de ser pós-laboral, por volta das 4.30, 5 horas...” (EA2)

Relativamente aos recursos físicos e materiais, um autarca referiu que necessitava de uma viatura:

“Neste momento, necessitávamos de uma carrinha, temos uma carrinha da Junta de Freguesia, gostaríamos de ter uma outra para apoio, seria mais fácil. Mas não há verbas, temos investido noutras áreas também que faziam falta.” (EA2)

Também as instituições sociais reclamam a necessidade de um transporte adaptado e a necessidade de ampliação do espaço:

“Ora bem ... equipamentos e recursos disponíveis para idosos e familiares, nós temos apenas necessidade de um transporte adequado para cadeira de rodas.” (AS8)

“...quer materiais, pronto.” (EIS10)

“...consegue dar alguma resposta mas ainda não consegui dar aquela que gostaria pronto, em termos físicos se tivéssemos mais espaço poderiam ser criados mais quartos e poderíamos eventualmente admitir mais idosos porque a procura é muitíssima...A lista é enorme mas, também estamos limitados ao espaço, pronto.” (EIS12)

Interessante perceber que, também a nível da saúde, a limitação mencionada prende-se com a necessidade de uma viatura:

“Ou seja, temos muito por fazer, estamos a tentar fazer o melhor, com os recursos que temos mas, o facto de haver uma só viatura disponível no serviço implica que o tempo da viatura tem que ser gerido ou para ir a uma extensão ou para ir aos domicílios.” (ES18)

“...e precisávamos de viatura...” (ES18)

Estas respostas surgiram quando questionados acerca das limitações que sentiam na gestão do dia-a-dia, no entanto quando tentámos perceber se, de uma forma global, os recursos de que dispunham na instituição eram suficientes ou insuficientes relativamente às necessidades da população, as respostas foram algo diversificadas mas, a grande maioria refere essencialmente que são insuficientes. Todos os profissionais de saúde expressaram este sentimento:

“Penso que estamos a 90%; 100% nunca estamos, precisávamos sempre de mais.” (EA2)

“Se calhar suficientes não são!...Provavelmente suficientes não serão ... em qualquer uma destas iniciativas nunca ninguém deixou de ir por, por dizermos não, o número já estar completo.” (EA5)

“Eu disse há bocadinho que achava que os recursos que existiam a nível de instituições se calhar cobriam as necessidades do concelho mas, esqueci-me de falar na questão da animação sociocultural dos idosos e das famílias. E, aí é que eu acho que a Junta de Freguesia poderia em parceria com as associações de reformados ou até associações de jovens fazer mais qualquer coisa do que se faz.” (EA7)

“Eu vejo por esta instituição, temos 40 camas, elas estão cheias. Se eu tivesse 50 ou 60 elas cheias estavam.” (EIS9)

“De qualquer forma é assim, por isso é, mas pronto, os recursos são escassos, por isso é que temos uma lista de espera, não é?” (EIS10)

“Pronto, mas temos, temos falta de recursos, e daí a lista de espera.” (EIS10)

“A Misericórdia, a Santa Casa da Misericórdia, relativamente à adequação, às necessidades dos idosos não consegue dar uma resposta adequada. Em primeiro lugar

porque muitas vezes os idosos necessitam da resposta Lar, ou seja, apoio 24 horas e nós não temos capacidade para dar resposta face ao nosso número de lista de espera. Nós em média de 6 em 6 meses, conseguimos abrir 3 vagas, para uma lista de 120.” (EIS11)

“Por exemplo aqui no nosso caso (...), tem também um objectivo que é prestar o Apoio Domiciliário durante o fim de semana porque acho que é uma necessidade muito grande por parte da população o facto dos idosos ao fim de semana estarem sozinhos e não contarem com esse tipo de apoio porque a maior parte das instituições não prestam esse serviço durante o fim de semana.” (EIS12)

“Eu penso que ajuda mas, não é o suficiente, ahhh, nós realmente pronto, a saúde nomeadamente, os enfermeiros conseguem ajudar alguma coisa mas, penso que não é o suficiente.” (ES16)

“Várias necessidades que era para já, ampliar o número de horas disponível que temos para o apoio domiciliário e ao ampliar o número de horas disponível íamos também ampliar o tipo de intervenção. A nossa intervenção neste momento é uma intervenção essencialmente na área curativa não é, se bem que sempre que se entre em casa para se fazer o tratamento a um dependente ou a um idoso ou um dependente o objectivo é sempre trabalhar com os cuidadores...” (ES18)

“Há situações que nós não conhecemos, vamos conhecendo ao longo do tempo e que nos deixam abismados como é que é possível alguém chegar a este ponto porque, não temos capacidade de procurar e de, e disponibilidade de tempo para estar atento a tudo o que nos rodeia.” (ES18)

“... são insuficientes, sem dúvida, eu acho, de facto.” (ES19)

“Eu acho que não, eu acho que os Centros de Saúde estão muito organizados só a dar resposta também à doença e à doença orgânica, a minha noção é esta.” (ES20)

“...eu acho que nós aqui, os meios são insuficientes, porque às vezes, não é quando as pessoas precisam, é quando a gente pode, por exemplo, não tem bem a ver mas, se tiver uma pessoa que precise de um domicílio ao Domingo ou ao Feriado, ele até pode precisar mas, eu não posso lá ir, não é...” (ES22)

“Olhe, eu adequados até acho que são, eu acho que pecam pela escassez, não pela inadequação.” (ES23)

Existem no entanto situações em que apesar da sua insuficiência, os que existem não são do conhecimento das pessoas:

“Portanto, as respostas ao nível da administração central, elas efectivamente existem mas, depois, a aplicabilidade no terreno é quase nula uma vez por desconhecimento dos utentes outras vezes ou por desconhecimento ou por pouca vontade ...dos próprios médicos a encaminharem.” (EA4)

Outra preocupação, tem a ver não só com a quantidade dos recursos mas também com a qualidade dos mesmos:

“...mas, é evidente que temos que nos ir preparando para uma resposta de maior qualidade porque podemos estar a falar se é suficiente ou não, um critério sem a visão da qualidade ahhh, e vamos dando resposta sem saber o âmbito da nossa acção, no fundo, porque se for ... para creditar e para ter qualidade, isto não chega.” (ES17)

Existem esperanças nestes profissionais de saúde de que com a reestruturação dos centros de saúde essas lacunas sejam ultrapassadas ou pelo menos atenuadas:

“Ainda não são, ahhh, espera-se que com a Unidade de Cuidados na Comunidade os serviços desta, ahhh, dessem depois um maior apoio a estes, a estes idosos, mais carenciados, portanto, com o Apoio Domiciliário mas, pronto neste momento, acho que ainda não estão bem, bem adequados, ahhh, o que é que eu ia dizer em relação a isto, ahhh, portanto, pronto, espero que futuramente com essa unidade pronto, estes utentes

fiquem mais, mais apoiados e com enfermeiro mais perto deles, principalmente, já que não pode ser o médico, ao menos o enfermeiro. (ES15)

Esse desajuste face à realidade é causado, na opinião deste entrevistado pela desresponsabilização de outras entidades:

“Na área da saúde tem sido um grande auxílio para estes idosos mas, aquilo que nós detectamos efectivamente é que há alguma desresponsabilização do sector da saúde, daí eles virem recorrer à Câmara.” (EA4)

No entanto, também existem aqueles que os vêem como suficientes, apesar de serem em menor número, pois, de alguma forma consideram ser significativos e que conseguem ir assegurando as solicitações que lhe vão surgindo, senão na totalidade, pelos menos em algumas áreas de intervenção, ou concretamente em relação a algum tipo de apoio:

“As pessoas que nos têm pedido, nós temos assegurado todos, tivemos 10 e já tivemos 3. Agora, neste momento temos 6, 7. E, as pessoas estão contentes...” (EA2)

“...pronto, penso que são os apoios que a câmara tem, tem, tem dado, não é, e que já são, na minha perspectiva, bastante significativos.” (EA3)

“... temos uma cobertura diria a 100%, em termos destas valências (centros comunitários). Pensamos que ahhh, são valências muito importantes e é uma das classes mais desfavorecidas, mais vulneráveis... e com grande significado em termos de expressão populacional no concelho...” (EA6)

“No apoio ao domicílio os nossos serviços e no Centro de Dia conseguimos dar respostas com alguma satisfação face às necessidades dos nossos idosos.” (EIS11)

“...no Apoio Domiciliário e no Centro de Dia são valências que conseguimos alguma flexibilidade e conseguimos aceitar mais utentes porque não obriga a um espaço a uma cama a um quarto e então conseguimos articular as coisas de outra forma.” (EIS12)

Esse trabalho é mais facilitado, pela capacidade dos profissionais trabalharem em equipa:

“Mas, nós temos conseguido dar resposta a grande parte das situações que nos aparecem porque temos uma ótima equipa de trabalho, e porque temos uma belíssima comunicação com o Centro de Saúde, e porque temos uma belíssima comunicação com a Câmara, pronto. As debilidades que nós encontramos em termos de recursos institucionais depois tentamos colmatar com a inter ajuda institucional.” (EIS10)

“E nós, nesse exemplo prático, nós podemos ahhh, ver mais ou menos pelo banco de ajudas técnicas. Ahhh, e nós temos algum equipamento, em número, que até agora temos conseguido, apesar da cedência, de ir dando resposta, não é um número muito elevado e conseguimos ir dando resposta a todos ou uns incentivando para aquisição, encaminhados para a Segurança Social, para aquisição de colchões de pressão alternada, as cadeiras de rodas portanto, vamos, é uma cedência temporária e como o número deste tipo de equipamento não é muito elevado eu parece-me que conseguimos ir dando resposta.” (ES17)

Resumindo: Quando se pretendeu saber quais os recursos disponíveis na instituição, foi salientado o apoio directo a idosos e famílias. Os representantes das instituições sociais referiram que esse apoio era prestado através dos lares, centros de dia e apoio domiciliário. Os profissionais de saúde referiram que apesar de não terem programas

específicos para idosos, existem alguns em que os maiores utilizadores são efectivamente a população idosa, nomeadamente ao nível das consultas de hipertensão e diabetes. Referiram ainda o apoio domiciliário e algumas actividades de promoção da saúde e prevenção da doença. No que concerne ao papel das autarquias salientaram os apoios sociais, em particular o cartão do idoso, em que podem usufruir da participação em serviços e despesas específicas e pequenas obras e pintura da habitação.

Referiram também os protocolos institucionais, em que as autarquias fazem muito uso deles, essencialmente ao nível da cedência de terrenos, equipamentos ou mesmo financeiro a outros parceiros na comunidade, direccionados para os idosos. No âmbito da saúde, também muito referidos, estes protocolos celebram-se principalmente com as autarquias e ao nível do Apoio Domiciliário Integrado e dos Cuidados Continuados Integrados. As instituições sociais mencionaram que na maior parte das vezes articulam-se com a saúde.

Um outro recurso disponível recai sobre as actividades de animação e lazer, sendo efectivamente as autarquias que mais visibilidade têm neste âmbito, logo seguidas pelas instituições sociais. Os autarcas entrevistados são os que menos valorizaram o apoio directo a idosos e família, eventualmente porque a grande aposta dos mesmos é nos protocolos institucionais.

Relativamente à procura de recursos, ao nível da saúde é essencialmente feita pelo próprio idoso, talvez pela solidão ou agravamento do estado de saúde. Nas instituições sociais também se verifica essa procura de apoio por parte dos próprios idosos, ao nível das autarquias não foi tão evidente. A procura de recursos por parte da família foi o menos referido pelos entrevistados.

Quando questionados acerca dos recursos mais solicitados, nas autarquias são os apoios sociais e a vertente recreativa. Nas instituições sociais salienta-se a procura de lar e apoio domiciliário e no âmbito da saúde, as consultas e a avaliação de parâmetros vitais, na opinião dos entrevistados, algumas vezes como forma de conversar ou pedir ajuda, ou seja, colmatar a solidão em que muitas vezes estão emersos.

Quando questionados acerca das limitações dos recursos, elas ocorrem essencialmente nos recursos monetários, na opinião dos autarcas. As limitações ao nível dos recursos humanos, as mais mencionadas, são transversais aos três grupos de entrevistados. De

salientar que as limitações nos recursos físicos e materiais, também para os três grupos de entrevistados, prendem-se essencialmente com a necessidade de viaturas. Na generalidade, a grande maioria dos entrevistados considera que os recursos de que dispõem na instituição são insuficientes, relativamente às necessidades da população, sobretudo no âmbito da saúde. É grande a visibilidade das respostas sociais para idosos, sobretudo no que se relaciona com os Lares, Apoio Domiciliário e Centros de Dia, sendo que efectivamente o lar é o que continua a ter grande procura, evidente pelas listas de espera, cada vez mais longas, apesar de se ouvir constantes referências de que o lar constitui a última escolha, quando a família não reúne mais condições para cuidar do idoso.

De facto, as condições para cuidar dos idosos estão-se a agravar, essencialmente devido ao aumento da proporção de idosos, redução dos prestadores de cuidados informais e pelo impacto da participação da mulher, cuidadora tradicional, no mercado de trabalho. De entre as ajudas mais procuradas salienta-se o apoio nos cuidados de higiene e conforto, talvez porque cada vez mais os cuidadores estão muito próximo de ser idosos e vir também a precisar de apoio e, este papel pode levar à exaustão de quem cuida. Por outro lado, com o aumento progressivo da esperança de vida, cada vez mais, temos idosos mais idosos que poderão eventualmente ser acometidos por alterações na capacidade de adaptação ao meio e conseqüente aumento de pessoas com patologias de evolução prolongada e potencialmente incapacitantes, conducentes a novas necessidades de saúde e de apoio psico-social. É preciso redefinir o papel do idoso na sociedade e da sociedade para com o idoso, pois se por um lado a maior longevidade é consequência dos avanços civilizacionais, é um paradoxo que o idoso seja encarado como um fardo, gerador de despesa, pondo em causa todo um modelo de organização socioeconómico e cultural, cujo papel é contribuir para uma sociedade inclusiva em que todos os cidadãos, inclusivamente os idosos, tenham acesso aos bens e aos serviços essenciais a uma vida longa mas, com qualidade.

5.2.3 - Estratégias de Intervenção no Apoio aos Idosos e Famílias no Concelho

Até ao momento percebemos as estruturas de apoio aos idosos e famílias existentes no concelho, que eram do conhecimento dos entrevistados e como os mesmos consideravam essas respostas. Relativamente à instituição que estão a representar foram

questionados quais os recursos e actividades de que dispunham, por quem eram mais procurados e quais as limitações com que se deparavam no dia a dia.

O próximo passo será conhecer quais as estratégias de intervenção que os entrevistados acham mais consentâneas com a realidade e características desta população, tendo então sobressaído as seguintes categorias: percepção do envelhecimento, dificuldades dos cuidadores, papel da rede informal e intervenções requeridas, conforme se pode observar no quadro seguinte:

Quadro 60
Estratégias de intervenção no apoio a idosos e famílias no Concelho

Área Temática	Categorias	Sub-Categorias	Nº Entrevistados que responderam (por área de intervenção)
Estratégias de intervenção no apoio a idosos e famílias no CONCELHO	<u>Percepção do Envelhecimento</u>	- Fenómeno Demográfico e Social - Tempo de perdas - Solidão - Processo natural - Idade da sabedoria - Papel da rede informal no apoio aos idosos (participação activa/desresponsabilização)	3EA; 4EIS; 6ES 4EA; 2EIS; 2ES 1EA; 2EIS; 4ES 1EIS; 6ES 1EA; 2EIS; 1ES 4EA; 5EIS; 6ES / 4EA; 6EIS; 7ES
	<u>Percepção das dificuldades dos idosos e famílias</u>	- Profissionais - Financeiras - Alterações da dinâmica Familiar - Sobrecarga do cuidador - Habitação - Formação	4EA; 6EIS; 5ES 5EA; 2EIS; 4ES 2EA; 4EIS; 3ES 4EA; 3EIS; 2ES 1EA; 2EIS; 2ES 1EA; 1EIS; 1ES
	<u>Intervenções requeridas</u>	- Apoio no domicílio - Capacitar o cuidador - Reestruturação institucional - Articulação saúde/acção social - Conciliação vida familiar/profissional - Vontade política - Mudança de "mentalidades"	5EA; 5EIS; 9ES 1EA; 2EIS; 3ES 6EA; 4EIS; 4ES 1EA; 5ES 3EA 2EA; 5EIS; 2ES 1EA; 2EIS; 3ES

Fonte: Gemitto (2009)

Percepção do envelhecimento

A percepção do envelhecimento, para estes informantes, dividiu-se entre uma visão mais positiva e uma visão mais negativa do mesmo. Como tal, podem-se agrupar as opiniões da seguinte forma: fenómeno demográfico e social, tempo de perdas, processo natural, solidão e idade da sabedoria.

A maior parte destes entrevistados considera-o um fenómeno demográfico e social resultante das alterações ocorridas na estrutura populacional, nomeadamente no que concerne ao aumento considerável do número de idosos, consequência da diminuição da taxa de natalidade, aumento da esperança média de vida, consequência da melhoria das condições de vida:

“Preocupa-me um bocadinho. Cada vez, olhando para o nosso concelho vamos tendo um concelho muito envelhecido sobretudo na zona rural e no centro histórico.” (EA4)

“Do ponto de vista demográfico penso que (...) está a sofrer daquilo que o Alentejo sofre e que sofrem as sociedades modernas que é ahhh, o baixar da taxa de natalidade e começar a haver, com o prolongamento, o aumentar da esperança de vida, começar a haver o grupo dos grandes dependentes não é, da quarta idade e (...) começa a evidenciar isso...” (EA5)

“Olhe o envelhecimento continua a ser, portanto, cada vez há mais idosos.” (EA6)

“Portanto as pessoas, cada vez têm mais longevidade porque, e eu penso que essa longevidade tem a ver também com as condições que se vão criando para as pessoas serem, terem condições e concretamente eu estou-me a referir, não ficarem em casa mas ir para Lares onde são cuidadas, onde têm uma alimentação a horas, onde têm uma alimentação cuidada, onde são vigados pelo médico. Têm recursos que anteriormente as pessoas não tinham. Estavam na sua casa, morriam, do que morriam, não sabiam do que se morria.” (EIS9)

“...a minha percepção do envelhecimento pronto, além daquelas coisas todas que dizem os livros, cada vez há mais velhos e que a qualidade devido à evolução tecnológica e essas coisas todas que, que há mais velhos...” (ES19)

“Ora, ao viverem mais anos é lógico que em países como a Europa, que é um continente envelhecido e principalmente também Portugal que é dos países mais envelhecidos também da Europa, com a população mais envelhecida que cada vez sejam necessárias mais instituições, e centros de acolhimento das pessoas idosas, como é evidente.” (EIS14)

“Portanto, o envelhecimento é um dos grandes problemas do nosso concelho e se calhar doutros concelhos, dos outros concelhos todos, não é, do nosso Alentejo. Ahhh, portanto, há um grande envelhecimento não é, da população e um envelhecimento com uma má qualidade de vida não é, ahhh, é isso.” (ES15)

“...a taxa de envelhecimento de (...), não é um concelho com uma taxa muito elevada mas, em determinados locais, em que a taxa de envelhecimento é mais elevada.” (ES17)

Também do ponto de vista do papel social do idoso na sociedade actual, surgiram algumas opiniões. Uma vez essa visão é negativa mas, existem entrevistados que já vislumbram uma evolução mais favorável:

“...a questão do envelhecimento também se faz sentir aqui e a procura de equipamentos destinados a idosos é muito grande até porque as dinâmicas das sociedades actuais exigem que haja esse tipo de resposta.” (EA5)

“Mas quanto a mim o idoso passou de uma função social muito importante que era a função de transmissão de conhecimentos, de experiências etc. para uma posição de incómodo e o idoso, eu digo isto variadíssimas vezes, nós por envelhecermos não ficamos parvos. Não apavallhamos por envelhecermos, não é, e o idoso sente isto.” (EIS10)

“Eu acho que está cada vez mais, ahhh, nestas realidades, a nossa realidade é um bocadinho, daquilo que eu percebo a ruralidade tem vindo a desprezar o idoso.” (EIS10)

“Depois, eu do ponto de vista social a percepção do envelhecimento também mudou porque a gente antigamente víamos uma pessoa a envelhecer em que envolvia também o aspecto físico. A pessoa tinha de estar toda vestida de preto com as suas meinhas pretas e o seu ... pronto havia aqui um, penso eu ... e nós também temos, à medida que vamos lidando vamos, vemos que temos idosos mais ... o envelhecimento do idoso não é tão marcado por determinados rituais, ou se quiser, não sei explicar bem o termo, de encontrá-lo, símbolos sociais.” (EIS11)

“O estar à espera para morrer, entre aspas, para uma grande maioria dos idosos aqui penso que é isso, que são um peso para a sociedade “o que é que eu estou cá a fazer” que nós ouvimos muito isso.” (ES19)

“...tenho a noção que a imagem social do envelhecimento, que a imagem social do envelhecimento, sei que é, que é uma coisa, as pessoas têm medo de ficar dependentes e agora fico triste por saber que a imagem do envelhecimento está ligada à imagem da dependência e a gente não tem que ser dependentes quando chegarmos a velhos.” (ES23)

“Parece-me que as pessoas começam a estar mais preocupadas com o idoso e que não os vêem como um fardo ou pelo menos, tenho essa esperança, que a comunidade não consiga ver os velhos como um fardo.” (ES23)

A perda de papéis significativos na sociedade condiciona o sentimento de desvalorização, medido pela capacidade de produção, deixando de ser património e objecto de veneração para passar a ser um encargo, pondo em causa a transmissão de conhecimentos e saberes acerca das nossas raízes. O afastamento do mundo laboral pode conduzir à exclusão que por sua vez pode condicionar a ideia que o idoso faz dele próprio, desenvolvendo sentimentos de improdutividade e inutilidade, tendo muito pouco para oferecer ao outro e à sociedade.

Outros entrevistados consideram o envelhecimento um tempo de perdas, sejam elas emocionais ou físicas e que levam conseqüentemente à necessidade de apoio:

“Coloquemo-nos com 70 anos ou com 80 anos não interessa, com necessidade de, ou com, enfim, com necessidade de uma rede de apoio.” (EA1)

“Há uma questão também que me preocupa que tem a ver com a perda, não é? Portanto que é a perda em primeiro lugar das capacidades, vão-se perdendo as capacidades, vão-se perdendo os amigos, não é? Fisicamente, não é, porque o amigo morre...” (EA3)

“Não é, quer dizer, nós na nossa conversa aqui o que a gente falou sempre é de perda, perda, perda, perda e não há nenhum ganho e às vezes, quando se quer ter algum ganho, olhe a questão da relação amorosa, da afectividade, não é, às vezes os próprios espaços não permitem que haja esses ganhos, não é, que podia ser, podiam ser ainda algum ganho que a pessoa possa ter e não é. Não lhes é permitido na maior parte dos sítios...” (EA3)

“Choca-me pensar que os idosos possam ser postos de lado porque vão diminuindo as suas capacidades.” (EA5)

“Por isso o próprio envelhecimento associado a uma condição física é muito violento para a nossa intervenção e para a pessoa e para a família.” (EIS11)

“Na percepção do envelhecimento, do envelhecimento activo, etc. existe obviamente aquela parte física que nós sabemos do envelhecimento e nós temos aqui sobretudo a parte das demências que estão a surgir. ... Temos muitos casos de demência ... temos alguns casos de Parkinson, temos pessoas acamadas.” (EIS11)

“É a minha ideia de envelhecimento, é um processo mas penso que nós não fomos educados e não estamos ainda a ver bem o envelhecimento como uma coisa natural, eu acho que ainda dá muita dor.” (ES20)

“...é preciso saber também envelhecer irmo-nos adaptando às nossas dificuldades, às nossas dependências, às nossas pequenas incapacidades que vão aumentando...” (ES20)

“A percepção que tenho do envelhecimento, é pá, essa é difícil, ahhh, eu acho que o pior de tudo é perder-se a independência, ficar dependente de alguém e depois o ficar dependente de alguém é já só quando alguém pode, ou alguém quer e não é quando nós precisamos...” (ES22)

Esta concepção de idoso está orientada tanto para as perdas ao nível da funcionalidade, tanto na vertente física como cognitiva, como ao nível da afectividade. É usual associar-se a velhice à falta de autonomia e à doença, de facto, a taxa de doenças é mais elevada na velhice do que noutros grupos etários.

Além de um tempo de perdas alguns entrevistados acrescentaram o factor solidão, considerando que os idosos vivem situações muito duras de solidão, muito pelo afastamento físico da família, que por vezes se teve de afastar por motivos profissionais ou familiares:

“Vamos tendo uma população para além de envelhecida cada vez mais isolada porque as próprias famílias ... vão saindo dos meios naturais onde nasceram por questões de emprego, por questão familiares...” (EA4)

“O idoso sente-se sozinho, os nossos idosos. Sente-se pouco útil, sente, sente-se pouco acarinhado, continua a sentir-se acima de tudo muito sozinho, não é.” (EIS10)

“...estão muito isolados das famílias porque os visita pontualmente, alguns deles e as pessoas sentem-se muito sozinhas muito solitárias. Eu acho que é essa a minha percepção que eu sinto é que é uma grande solidão.” (EIS12)

“...para mim o envelhecimento não tem que ser isso que se torna numa, que aqui no Alentejo se torna solidão.” (ES19)

“...mas, pior que envelhecer, eu acho que é a solidão. A solidão é mais, eu pelo menos de envelhecer não tenho medo, o que me assusta, é se tiver que ficar dependente e ficar sozinha daí que se justifique que aqueles que estão mais sozinhos procurem mais o Centro de Saúde.” (ES19)

“...eu penso que ser idoso é muito triste no nosso país, é muito triste no nosso Alentejo e ainda é triste em (...) porque eu acho que os idosos se encontram muito sozinhos.” (ES20)

É visível a concepção negativa do envelhecimento, associada eventualmente às ideias preconcebidas que categorizam o idoso e à falta de conhecimento do processo de envelhecimento. São os autarcas os que mais apontam as perdas, sendo a solidão mais evidenciada pelos profissionais de saúde. Apesar desta visão pessimista, alguns conseguem ver o envelhecimento como um processo natural, fenómeno universal, individual e gradual, essencialmente os profissionais de saúde:

“Há a parte biológica que essa é a mais fácil. A gente olha para a pessoa e vimos que ela está com o seu processo de envelhecimento, não é? Percebemos, eu acho que a

Misericórdia aqui encara o envelhecimento como um processo activo. Todos os dias envelhecemos, todos nós envelhecemos.” (EIS11)

“O envelhecimento é um processo natural que o homem vai perdendo as suas capacidades a pouco e pouco...” (ES16)

“A minha, eu acho que faz parte do percurso da vida, tudo envelhece, ahhh, a própria gestação, a placenta tem que envelhecer para o bebe nascer, para o feto nascer, e quando a placenta começa a envelhecer é um sinal de que vai, que o processo ahhh, vai iniciar de uma forma, muitas das vezes até prematura, em que o bebe nasce antes do seu tempo previsto, por isso, isto, este exemplo, é adequado à questão de que uns envelhecem mais cedo do que outros, dependente de tudo aquilo que têm, de todos os elementos que fazem a constituição do individuo, estando em harmonia ou não.” (ES17)

“Claro que depois o meio que é a placenta, que é a mãe, não é, a saúde da mãe é importante, os comportamentos da mãe são importantes, a alimentação da mãe é importante ahhh, o exercício físico da mãe é importante. Por isso, tudo isso faz com que a parte genética é importante, tanto da mãe, como do feto, por isso, é um conjunto de factores que cada um tem que aprender a perceber e cada um tem o seu próprio envelhecimento, inserido no todo não é, no seio da família, dos amigos, da comunidade e depois da sociedade.” (ES17)

“Agora, em relação à percepção que temos do envelhecimento, o envelhecimento é uma etapa da vida como qualquer outra...” (ES18)

“O envelhecimento é uma coisa, então para mim, si ne qua non da nossa existência porque a gente passa a vida a envelhecer, a partir do momento em que aparecemos aqui, neste mundo.” (ES23)

Apesar de natural e universal, coloca-se a questão da preparação da velhice. Estaremos nós preparados para envelhecer? Que qualidade têm esses anos que se acrescentaram à vida?

“Aos sessenta e cinco somos idosos temos um vale, isto é paradoxal quando a saúde está a tratar os idosos e está a pô-los mais tempo vivos e até, tentando, com alguma qualidade de vida portanto é um bocadinho, ahhh, parece um paradoxo, porque estamos a dar mais anos mas, não estamos preparados para as limitações naturais que esses anos vão tendo.” (ES20)

“Eu acho que nenhum de nós está preparado, se calhar algumas pessoas que sejam mais, de algumas áreas, mais estudiosas, desta, desta, ou com alguma formação mais mas, é um processo que nós temos que nos ir habituando.” (ES20)

Parece no entanto que um entrevistado vê diferenças na forma como as pessoas têm vivido o seu processo de envelhecimento na actualidade pois, apesar de envelhecerem, cada vez mais esse envelhecimento se faz sentir numa idade mais avançada e consequentemente mantêm um papel mais activo durante mais tempo:

“Não, não tenho, não tenho, não tenho e é verdade vejo as pessoas, pessoas com oitenta anos, quer dizer, não são todas mas, grande parte delas fazem a sua vida normal, pouco precisam de ajuda.” (ES21)

De facto, a visão positiva do envelhecimento, como idade da sabedoria, consequência da sua experiência de vida, foi manifestada por um número reduzido de entrevistados, evidenciando a desvalorização atribuída aos idosos:

“...os idosos têm muito para nos ensinar ainda.” (EA5)

“Depois o idoso que está a envelhecer e assumir que sofre um processo quase genuíno de envelhecimento, porque vai só envelhecendo mas sem uma doença grave que o impossibilite, acaba por ser interessante, penso eu, face à sua sabedoria, à sua experiência, que tem e face à forma também como constrói o dia a dia, não é? Como possui a visão do mundo. Pessoas que são capazes de conversar ainda e de argumentar determinados assuntos, é importante ver o seu ponto de vista.” (EIS11)

“... a última senhora que entrou no Lar é uma senhora que já tem 80 e tal anos e é uma senhora que está muito bem. Ela mesmo outro dia disse “eu não sou doente, tenho assim umas coisinhas da idade e já tenho é muitos anos” e é uma senhora que está muito bem, conversa sobre qualquer tema, é diferente dos outros idosos que temos aqui no Lar.” (EIS11)

“...mas que ao mesmo tempo é uma pessoa que ainda pode dar muito da sua experiência, aos mais novos.” (ES16)

Várias vezes se questiona, “de que servem na actualidade, os conhecimentos obsoletos dos idosos, quando os mesmos já não se conotam como necessários à sobrevivência humana?” Nesta inversão de valores, enfatiza-se a capacidade de produção.

É comum hoje em dia falar-se na decadência da instituição familiar, relegando o papel da família, enquanto instituição de suporte, fruto dos desafios que se enfrentam na sociedade actual. Era necessário perceber, na opinião dos entrevistados, qual o papel da rede informal no apoio aos idosos. Foram então encontradas opiniões distintas, nomeadamente, participação activa e desresponsabilização. Os entrevistados que assentiram na desresponsabilização da família, acham que tal acontece porque a família não tem condições para cuidar dos idosos, até porque os próprios cuidadores já têm também uma idade por vezes avançada e, até mesmo porque cada vez ficam mais reduzidas no número de elementos. Também a mobilidade social e geográfica pode dar lugar ao distanciamento e eventual dificuldade de prestação de cuidados, de facto, parece que os compromissos profissionais dos cuidadores e a distância física acentuam esta problemática:

“Ou porque, ou porque, ou porque não há uma rede montada que permita cuidar da pessoa, dar-lhe a atenção que ela precisa e por isso a tentação é sempre “mete-se no Lar”. Enquanto está no Lar, portanto, nós estamos descansados, não nos estamos a preocupar com isso e vamos lá um fim de semana ver...” (EA1)

“Pronto, depois também há aqui, há muitas vezes, acusam-se as famílias de negligência mas, pode haver casos e há casos de facto, não é, portanto, em que a família se demite. A família, quando digo assim família, portanto, são os filhos, são os netos ... os mais chegados, se demitem mas, que não é fácil, não é fácil, não é?” (EA3)

“... depois esta ausência em termos de espaço (distância física) conduz a que o apoio prestado aos nossos idosos por parte das famílias seja cada vez mais reduzido.” (EA4)

“...vejo com alguma preocupação a questão da continuidade ahhh, isso eu vejo com alguma preocupação porque as famílias estão a ficar cada vez mais pequenas e as pessoas cada vez mais velhas portanto, com necessidades a aumentar e com a diminuição dos cuidadores ou, ou que os próprios cuidadores já são eles velhos a precisar de cuidados.” (EA7)

"... antigamente a família é que cuidava, os familiares próximos é que cuidavam das pessoas idosas, não existiam estas instituições e era a família mais próxima é que cuidava e tratava. Hoje em dia, com a sociedade que temos e a vida que temos, isso não é possível. Também, quanto a mim acho que é muito complicado, um casal que tenha uma família..." (EIS12)

"E então, antigamente era a família que tratava dos idosos, hoje em dia, não há condições, nem ninguém tem condições." (EIS12)

"Mas, na maior parte dos casos não é assim que acontece, os familiares hoje em dia pronto, o mundo mudou, as pessoas mudaram, têm os seus encargos, têm os seus empregos, têm as suas vidas, têm todo um certo número de coisas e acabam por relegar os idosos." (EIS14)

"A maior parte dos idosos que nós temos cá estão sozinhos em casa, têm os filhos portanto, fora, em Lisboa e pronto, e outros emigrantes e estão só portanto, o papel da família neste momento, acho que está a desvanecer um bocado, em relação ao que era antigamente." (EIS15)

"O papel das famílias, é muito importante. Por vezes, há alguma dificuldade em se conciliar porque as pessoas trabalham porque às vezes as famílias não estão por perto. Muitas vezes os filhos deixaram a terra, vão embora, e os pais por vezes, ficam, pronto, nesse processo de envelhecimento ficam sozinhos mas, naqueles em que é possível ter algum apoio da família esse apoio é muito importante." (EIS16)

"...e temos outra vertente que dado a organização e funcionalidade da própria sociedade que as famílias, é muito difícil para as famílias acarinhar, acompanhar e dar continuidade aos cuidados do idoso, isto é, não há, as coisas não estão organizadas nesse sentido." (EIS17)

Parece haver predisposição para que as instituições da comunidade substituam a família e há quem considere que se perdeu o sentido de família:

"Depois, eu acho que as pessoas estão cada vez menos despertas para o apoio ao próximo. Estão muito centradas nelas próprias nos seus próprios problemas e esquecem-se um bocadinho do outro e depois isto leva ao afastamento das famílias..." (EA4)

"Mas continuo, embora tenha havido uma grande evolução na participação das famílias mas, continua a haver uma, uma predisposição para, para que o Apoio Domiciliário da Misericórdia substitua a família. Continua a haver, não é? E, continua a haver alguma dificuldade em fazer perceber a família de que só em conjunto é que as coisas podem funcionar ou, podem funcionar melhor." (EIS10)

"Acho é que se calhar, noções de valores, noções sociais, também estão um bocadinho deturpadas, porque a gente hoje vive muito um ritmo de trabalho, um ritmo ...sei lá, individual, há um culto do individualismo, há um culto do receber muito para comprar coisas muito boas ...e não há uma visão da família, do sentido de família, perde-se um bocadinho..." (EIS11)

"Querem-se demitir elas de todos os encargos que também lhe dizem respeito a elas e colocarem esses encargos nas mãos das instituições e, as pessoas, relegarem-nas para as instituições e pronto, olha "tchau passem bem, até amanhã" e "tratam lá deles que vocês é que têm obrigação disso"." (EIS14)

"Eu percebo perfeitamente mas, quer dizer, eu acho que as famílias cada vez mais se estão a demitir e depois acham que as instituições é que têm obrigação de, ahhh, "estão cá para isso", "alguém lhes paga para isso" portanto, as instituições é que têm obrigação de resolver os problemas..." (ES22)

Outras, referem alguns entrevistados, simplesmente se desvincularam das suas funções, por mais condições que lhes sejam dadas, não assumem esse papel:

“Também a gente sabe que há famílias que por mais condições que a gente lhe dê, não vale a pena. E temos de dizer isto, há famílias que simplesmente não têm condições.” (EA1)

“...também não é geral também há outros casos ... querem mesmo é despachá-los para uma instituição e ficarem sem essa carga.” (EA7)

“Para a família ter os idosos com fome e recebem as reformas e gastam-na e não querem saber dos idosos...” (EIS8)

“E outros, como disse é porque realmente o idoso é um empecilho, o idoso acaba por ser um empecilho. E temos casos, a maioria deles, o idoso tem filhos, e não tem só um filho, tem 3, tem 4...” (EIS9)

“... eu ouço muitas queixas deles (idosos), às vezes, da família.” (EIS11)

“...há famílias que pura e simplesmente não querem saber dos idosos e há famílias que acabam por ser indiferentes para com os idosos. Há famílias que só sabem é reivindicar isto, aquilo, e a outra coisa mas, elas próprias, nunca acabam por fazer nada. Essa é que é a realidade.” (EIS14)

“Porque também nós como enfermeiras vemos muitas vezes que as pessoas unicamente não querem ter trabalho ahhh, e às vezes até têm possibilidades para as pessoas ficarem em casa e arranjam alguém para cuidar deles. Mas isso não, não se preocupam, negam a existência dos idosos e “eu tenho que trabalhar”, a justificação é “eu tenho que trabalhar para ganhar dinheiro”, isso, sem dúvida que é fundamental mas ahhh, os idosos também não se podem deixar sozinhos, como acontece.” (EIS19)

“Por vezes, às vezes, vemos aí nos jornais que deixam um senhor, ou uma senhora de oitenta e tal anos sozinho e vão dar com ele ao fim de três ou quatro dias morto, é sinal que nem sequer lá foram não é? Será que não conseguimos tirar um bocadinho do nosso tempo nem que seja meia hora por dia para dizermos “olá está tudo bem”, é muito triste, eu acho. As famílias não podem negar ao fim e ao cabo as suas origens, eu acho.” (EIS19)

“...e há outras famílias que culturalmente, na mesma comunidade, havia famílias que desprezavam um bocadinho os idosos...” (EIS20)

“...mas, mesmo lá eu tinha famílias que os idosos estavam, iam sozinhos à consulta e choravam porque os filhos não lhes davam apoio nenhum, nenhum, zero.” (EIS20)

Algumas vezes esta desresponsabilização leva à institucionalização dos idosos, que mesmo assim continuam a não ter apoio por parte dos familiares:

“Tenho outras pessoas que são completamente empurradas, digamos que é o termo, a virem para um Lar e que a família vem cá saber se há vaga, saber para Centro de Dia, depois passam para Lar e estão praticamente um ano, um ano, meses, N meses que não vêm ver o familiar.” (EIS9)

“Temos também aqui idosos que desde o momento que foram instituídos nunca mais foram lá fora visitar os familiares e que eu noto que às vezes eles sentem essa necessidade e até alerto os familiares, com alguma diplomacia e chamo a atenção para isso.” (EIS12)

“E, muitos deles eu noto, por acaso é uma coisa que me choca, chegaram aqui e nunca mais saíram com a família.” (EIS12)

Outro motivo de afastamento dos familiares acontece devido ao mau relacionamento que antes já existia com o idoso, por vezes motivo da institucionalização:

“Tem filhos, tem netos, só que eu uma vez falei com a neta e procurei saber porque é que era este afastamento tão grande. E, o que a senhora então disse é que ela era muito má para eles e que não merecia que viessem cá. Portanto, são situações complicadas de extremo abandono. Completamente de extremo abandono.” (EIS9)

Um entrevistado frisou também a necessidade que os idosos por vezes sentem em desculpabilizar a família e justificar o seu afastamento e também por não quererem envolver os filhos:

“Têm uma capacidade de compreensão face aos filhos. Nós às vezes, técnicos, não compreendemos e eles desculpabilizam sempre os filhos. Eu acho que há idosos assim ... “o meu filho não pode porque está a pagar a casa”, “tem que cuidar dos filhos dele”, “eu tenho que vir para aqui porque eu não quero incomodar o meu filho” e às vezes o próprio idoso, há idosos que nunca dão oportunidade aos filhos de participarem.” (EIS11)

“Porque isto da relação idoso-família é muito difícil de avaliar. Porque há aquela família que não quer saber do idoso e se calhar nós não temos assim tantos casos. Temos alguns mas, não são a maioria... temos alguns casos mas ... depois temos outros que o idoso não quer envolver os seus filhos.” (EIS11)

A rede de suporte ao idoso no seio da família, apesar de tudo, ainda é percebida pelos entrevistados, desenvolvendo a mesma uma participação activa, sobretudo nos meios mais pequenos, até mesmo pelo aspecto cultural, nem que para isso as famílias tenham de recorrer a outros apoios, muitas vezes quando a situação se torna incomportável. Mas, até mesmo aquando da institucionalização esses vínculos mantêm-se:

“E, nós estamos em terras pequenas, onde as redes familiares apesar de tudo, e de vizinhança também, ainda vão funcionando, em sítios de maior dimensão o desenraizamento é total e é uma solidão imensa...” (EA1)

“Eu penso que se mantém (papel da família) não é, portanto, ainda bem, com mais apoios. Aqui há uns anos o apoio a um idoso era exclusivamente aquele que vinha da família, ou dos amigos ou dos vizinhos não é.” (EA6)

“...se calhar porque é um meio pequeno e com alguns valores culturais ainda antigos, antigos em termos de tradições ainda se vê muito o papel do cuidador na família.” (EA7)

“... acho que a família continua a ser um apoio, portanto a ser um pilar de apoio aos idosos mas, eu acho que deveria ser sempre não é, e esses todos, esquemas paralelos, que nós conseguirmos implementar deverão ser um complemento desse apoio da família...” (EA6)

“Por enquanto ainda se observa muito a questão do apoio familiar.” (EA7)

“Tenho outro grupo de pessoas portanto que entendem, que entenderam a sua vinda para um Lar, continuam a dar-se com a família, a família continua a dar-se muito bem com eles vem o Natal vão a casa, vem uma Páscoa vão a casa, são capazes de passar uma semana de férias com a família e sentem-se felizes.” (EIS9)

“...há utentes que chegam, que nos chegam já num estado avançado de dependência porque até lá a família cuidou, não é. Só quando a família se viu completamente, ahhh, e isso acontece, acontece também, só quando a família se viu impotente e incapaz de solucionar a questão.” (EIS10)

“Eu tenho famílias que levam os idosos de férias eu assim fico “espectacular”, dou logo os parabéns, “excelente”, “ainda bem” e netos que dizem “eu fui passear com a minha avó”, “excelente”, tento logo valorizar porque era importante esses exemplos passarem para outros.” (ES20)

“...a comunidade de (...), de um modo geral, eu vi, cuidava dos seus idosos e cuida dos seus idosos que acho que depois há uma cultura que se passa um bocadinho é um exemplo do que se faz...” (ES20)

“...tivemos sempre ahhh muita, muita, muita facilidade de articularmos com as famílias e com os próprios utentes em casa.” (ES21)

“...eu no outro dia estava a falar com as colegas e elas diziam que neste momento sessenta pessoas das que morrem, do grupo que elas trabalham, já morrem em casa, setenta por cento é um grande número, eu fiquei abismado eu sabia que a coisa acontecia mas pensava que andasse aí nos quinze por cento, vinte por cento, setenta por cento, disseram elas, das pessoas que morrem, já o fazem em casa portanto, já não procuram o hospital ou outra instituição como medida de afastamento da casa.” (ES21)

“Olhe, ainda estamos num meio bom, apesar de tudo, porque o meio rural ainda tem uma carga familiar da importância da família, no cuidar do idoso ainda muito marcada...” (ES23)

“...porque nós ainda conseguimos ter as famílias, os idosos nos seios familiares, em que a família é um grande apoio e são os parceiros grandes da saúde. Aliás nós é que somos parceiros deles...” (ES23)

De facto, para estes entrevistados, quando se apoiam as famílias é mais fácil para elas desempenharem um papel que sentem como motivo de orgulho, algo que lhes é intrínseco:

“Ahhh, o pessoal que trabalha, as equipas que trabalham com esses idosos e com as famílias tentam ainda assim arranjar estratégias de motivá-los, de não, de os apoiar de forma a que eles não se sintam exaustos, cansados ou desapeados e que abandonem um bocado esse papel.” (EA7)

“Na família, ahhh, as que têm suporte familiar não é tão complicado porque eles sentem esse papel de família cuidadora de uma forma intrínseca.” (EA7)

“Portanto, a família que eles têm para os apoiar é muito pouca ou nenhuma, isso preocupa-me, agora as que cá estão, as que ainda permanecem, com o apoio das, destas instituições, quer a nível do apoio, quer ao nível do apoio domiciliário, ahhh, ou dos centros de dia, eu acho que elas estão muito capacitadas e estão motivadas e quando fazemos workshop’s de cuidadores, são cada vez mais as pessoas que se mostram interessadas em continuar a fazer esse trabalho e a partilhar connosco essa tarefa de cuidar dos idosos deles...” (ES23)

Há ainda quem considere que o idoso terá no futuro um papel central no seio da família, tal como acontece actualmente com as crianças:

“...tudo isto está a mudar e que penso que se até aqui a criança, no início ou finais do século passado, a criança era o centro das atenções, o conceito de saúde era um, o conceito de beleza era outro e se a criança esteve durante vários anos centrada nas famílias não é, passou a estar, eu penso que de futuro vai ser o idoso o centro desta questão ...” (ES17)

Até mesmo as relações de vizinhança ainda têm alguma expressão nos meios rurais. Parece continuar a fazer parte do imaginário colectivo a ideia de que, sobretudo em meio rural as relações de vizinhança ainda têm algum significado:

“...portanto nós aqui de qualquer modo ainda vamos conseguindo ter uma rede de suporte de vizinhança, de família que vá facilitando mas isso também é cada vez, cada vez, menor, não é? É cada vez menor.” (EA3)

“Acho que nessa matéria da vizinhança, nem tudo foi bom mas, acho que ainda estamos muito próximo ou pelo menos, ainda estão presentes e patentes muitos valores que levavam a que a comunidade se organizasse de forma a dar respostas positivas àqueles que precisam e que não tendo uma família mais próxima portanto ... pelo vizinho ou pelo amigo do lado acho que esses sinais ainda estão muito presentes aqui na nossa, na nossa sociedade...” (EA6)

“O que é que acontece é que as famílias outrora famílias alargadas agora são famílias muito mais pequenas portanto o número de cuidadores diminuiu mas, é muito frequente

observar ainda a relação de vizinhança, principalmente nas aldeias e até na vila apesar de ser uma vila maior e sede do concelho.” (EA7)

“Nas relações de vizinhança temos que trabalhá-las de facto garantindo que se mantém um bom relacionamento e que sentem apoio por parte dos outros técnicos para não se correr o risco de “não tenho obrigação” e “estou cansada” e “ninguém me ajuda” e esses sim, têm sido um pólo de atenção das equipas que trabalham com os utentes e as famílias...” (EA7)

“Mas, ainda se vê muito aqui no concelho, ainda se vê muito, a questão da relação de vizinhança e isso, daí a importância que atribuem à prestação de cuidadores.” (EA7)

Percepção das dificuldades dos idosos e famílias

No dia-a-dia, na sua vida profissional, os entrevistados têm a percepção das principais dificuldades vivenciadas pelos familiares que cuidam de idosos, condicionando o apoio aos mais velhos. As dificuldades mais referidas prendem-se com os aspectos profissionais, pois é premente a necessidade de manter o emprego pelas consequências económicas que daí adviriam, sendo este processo ainda mais visível pela entrada da mulher no mercado de trabalho:

“Mas, claramente a percepção é que, exactamente por isso, às vezes, o ir para o Lar, não corresponde à necessidade do idoso mas sim à necessidade dos filhos e outros familiares que porque, ou por questões profissionais, porque têm os seus salários e não podem prescindir dos seus empregos para cuidar da pessoa que têm ali a seu cargo.” (EA1)

“A grande dificuldade é a seguinte, hoje toda a gente trabalha. Porque a vida é mesmo assim...já lá vai o tempo que a mulher só tratava das crianças e não sei quê. Há um tempo as pessoas têm o seu trabalho, as pessoas têm o seu trabalho, os idosos? Não é como há uns tempos atrás.” (EA2)

“Acaba por ser esta questão e, a mulher nós sabemos, quer dizer cabe sempre este papel à mulher, seja a nora, seja a filha ... ela acaba sempre por transportar, digamos assim, esta tarefa consigo. E hoje em dia, não é, não é, não é possível, não é? Porque as mulheres têm mesmo que se deslocar e não há, a maior parte das mulheres que trabalham, trabalham fora do seu espaço de residência não é, e torna-se muito complicado, eu penso que é isso.” (EA3)

“E, transportá-los, não é, pronto, ainda que haja condições em casa mas, por exemplo, se ambos trabalham, o casal trabalha tem que se colocar em algumas circunstâncias o idoso por exemplo num Centro de Dia.” (EA3)

“Para além disso as características da nossa sociedade actual sobretudo ao nível familiar e laboral também não permite portanto como era se calhar há 10 ou 15 anos atrás o apoio aos idosos porque nós andamos muito mais compenetrados no emprego. Dantes os empregos eram muito na lógica do entrava às 9 e saía às 5, agora já não é bem assim, há muitos trabalhos por turnos. E portanto, toda essa vida rotineira e se calhar um trabalho já não chega e tem de se arranjar dois.” (EA4)

“Os idosos precisam de cuidados não só diários como quase permanentes e eles não podem. Não podem perder o emprego...” (EIS8)

“Mas, eu penso que, efectivamente há, há um ciclo vicioso do qual a gente não pode sair, porque efectivamente eu não posso pedir a um filho ou uma filha “olhe, deixe lá de trabalhar se faz favor, para ficar com o seu pai”, não posso, não é.” (EIS10)

“Procuram o Lar de idosos porque cada vez mais os filhos se confrontam com o problema que não têm condições também para terem os pais com eles porque trabalham durante o dia e só regressam à noite.” (EIS12)

“Cada vez mais as famílias precisam de auxílio, de ajuda, de apoio, porque têm de trabalhar e não têm onde deixar a mãe, o pai o familiar.” (EIS13)

“Neste momento é muito difícil não é, a família dar, apoiar os pais, os sogros, os tios porque trabalham. Quase toda a gente trabalha não é, e é muito difícil, outros que não trabalham cá, foram trabalhar para fora e estão fora.” (ES15)

Logo de seguida, surgem as dificuldades financeiras como aspecto constrangedor no apoio da família aos idosos, consequência das baixas reformas dos idosos, com a agravante de muitas vezes terem despesas acrescidas, o que vai condicionar, por vezes, o acesso aos recursos:

“Depois aqui está uma questão que também é complicadíssima não é, que tem a ver mas, isto também não é só a nível do concelho de (...) é um problema digamos, global do nosso país que é as reformas dos idosos, não é, baixíssimas face, para fazer face a, às necessidades sobretudo com medicamentos e outras que eles têm, não é, portanto, e isso também acaba por ser um encargo muito grande para algumas famílias.” (EA3)

“Mas, depois, em contrapartida há a questão financeira, não é? Porque quando se recebe uma resposta social de uma IPSS as coisas funcionam mais ou menos, agora quando se tem de recorrer ao privado torna-se tudo mais complicado do ponto de vista financeiro.” (EA4)

“As necessidades portanto, normalmente são económicas, de ordem económica, uma incapacidade de dar ao idoso aquilo que é digno mas, por vezes, não basta apenas a parte económica...” (EA6)

“Há depois a questão alhh, e também o facto, outro dos factos, porque ainda existem muitas famílias cuidadoras é porque há muita falta de emprego e portanto quando as pessoas não têm emprego ficam em casa mas, isso depois trás outras questões. É que, como não têm emprego, também não têm dinheiro e como não têm dinheiro, começam a ficar com as questões sociais que derivam desses problemas.” (EA7)

“Eu penso ... recursos em termos ... apoios financeiros é claro que eles têm a sua pensão de reforma, em regra as pensões de reforma andam entre os 240 euros, 360 euros, raramente há pessoas que têm reformas mais altas...” (EIS9)

“Portanto, eles não estando na instituição, a família além da pensão de reforma, tem direito a um apoio, a um apoio que é da terceira pessoa, que é a terceira pessoa que também não é muito elevado mas, pronto. De resto, não há mais apoios. A família e os idosos têm muito poucos apoios, em termos de Estado.” (EIS9)

“...as pensões sociais dos idosos são baixas, são precárias. Pode, eles sentirem essa necessidade mas não conseguirem suportar esse custo.” (ES17)

“Ahhh, além do problema económico que muitas vezes acaba por existir porque isto, infelizmente é, quem tem dinheiro, se calhar até consegue arranjar uma pessoa...” (ES19)

“...e económicos, dificuldades económicas também têm, porque a maior parte deles vive da reforma mesmo com o complemento solidário, não é uma grande coisa e os dispositivos são caros, não é, as fraldas são caras, os suplementos alimentares em algumas situações são necessárias a gente até dá algumas dicas para que não sejam todos a agravar as situações, que são caras, as reformas são baixinhas, a prestação é paga se recorrerem ao serviço de apoio domiciliário ou a um centro de dia têm que prescindir de parte da reforma e depois a medicação e as despesas com a casa acaba por ser mesmo sendo pouca...” (ES23)

“...mesmo que as pessoas tenham a capacidade de que criaram ao longo da vida delas de viver com pouco eles conseguem fazer milagres com o rendimento que recebem mas, ainda assim, sentem essa necessidade e tem-se sentido porque de algumas formas já

recorrem à Segurança Social para apoios esporádicos ou até mesmo para o banco de ajuda alimentar, em alguma situação mais crítica e é isso, tem-se notado.” (ES23)

Também foi dado algum ênfase às consequências que a alteração da dinâmica familiar trouxe no apoio aos idosos, pois as pessoas tiveram necessidade de se afastar do local onde nasceram. As alterações a nível da estrutura familiar e o surgimento de novas formas de família também, segundo eles, condicionam esse apoio. Actualmente a falta de tempo e disponibilidade é uma constante:

“...aquela questão que falámos há bocado das família terem o idoso em casa ou não terem, é muito complicado como eu já referi atrás também, portanto, as famílias acabam por hoje não viver nos sítios onde nasceram, onde vivem os seus pais.” (EA3)

“...dantes nós tínhamos muito as famílias alargadas agora são famílias nucleares, são famílias desestruturadas, reorganizadas e portanto, depois todas estas características familiares de alguma forma depois vão tendo algum impacto no cuidado aos idosos.” (EA4)

“Olhe, para já, penso que um dos grandes problemas é o tempo, cada vez temos menos tempo. Não sei porquê mas, cada vez temos menos tempo e isso é logo um grande problema em termos do apoio aos idosos.” (EA4)

“Porque se antigamente as mulheres estavam sempre em casa e cuidavam dos sogros e dos pais e dos tios e etc. do cão e do gato e tudo, ahhh, a partir do momento em que começaram a sair ficaram obviamente sem tempo, não é, e então delegaram, entre aspas, essa função de cuidador às instituições e é sempre a falta de disponibilidade, ponto um.” (EIS10)

“Porque, às vezes há um idoso que até tem família mas depois a família não tem disponibilidade, não tem tempo para ele e ele recorre aos serviços.” (EIS11)

“Cada vez mais, as famílias têm menos tempo, menos tempo, conseguem ocupar-se menos do idoso.” (EIS13)

“Eu penso que a organização familiar e a organização da própria sociedade, nalgumas situações não está ajustada à necessidade do idoso e à qualidade de vida do idoso... e a própria família não tem estrutura organizativa política, social e económica para poder coordenar e cuidar das, dos seus familiares mais idosos.” (ES17)

“Ahhh, os filhos por exemplo, destes idosos partiram, muitos partiram para fora e eles têm que tentar cuidar de si próprios.” (ES17)

“Depende, o papel das famílias depende da disponibilidade das famílias, física, porque se as famílias residirem a duzentos quilómetros de distância...” (ES18)

“É lógico que as famílias têm, ahhh, obrigação é uma palavra um bocadinho forte, mas, têm a função de apoiar os seus idosos mas, hoje em dia também, ahhh, nós temos uma vida sempre a correr de um lado para o outro porque eu lembro-me ahhh, há uns anos atrás, há dez anos, a minha mãe cuidou da minha avó mas eu, se calhar, agora quando estiver nessas circunstâncias já não tenho disponibilidade para cuidar dos meus pais.” (ES19)

Outra das consequências de cuidar do idoso e que acarreta grandes dificuldades tem a ver com a sobrecarga do cuidador, seja ela física ou psicológica. Algumas vezes os próprios cuidadores são idosos, com alterações ao nível da sua saúde e a precisarem eles próprios de apoio, que nalgumas situações não lhe é disponibilizado, o que lhes

causa alguma insegurança e pode levar à exaustão do cuidador. Segundo transmitem não é fácil prestar cuidados a um idoso com dependência física ou cognitiva. Surge então outra questão, como cuidar de quem cuida?

“... a minha mãe, ela própria já é idosa, ela própria não tem condições para a levantar, para lhe dar banho.” (EA1)

“Pois, exactamente apesar de pequenas, elas, as próprias famílias, os próprios cuidadores já estão a ficar velhos porque há pouca gente nova.” (EA7)

“Depois eles próprios ficam exaustos principalmente se estão com idosos acamados ou totalmente dependentes, nos outros é mais fácil uma vez que nos totalmente dependentes temos a questão da exaustão do cuidador e ficam muito cansados e a precisar eles próprios de apoio.” (EA7)

“...para tratar um idoso, para levantar um idoso, uma pessoa só, não dá, não pode, levantar a pessoa, o idoso, deitar a pessoa, dar-lhe de comer, dar-lhe banho, pessoas normalmente idosos e quase sempre têm um bocadinho de peso, porque é normal, todos os corpos dos idosos se vão transformando para mais fortes e as pessoas não podem. É preciso sempre 2 pessoas e nem sempre um familiar tem lá 2 pessoas à disposição.” (EIS8)

“Temos um caso assim há 15 anos, em que a família nunca mais saiu de casa desde que tem o idoso para tomar conta. E, acaba por um dia, 2 dias, anos, é desgastador para a pessoa. Não quer dizer que a pessoa não queira fazer porque ele começa a ter psicologicamente vulnerabilidade, agressividade, não dorme. Acaba por ter aqui um conjunto de coisas associadas à pessoa que quer cuidar do seu idoso.” (EIS11)

“Porque a demência eu acho que deve ser das coisas mais violentas, cuidar de uma pessoa com demência deve ser muito violento o dia a dia...às vezes a família também faz um esforço. Eu acho que a família faz esforços muito difíceis.” (EIS11)

“...por exemplo, aqui nas nossas extensões, não é, é a parte da, de não terem médico sempre na extensão e a parte de terem que se deslocar com os seus utentes, ainda por cima, estes idosos são sempre dementes, não é, e têm sempre muita necessidade de cuidados de saúde e portanto, eu acho que a maior necessidade deles realmente, são cuidados de saúde, saúde e apoio social.” (ES15)

“Olhe, eles sentem uma necessidade de sentirem que têm onde recorrer, se eles souberem que existe alguém, que existem instituições a que eles podem recorrer ou o médico, eles sentem-se mais seguros, e isso é uma necessidade que eles sentem.” (ES23)

“Eles têm que saber, se acontecer alguma coisa, que não esteja trabalhado já com eles ou que eles não estejam à espera, “onde é que eu posso ir”, qual é que, é nisso, eles têm essa necessidade depois têm alguma necessidade de saber o que fazer no quotidiano perante as limitações e o nível de dependência da família.” (ES23)

As condições da habitação, são as menos sinalizadas pelos entrevistados, enquanto causadora de dificuldade para o cuidador. De facto, as condições da habitação não levantam grandes constrangimentos. No entanto, para alguns elas existem, não tanto pela dimensão das mesmas mas pela necessidade de privacidade e pelas barreiras arquitectónicas que elas apresentam:

“Por outro lado também, ahhh, são outro nível de exigência, mesmo em termos de organização de espaço da casa, não é. Antigamente não havia necessidade de cada um ter o seu espaço, não é? Portanto, o neto partilhava o quarto com o avô, hoje isso já não acontece. Portanto, a própria organização da casa, do espaço familiar, também penso que tem influência, não é? Portanto, as casas, não é, que sejam mais pequenas porque se calhar antigamente acabavam por ser mais pequenas portanto mas, é esta, este, esta outra forma, não é, de viver o próprio espaço.” (EA3)

“Não ficam bem instalados porque já não há condições para ter um idoso em casa que entretanto é os filhos que crescem, são outras situações e já não têm lugar para eles...” (EIS8)

“... depois há uma dificuldade muito grande porque as pessoas vivem em habitações extremamente degradadas, sem condições, sem terem uma banheira, sem terem um polibã, a ter que se dar banho a essas utentes num alguidar. Às vezes, nem dentro de casa têm uma casa de banho. Têm uma pia no quintal que chamam a pia. Tem que se aquecer a água e levar, outras vezes traz-se a idosa, passa pelo quintal porque a pia é no quintal. E, depois têm muitas barreiras, têm degraus, têm as escadas que as pessoas têm muita dificuldade em descer, em utilizar o espaço.” (EIS9)

“...por outro lado, eles têm necessidade que, de alguma forma, têm sido colmatadas, como eu digo, das ajudas técnicas, a eliminação de algumas barreiras, estas casinhas do Alentejo são muitas delas interiores com pequenos degraus com pouca luz, algumas com as casas, foram construídas, não é, para se protegerem dos calores, depois as janelas são pequenas agora, depois é preciso luz porque eles deixaram de ver também alguma coisa.” (ES23)

O facto de os idosos terem de se afastar da habitação onde sempre viveram também constitui um problema. O desenraizamento pode trazer consequências nefastas para os idosos:

“...as famílias propõem ao idoso levá-lo para a sua casa, o idoso está habituado a viver num monte rodeado de terra, de galinhas, de árvores e do cão e do gato e portanto não aceita sair do seu ambiente para ir para um terceiro andar ou para um quinto andar. Depois não pode descer a escada, depois não há elevador, depois passa os dias inteiros dentro de casa, depois deprime-se.” (ES18)

Na opinião destes informantes, a formação, ou mais concretamente, a necessidade dela, também constitui uma dificuldade para as famílias, seja esta formação formal ou informal:

“Depois, têm as questões em termos de necessidades, o que eles falam mais é na necessidade de para além das questões económicas que já falei, da questão de ter alguém que os ensine portanto, a questão da formação é uma das necessidades que eles notam.” (EA7)

“Não falam sempre da formação como formação formal em sala de aula mas, falam muitas vezes da necessidade de alguém que os ajude.” (EA7)

“Sei que no momento existe uma série de trabalhos feitos pelas equipas que estão a trabalhar as famílias em termos de lhes dar, promover essa formação de uma forma umas vezes formais outras vezes informal mas, eles continuam a referir isso como uma necessidade permanente. Portanto não pode ser uma só, uma ou duas acções pontuais é uma coisa que eles têm de ter permanentemente porque as características dos utentes que têm à frente vão mudando e as necessidades deles vão mudando também.” (EA7)

“E, normalmente as famílias, ahhh, vêem com muito bons olhos esta ajuda porque às vezes o grande receio da família é o não conseguir fazer, o não saber fazer, não é.” (EIS10)

Esta formação, não é só necessária para facilitar a prestação de cuidados aos idosos mas também para que os cuidadores possam estar informados sobre onde podem recorrer para adquirir equipamentos que lhes facilitem a prestação de cuidados. É importante estar informado acerca das respostas da comunidade de que pode usufruir:

“Para já, eu acho que é a falta de informação porque, apesar de não haver ainda muitas infra-estruturas de apoio, às vezes as pessoas não têm informação onde é que podem adquirir alugado, emprestado, uma cama articulada, uma cadeira de rodas, umas canadianas, um andarilho, ahhh, que se pode pedir.” (ES22)

“Por exemplo, a Câmara tem uma oficina domiciliária para as pessoas que têm o Cartão de Idoso e há muita gente que não sabe, por exemplo, que através da requisição desse serviço podem ser instaladas ajudas técnicas em casa, para facilitar o dia a dia da pessoa portanto, eu acho que o principal, o principal problema tem a ver com a falta de informação...” (ES22)

Intervenções requeridas

Identificadas que estavam, na perspectiva dos representantes das instituições formais da comunidade, algumas das problemáticas com que se defrontam as famílias que cuidam de idosos e quais os recursos que têm disponíveis na comunidade, a percepção dos entrevistados acerca das estratégias de intervenção, consentâneas com a realidade e características dos vários concelhos, afigura-se de particular interesse. Quando questionados sobre este assunto, sobressaiu de forma muito clara o apoio no domicílio, no entanto este apoio deve revestir-se de características diferentes do actual conceito, perspectivando-se um apoio de proximidade, mais alargado no tipo de apoio que presta e que contemple as 24 horas, de forma a dar um apoio efectivo aos idosos e famílias:

“Monta-se uma rede de acompanhamento, em vez de ser a tradicional auxiliar para fazer, para uma pessoa que esteja mais próximo da pessoa ou essa auxiliar que possa estar a abranger 2 ou 3 pessoas, não sei. Montar uma unidade mais próxima das pessoas.” (EA1)

“Também não sei como é que isso pode ser feito mas, não é seguramente pelo tradicional Apoio Domiciliário que nós lá conseguimos chegar. Esse conceito tem de ser alargado, tem que ser aprofundado e eventualmente, quando isso acontecer, um bom conjunto de pessoas que hoje vai para os Lares por falta de alternativa quer próprias, quer familiares, eventualmente possa lá ficar nas suas casas. Penso que é isso o desejável.” (EA1)

“Nomeadamente, aquela questão da companhia, estar presencialmente, alguém a fazer isso. Ainda que não fosse um acompanhante por idoso, eventualmente fazer pequenos núcleos, até por vizinhança. Se no largo da serra estão 4 ou 5 pessoas que precisam deste tipo de apoio porque não ter 1 ou 2 duas pessoas para fazer apoio a essas 4 ou 5.” (EA1)

“Há uns anos atrás a mulher tinha um papel diferente do de hoje, estava em casa, cuidava das crianças, cuidava dos seus idosos e, hoje não é assim, não é, as exigências são de outra natureza e as mulheres por diversas razões deixaram de ter apenas o papel de donas de casa e exercem actividade profissional, o que exige outro tipo de serviços de proximidade às famílias, nomeadamente, em relação aos idosos...de maneira que eu penso que a grande necessidade seriam as tais respostas de apoio à família, quer no apoio domiciliário, quer nas ajudas técnicas, quer a outros níveis, eventualmente.” (EA5)

“Nos idosos a maior preocupação que temos, eles e as famílias é a noite. Os filhos, ou os netos, ou as famílias que estão a trabalhar em Évora, em Montemor, em Lisboa ou num lado qualquer a preocupação deles é saberem que os pais estão sozinhos em casa e dar-lhes o Apoio Domiciliário 24 horas, tudo bem.” (EIS8)

“...o Estado vem dizer-mos assim, a Segurança Social “o idoso deve ficar sempre no seu meio natural, só quando ele não consegue ficar é que devemos ajudar”, ou seja, para entrar numa instituição é um processo gradual só que depois nós vimos idosos, isso é dito pelo Estado, o Estado dá uma ajudinha em situações de apoio aos domicílios, algum tipo de verbas, pronto facilita muito. Mas, ele esquece-se que o apoio ao domicílio

sobretudo os organismos públicos, não é tão eficaz assim, o idoso há noite fica com quem? Não há apoio domiciliário nocturno, não é?" (EIS11)

"Em relação à valência de Apoio Domiciliário o facto de conseguirmos durante o fim-de-semana que acho que é muito importante..." (EIS12)

"É assim, se houvesse aos fim-de-semana também se pudesse disponibilizar os serviços que se fazem durante a semana já é uma ajuda... À alimentação, à higiene porque quando nós deixamos à Sexta-feira a pessoa e Segunda-feira lá chegamos e encontramos quase tudo como deixámos já vimos o que essa pessoa por aí passou, não é? São dois dias intermináveis." (EIS13)

"Por isso o haver mais apoio domiciliário, o haver ahhh, o apoio domiciliário, não é só nós, enfermeiros, irmos fazer a higiene, precisava, não, é a outra parte toda, do ir às compras, ou de, todas coisas que uma pessoa menos diferenciada poderia fazer." (ES19)

"Também somos um bocadinho pobres pronto, volta a ter um bocadinho a ver com o dinheiro portanto, as comunidades têm que encontrar e têm que ter instituições que serão Igreja, que serão Escuteiros, que serão grupo da, como estes da Universidade Sénior que possam fazer de entre visitas domiciliárias, visitas a pessoas que vivem sozinhas, levá-las a passear portanto, eu acho que a comunidade tem que encontrar isso." (ES20)

"Isto foi uma coisa que fez com que nós agarrássemos com unhas e dentes o apoio domiciliário inclusive, a gente aqui tem uma maneira de pensar diferente do que do que é a política que se está a imprimir a este nível que era devia-se ter começado pela base, isto é, nós defendemos, há muitos anos, desde dois mil e dois, com a experiência que fomos obtendo que dever-se-ia ter começado em vez de estarmos a fazer estas grandes unidades espalhadas por aí em todo o lado era fortalecer um serviço domiciliário de base com recursos ahhh e depois então, de acordo com as necessidades que poderiam aparecer daí, irem-se construindo as unidades." (ES21)

"...as instituições como dizia há bocado, também ainda não têm a resposta toda necessária porque cada vez aparecem mais pessoas a ficarem em casa, a necessitarem de cuidados em casa e então nós de momento, neste momento, estamos a procurar a resposta através de criarmos, não que seja directamente da nossa responsabilidade, mas criarmos bolsas informais dentro do concelho, de forma, a que aquilo que as pessoas necessitarem, a gente conheça as pessoas e sejam pessoas que a gente tenha confiança que podem ajudar essas pessoas..." (ES21)

Os entrevistados também valorizaram a necessidade de intervenção a nível dos domicílios no sentido de eliminar barreiras arquitectónicas, a aquisição de ajudas técnicas e prestação de outros serviços que por sua vez irão contribuir para a promoção da autonomia e independência dos idosos e famílias e consequentemente facilitar a sua permanência no domicílio. Para isso a colaboração das várias instituições da comunidade é vital, por forma a que esse apoio no domicílio seja multisectorial e multidisciplinar:

"Os contributos da Junta ainda para fazer face às necessidades dessas situações tem a ver com a realização de pequenas obras de melhorias habitacionais em casa de forma a diminuir o nível de dependência ou de alguma forma melhorar a autonomia desses utentes nomeadamente, o alargamento de portas de forma a que as canadianas, ou os andarilhos e as cadeiras de rodas possam andar, a construção de rampas, a aplicação de corrimões ou a diminuição, transformar degraus em pequenas rampas ou em patamares de forma a que os utentes, os idosos, possam deambular ahhh, são pequenas coisas que podem melhorar imenso a qualidade de vida dessas pessoas e aí eu acho que quer a Câmara quer as Juntas de freguesia todas, do concelho, têm todas essa perspectiva, a necessidade de intervir." (EA7)

"... a minha proposta de intervenção passaria sempre pelo, por potenciar cada vez mais o Apoio Domiciliário e ahhh, mas, numa vertente integrada de facto, não pode ser só cada um a fazer por si, de forma integrada em que todos os sectores funcionassem." (EA7)

“Só que o idoso às vezes até está mais ou menos e se tivesse mais apoio até conseguia ficar mais tempo no seu meio natural e acho que aí é uma necessidade do idoso. O idoso no domicílio devia ter outro tipo, não é só ir lá fazer a higiene, fazer o banho. A nível das infra-estruturas das casas, casas de banho. No concelho de (...) há pessoas que não têm casa de banho.” (EIS11)

“E, precisávamos do apoio da Câmara que fizesse visita domiciliária para trabalhar estas áreas com lavandaria social, com limpeza da casa, com pintura da casa.” (ES18)

“Nem que seja para não sair de casa mas, a verdade é que passam a ter uma vida autónoma, dentro de casa, não é, e eu penso que dever-se-ia ter feito nessa altura era um investimento a cem por cento a nível de Cuidados de Saúde Primários isto era, a pessoa não tinha que ter aquele ginásio isso era os hospitais e têm aí fora montes de instituições mas, termos o dever de levar esses cuidados era a casa das pessoas que era as que mais precisavam. Uma das propostas seria aumentar o número de horas, por exemplo, da fisioterapeuta...” (ES21)

“...possivelmente também necessitaríamos de maior número de horas por exemplo a nível da assistente social, a psicóloga também era necessária essa, essa dá-nos poucas horas por semana possivelmente seria bom dar-lhes mais horas porque, ahhh, se desenvolveu e, agora com os paliativos nós temos uma equipa piloto e isso é necessário...” (ES21)

“Olhe, a primeira é, se calhar, se tivéssemos mais pessoal podíamos fazer mais alguma coisa até mesmo uma colaboração directa com a Misericórdia, nesse sentido, porque eu acho que fazia falta, eu não digo todos os dias, mas uma vez por semana, uma vez de quinze em quinze dias, ir uma psicóloga, um médico, ou um enfermeiro, não digo que fossem sempre todos mas, passar por certos doentes que são apoiados no apoio domiciliário, que às vezes não precisam só da auxiliar que lá vai mas, precisam de outras coisas...” (ES22)

“...criação de grupos onde os próprios idosos, a gente não pode falar dos familiares prestadores informais porque esses nós temos conseguido trabalhar agora mesmo dos próprios idosos, com uma equipa de enfermagem reduzida, sem outros técnicos é difícil a gente trabalhar com eles em casa qualquer coisa que não seja o extremamente necessário.” (ES23)

Efectivamente o domicílio é o lugar por excelência onde os idosos devem permanecer, preferencialmente junto da família, prevenindo a institucionalização:

“E, procurar se o idoso, ele próprio, não tem condições de funcionar se é ou não possível encontrar alguém a quem possam ser dadas essas condições para em casa, na sua casa, porque é onde tradicionalmente eles querem estar.” (EA1)

“... se repararmos às vezes no peso económico que é alojar o idoso, numa entidade, às vezes podia ser menos dispendioso mantê-lo na sua própria, na seio da família...eu defendo que a família só em último caso é que deve ser portanto, o idoso só em último caso é que deve ser retirado da família.” (EA6)

“Por exemplo terem ... um apoio durante o dia por exemplo, as pessoas permanecerem no ambiente familiar e terem pessoas que prestassem os cuidados à mesma no ambiente familiar, sem saírem de casa e serem instituídos por exemplo...” (EIS12)

As famílias de acolhimento ainda têm pouca visibilidade, apenas foram referidas por um entrevistado:

“... as exigências da sociedade actual são muitas e as pessoas necessitam de respostas que lhes permitam, nomeadamente, o Apoio Domiciliário, outras eventualmente, não sei, famílias de acolhimento que possam dar resposta a estes grandes dependentes, que vamos cada vez mais ter em virtude do aumento da esperança de vida também.” (EA5)

Houve quem questionasse a adequação do papel de alguns profissionais às necessidades dos idosos na actualidade e sobretudo no futuro:

“...e que as próprias pessoas hoje que não são idosos que preparem no fundo, se calhar, o seu próprio envelhecimento, modificando as suas habitações, coisas simples que deveríamos todos de adoptar ahhh, de pequenas, evitar as escadas ou utilizar outro tipo de arquitectura, sensibilizar várias profissões à nossa volta, os arquitectos, os engenheiros, os acessos a tudo o que possa ser o mais adequado possível à qualidade de vida das pessoas, quer elas tenham um ano, quer tenham cinquenta, quer tenham noventa mas, eu penso que vamos caminhar para lá.” (ES17)

A promoção do envelhecimento activo e da ocupação dos tempos livres foi também lembrada:

“...portanto precisávamos de um centro comunitário com apoio domiciliário com mais actividades organizadas ao nível social e cultural para os idosos, com organização de actividades, de exercício físico, as caminhadas, organização de caminhadas para os idosos principalmente os idosos com problemas de saúde, os obesos, os cardiovasculares, os diabéticos, pudéssemos trabalhar em articulação com professores de ginástica.” (ES18)

“Isto seria teoricamente para ir alargando, a ideia é dar autonomia a estes, a uns idosos que são alvo do trabalho da psicóloga e depois ir pegando noutros ahhh, nem sempre é fácil depois o despegar porque os idosos depois interagem muito bem com a psicóloga e depois querem é manter ahhh, “nós gostamos muito é que ela venha cá todas as semanas” e portanto, nem sempre tem sido possível fazer e no ano a seguir aqueles estão a andar e vamos pegar noutros. Mas, temos um trabalho com a psicóloga e com idosos que é de autonomia e é ocupação de tempos livres...” (ES20)

Para que a família possa assumir o seu papel de cuidadora, é preciso ser ajudada a preparar-se para tal, pois caso contrário todo o processo poderá ser posto em causa, daí a importância atribuída à necessidade de capacitar o cuidador. É preciso que seja facultada ao familiar cuidador a formação e informação necessária e adequada que lhe permita prestar os cuidados quotidianos ao idoso, no domicílio. No entanto, essa formação pode ser extensiva aos cuidadores formais:

“Terá sempre de ser com apoios e recursos porque como disse, as verbas que vêm do orçamento de Estado não contemplam estas vertentes. Mas, eu acho que, que um programa de formação, com estabelecimento de parcerias até com a Escola de Enfermagem, a Universidade e as outras forças de intervenção, a nível local, seria uma boa aposta. Eu acho que é, essa seria uma aposta, uma proposta de intervenção a fazer no local.” (EA7)

“Formação de cuidadores... Formais e informais porque eu também vejo prestadoras, as auxiliares de geriatria e as ajudantes de lar e centro de dia, estão neste momento com necessidades formativas ahhh, facilmente observáveis...” (EA7)

“Mas, dentro das nossas possibilidades estamos a tentar melhorar tudo para termos mais qualidade com acções de formação com o pessoal, pronto.” (EIS12)

“...ensinar a, ensinar os cuidadores a fazer algum trabalho directo com estes utentes em que o fisioterapeuta também é um elemento fundamental e a parte da psicologia também, principalmente quando temos situações de paliativos...” (ES18)

“...alguma formação aos cuidadores informais eu acho que seria a melhor aposta ainda que me parece que o concelho de (...) tenha uma resposta alargada nesse âmbito eu acho que nunca é de mais fomentar esse trabalho.” (ES23)

Outra forma de ajudar as famílias é apoiar psicologicamente, colmatando as consequências do desgaste e exaustão que eventualmente esta situação pode causar:

“Mais estratégias de intervenção...o apoio psicológico para os familiares por exemplo, se calhar isso era uma boa ideia, não é? Porque há muitos cuidadores coitados, que já estão completamente esgotados, já não sabem o que hão-de fazer nem têm ninguém. Olhe, nem que seja uma espécie de alcoólicos anónimos em que cada um partilha as suas histórias as suas experiências. Um grupo de várias pessoas que se calhar estão na mesma situação, às vezes se calhar faz um bocadinho de sentido várias pessoas que estão na mesma situação partilharem experiências, falarem...” (EIS11)

A necessidade de reestruturação institucional antevê-se como uma necessidade premente. Na opinião dos entrevistados as instituições para institucionalização dos idosos estão desajustadas da realidade e das actuais necessidades e exigências dos mesmos o que não augura boas perspectivas no futuro, tanto na quantidade como na qualidade e excelência dos cuidados prestados. Salvaguarda-se a questão da privacidade e respeito pelos idosos:

“Mas, ainda assim, eu diria que olhando para os próximos anos que aí vêm, a necessidade de propostas de intervenção é alargar a rede de Lares. Enfim, numa perspectiva realista, não é? Alargar a rede de Lares porque o crescimento, penso mesmo, vai ser exponencial nos próximos 15, 20 anos vai continuar, pelo menos vai continuar a ser assim e é preciso montar ainda uma rede para acolher esse número crescente de pessoas.” (EA1)

“Um pai na casa de um filho hoje, um mês, depois para o outro mês vai para casa do outro, depois o outro está aqui, ali. Quer dizer, acho que o idoso vive melhor na Santa Casa da Misericórdia, num Lar e tem instalações condignas de qualquer pessoa entrar e de ver e apoios.” (EA2)

“É assim, eu acho que este, o tipo de equipamentos que hoje estão a ser feitos, estão a ser apoiados, não vão servir para a maioria da população idosa do futuro, que somos nós, não é? Portanto, estes Lares fechados, fechados para o exterior, ahhh, os Lares e não só, fechados para o exterior, os Lares que, que a maioria deles portanto, quanto ao meu conhecimento que não respeitam os direitos do idoso, não é, portanto, a forma como eles são construídos, a maneira como estão organizados, os espaços eu penso que há aqui uma questão que preocupa de sobremaneira que é o não respeito pela pessoa idosa, não é?” (EA3)

“Portanto, e essa confusão aqui, pronto e a questão da sexualidade é uma questão também que me preocupa muito, não é? Portanto, e o respeito pela privacidade da pessoa, não é? A pessoa vai para um sítio onde é despojada de tudo, percebe.” (EA3)

“Portanto, este modelo acho que é um modelo muito interessante. A pessoa não está sozinha, está acompanhada porque há outros pares, não é? Têm espaços que são comuns, ahhh, espaços de convívio ou, se a pessoa quiser tomar a refeição toma se não quiser não toma. Ahhh, pronto, a pessoa pode levar quem quiser para o seu espaço, percebe. Eu acho que isto é uma questão que tem que ser muito trabalhada e muito melhorada.” (EA3)

“É muito na lógica do Centro de Dia, do Apoio Domiciliário e do Lar e aquilo que eu acho é que estas respostas adequam-se a um determinado grupo de idosos mas há outro tipo de respostas que eventualmente vão ter de ser criadas a nível nacional porque as necessidades destas pessoas vão sendo diferentes porque se nós olharmos para a geração dos nossos avós a maior parte deles não tinham formação, não tinham habilitações e portanto as suas expectativas são de alguma forma mais reduzidas e portanto, tudo aquilo que lhes é dado no seio dessas instituições para eles é muito bom.” (EA4)

“...o peso da terceira idade é um peso muito, muito grande e é um peso que não tem uma perspectiva, por muito bem que as soluções de dinamismo económico venham a resultar nos próximos anos é um peso que nos vai, nas duas próximas décadas, de certeza acompanhar, pelo que o investimento continua a ser necessário nestas áreas e por isso mesmo, a tal aposta na construção do Lar porque entendemos que não é um gasto supérfluo. Ele é necessário, faz sentido e tem a vida útil, portanto a vida útil desse investimento vai ser útil para a terceira idade.” (EA6)

“... neste caso concreto dos idosos, eu julgo que se conseguirmos portanto, dar uma nova, os equipamentos eu acho que existem e acho que passou uma fase daquela de gastarmos muito dinheiro com portanto, com construções. É importante é darmos vida portanto, eu acho que as instituições têm que para além de ser, de ter aquela parte que é, que é também é obrigatória, mas que enfim aquele ser “depósito de idosos” deve ser sítios onde os idosos se sintam bem e, por isso, a gente sente que às vezes eles quando vão para o Lar ficam tristes, é um golpe muito duro deles, não só pela separação mas, porque são colocados ali, são encaixotados num espaço...” (EA6)

“Neste momento a Misericórdia face, e para tentar responder às necessidades do nosso concelho e da população idosa está a criar um novo Lar ... que vai ter mais 40 camas e pensamos que isso é uma forma de ... de ir ao encontro das necessidades do nosso concelho, é abrir mais vagas.” (EIS11)

“E, acho que isso vai levar a longo prazo a mudanças nos nossos equipamentos. E acho que temos de estar preparados para essas mudanças, porque virão outras necessidades, porque são outros idosos, com outras idades, com outras formações, com outras formas de estar, de sentir, de pensar. E, isso requer uma evolução para conseguirmos o nosso objectivo que é responder às necessidades e promover a dignidade humana...acho que tem que haver este acompanhar, não pode parar tem que acompanhar esta evolução aqui do envelhecimento.” (EIS11)

“Depois a terceira proposta de intervenção seria uma reformulação dos Lares para fazer face às necessidades dos idosos. Por exemplo, não sei, a criação, às vezes que se fala agora de Universidades de Terceira Idade, novas organizações, novas estruturas.” (EIS11)

“Esta é outra das propostas... Mais Lares...evitar das pessoas pagarem...Privados aqui no nosso concelho também é muito complicado porque a maioria dos idosos paga 150 contos, a média de pagamento de cada mensalidade, fora medicamentos e fraldas. A maioria não tem...a maior parte dos idosos não tem possibilidade de ir para um Lar privado, aqui e na maior parte dos sítios, é muito complicado.” (EIS11)

“As propostas de intervenção só podem ser umas, face à actual situação é mais construção de Lares, para poder acolher e abrigar os idosos...” (EIS14)

“Por outro lado, eu penso que, da mesma forma que existem aldeias SOS Crianças, não direi lares com uma estrutura rígida que eu penso que a própria estrutura arquitectónica dos lares pode ser muito mais próxima daquilo que foi a vida das pessoas, normal, pequenas habitações, agregadas, ahhh, que a pessoa possa ter a sua independência, a sua autonomia e ao mesmo tempo que possa estar isolado, que queira estar em solidão, é um direito que lhe assiste mas, que, se não quiser tem a possibilidade de ter pessoas à sua volta, está protegida no sentido de algo poder acontecer, não estar sozinha, não está isolada...” (ES17)

“...portanto, pequenas comunidades em que as pessoas possam ter perto de si, isto é o ideal, o ideal, que eu, que muitas das vezes sonho é que podem haver da mesma forma que há bairros de condomínios que têm uma piscina, que têm um mini mercado, que têm um cineminha, ali tudo próximo, com acessibilidades, com rampas, com corrimões, que as pessoas mesmo de cadeira de rodas ou até de cama, cama que ande, possam usufruir de uma vida tanto quanto possível como uma pessoa, entre aspas, dita normal.” (ES17)

“...depois acho que em termos locais as comunidades e aqui será o concelho de (...) já tem algumas, já tem os Lares, tem os Centros de Dia já tem aqui algumas instituições mas, tem que haver mais porque não estão a chegar a todos ou então têm que ser mais gratuitas porque eu como disse repare que alguns não querem ir porque se paga.” (ES20)

Mais uma vez a questão da animação e lazer nas instituições volta a ser uma exigência, ainda longe de ser concretizada:

“E sobretudo ... é a animação percebe ... nós sabemos que não é fácil, percebe, não é fácil mas, tem que haver de facto um outro trabalho e o espaço tem que estar organizado de outra maneira, de outra maneira também.” (EA3)

Inclusivamente há quem ache que essa animação se deveria estender às salas e esperas dos centros de saúde:

“Depois, como instituição de saúde, eu se tivesse mais um ou dois técnicos podia fazer mais mas, não era médicos eu costumo dizer “médicos talvez precisasse de mais um, de enfermeiros se calhar já precisava de mais” mas, não preciso só de enfermeiros pelo menos, preciso de outras pessoas que saibam fazer o trabalho de animação cultural nas salas de espera e que possam também fazer visita domiciliária e que possam dinamizar se calhar a sua família porque estes idosos eu acredito que as famílias não estão a fazer isto por mal, não estão, as pessoas não estão a fazer isto por maldade, estão a fazer por desconhecimento e por má gestão também das suas coisas todas.” (ES20)

Também os critérios de entrada nas instituições deverão ser alvo de intervenção e reformulação, por forma a darem uma resposta mais adequada à situação do idoso e necessidade de usufruir desse serviço:

“O que eu percebo que se tem que fazer a nível das instituições e das equipas que trabalham essas questões é de facto falar com as pessoas e dizer que os critérios de entrada nessas unidades não pode ser só a lista de espera, pronto, não pode ser por ordem de chegada...” (EA7)

A articulação saúde/acção social foi também considerada pelos entrevistados como uma mais-valia no apoio aos idosos e famílias, essencialmente pelos profissionais de saúde. Pelas suas características muito específicas foram aqui incluídas as respostas no âmbito do Apoio Domiciliário Integrado, dos Cuidados Continuados Integrados e das Unidades de Cuidados na Comunidade. As mesmas, de um modo geral, prevêm um conjunto de intervenções integradas de saúde e sociais, entre outras, às pessoas e famílias vulneráveis, com o objectivo último de promover a autonomia e melhorar a funcionalidade, garantindo ainda a continuidade e qualidade dos cuidados:

“Ahhh, vejo a Rede de Cuidados Continuados como uma, como uma mais valia, principalmente nas situações de grande dependência onde há necessidade de cuidados médicos e de enfermagem mais emergentes nas diversas tipologias da rede de cuidados.” (EA7)

“Bom, portanto, penso que a resposta será através de uma ECCI não é, quando tivermos uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados a funcionar no concelho vamos conseguir avaliar melhor as situações ao nível do trabalho...” (ES18)

“E, a ECCI montada, implica que haja recursos, não só de enfermeiros, mas como também de um fisioterapeuta, de uma psicóloga e de uma técnica de serviço social e de uma viatura. Estas coisas são fundamentais para a ECCI funcionar bem no concelho se não, não basta...” (ES18)

“Prioritárias, em relação à saúde uma ECCI para darmos resposta à Rede, Rede de Cuidados Continuados Integrados, em relação à saúde, uma ECCI com técnicos, enfermeiros, fisioterapeuta, técnico da área social, psicólogo, viatura, médico, portanto na

saúde a proposta de intervenção a ECCL, sem dúvida, equipa de cuidados continuados integrados.” (ES18)

“...agora com esta reestruturação toda dos Centros de Saúde, penso que como uma, pretendemos formar uma ECCL, ahhh, será uma mais valia para os idosos do nosso concelho, naturalmente, idosos e não só mas, pronto, é uma população mais envelhecida que necessita mais dos nossos cuidados. Penso que pelo menos vamos preocupar com a qualidade e com a diversidade de especialidades que, que, porque estamos a pensar englobar a psicologia, a fisioterapia, a enfermagem, os paliativos também ahhh, e isso então não se faz nada no concelho.” (ES19)

“Em termos de enfermagem, cá estou outra vez, a UCC tem isso no seu plano de acção, rastreios, actividades para incentivar a vida saudável, exercício, sessões sobre alimentação, pronto, uma gama que os abrange mais e que os tornará um pouco mais activos não é, agora presentemente não, direccionado para eles, não.” (ES19)

“Ahhh, a questão da Unidade de Cuidados da Comunidade poderia captar técnicos de forma a promovermos esses grupos de trabalho e eu vejo com muito bons olhos a questão da psicóloga trabalhar grupos, ahhh, trabalhar áreas de interesse deles, trabalhar algumas necessidades e volto aqui outra vez a falar das questões do luto, das questões dos paliativos.” (ES23)

Nos discursos de 3 entrevistados (autarcas) denota-se a preocupação em conciliar a vida familiar/profissional considerando-a condição facilitadora do apoio aos mais velhos. As alterações ocorridas na sociedade e a entrada da mulher no mercado de trabalho condicionam o apoio aos idosos, modificando a capacidade de ajuda da família, daí a necessidade de desenvolver apoios nesse âmbito:

“...talvez fosse uma boa ajuda ...dizer, ou considerar que um filho ou uma filha ou um genro ou uma nora que possa ter de deixar o seu trabalho, pronto, um ano, dois anos, três anos para cuidar dos pais ou dos seus pais, dos seus sogros, dos seus avós, não interessa, enfim, cuidar dos idosos sem que daí resulte um prejuízo claro, quer para a sua situação profissional, quer para a sua situação de rendimentos, se deixar de trabalhar significa perder rendimentos e também não pode ser, não é?” (EA1)

“Sendo que, eu acho que a primeira prioridade de facto era a família e tal como já hoje há para ... a criança, não é, embora também a anos luz daquilo que seria o ideal, anos luz daquilo que seria ideal mas, pronto, também alguns complementos para que a mãe possa, a mãe ou o pai possam ficar em casa a tomar conta da criança e não a integrar logo numa instituição, não a institucionalizar. Logo à partida, também para a terceira idade eu acho que sim, eu acho que sim ... mas pelo menos poder haver alguma compensação de alguma maneira mas, é sempre muito complicado, é uma medida que eu acho que é muito, que é muito difícil, é muito difícil...” (EA3)

“Ahhh, eventualmente um subsídio, em que as mulheres, as mulheres ou quem quer que fosse pudessem abdicar da sua vida profissional, da sua vida laboral, para em períodos mais ou menos definidos poder dar apoio, como acontece noutros países, como acontece em relação às crianças, pelo menos até determinada idade, em que as pessoas abdicam da sua actividade laboral mas recebem à mesma um determinado fundo, digamos assim, para poder exercer, até porque se calhar, fica mais barato do que ter os idosos em Lares...” (EA5)

Na opinião dos entrevistados o Estado não está preparado para o aumento progressivo da população idosa e conseqüente envelhecimento demográfico. É preciso vontade política para investir nas problemáticas inerentes a esta faixa etária e incrementar medidas que promovam o apoio aos idosos e famílias. Quem mais se preocupa com esta

problemática são os entrevistados das instituições sociais. Equacionam essencialmente as questões económicas e sociais:

“...criar condições para não tentarmos substituir quem deve ter determinado tipo de, há a tentação, há muito a tentação do Estado, das autarquias de quem tem em determinado momento o poder de poder ajudar ou não, normalmente gosta de ter contrapartidas à ajuda e eu acho que as contrapartidas devem-se resumir-se única e simplesmente a resultados, bons resultados...” (EA6)

“Pronto, não posso falar obviamente das questões económicas porque essas por mais que eu tivesse oportunidade eu não tinha forma porque são medidas que, só com medidas políticas é que a gente consegue ajudar.” (EA7)

“Em termos de medida política local, de facto ahhh, e se o orçamento transferido para as freguesias contemplasse a acção social da forma adequada, continuamos a falar de política, aí sim, acho que nós poderíamos ajudar a nível dessas necessidades económicas, porque os apoios que existem não, económicos, tem mais a ver com as parcerias com a Segurança Social do que com o resto.” (EA7)

“Evidentemente, sobretudo, o aumento das reformas, concerteza. Ou então, olharem para estas instituições, com outras...para ajudarem as pessoas. Porque se já se sabe, que aqui na nossa zona, o grupo etário de utentes é tudo de reformas praticamente rurais, baixíssimas.” (EIS8)

“Agora, também acho que os Lares deviam ter mais apoio do Estado, que não têm. A comparticipação que o Estado dá, adicionado à mensalidade que a pessoa paga, não cobre o custo médio por utente.” (EIS9)

“A questão do idoso mesmo em termos regulamentares e mesmo em termos oficiais o idoso aparece sempre como a etapa final e a etapa final não, não só da vida, que isso é natural mas, como a etapa, a etapa final nas respostas sociais, não é... eu tenho um bocadinho essa percepção porque de cada vez que tenho um caso complicado, por exemplo, aqui no concelho a pessoa tem um caso complicado num idoso, ahhh, se existe um caso, não é idêntico mas um caso igualmente grave relativo a uma criança, não é, as estruturas reúnem-se sempre com mais prioridade em relação á criança.” (EIS10)

“Depois, acho que havia necessidade de a nível mais macro de o Estado olhar diferente para a questão da relação idoso-família. Acho que se tivesse esse olhar poderia privilegiar aqui as relações.” (EIS11)

“O Estado não incentiva as famílias a ficar com os seus idosos, não existe nada que promova a relação idoso-família, não é? Por exemplo, nós vimos às vezes em alguns países, na Bélgica, não sei qual é que é o país, em que a família recebe um X, não sei quê, por cuidar do seu idoso, tem um apoio, é um incentivo, a família pode tirar 15 dias para ficar com o seu idoso. Mesmo que a pessoa tenha muita vontade, tenha uma carreira, se lhe dessem se calhar uma semana para ficar com o seu idoso, não é?” (EIS11)

“Sei que a parte dos idosos está muito subestimada por parte do Governo.” (EIS14)

“Projecta-se, pela Direcção Geral da Saúde, “as cidades amigas das pessoas idosas”, e pensamos que com o tempo se pode vir a ter um projecto e integrarmos.” (ES17)

“De intervenção, ahhh, eu penso que passará por medidas políticas de apoio ahhh, de apoio e acompanhamento a esta evolução da taxa de envelhecimento.” (ES17)

Outra proposta deixada pelos intervenientes está direccionada para a necessidade da mudança de “mentalidades”, considerando a necessidade da criação de novos modelos de valorização social conducentes à promoção do envelhecimento activo consentâneo com a realidade e promotor da valorização do papel da família no apoio aos idosos, englobando neste leque de medidas a aposta no voluntariado:

“E, portanto eu acho que deve haver aqui uma preocupação numa lógica de se pensar como é que este envelhecimento mas, numa lógica mais activa.” (EA4)

“As propostas de intervenção, quanto a mim, agora, terão de ser pensadas ... porque os nossos velhos de amanhã vão ser diferentes dos nossos velhos, entre aspas, de hoje, porque são pessoas com mais cultura, com mais formação, com outros hábitos, outros costumes e que vão ter outras exigências, vão ser mais exigentes, são idosos com um perfil diferente. Portanto, há que ter cuidado e há que repensar a nível das propostas e ... um apoio permanente para aquelas pessoas que vão ficando cada vez mais limitadas têm que ter um apoio permanente.” (EIS12)

“Eu penso que o conceito de família vai ter que mudar. Eu penso que o poder económico vai fazer, as dificuldades que as pessoas vão sentir, vai fazer e já está a acontecer que agregados familiares se juntem no mesmo espaço físico, conciliando e fazendo uma gestão económica mais alargada.” (ES17)

“Portanto, havendo naturalmente mais pessoas com mais idade, pessoas mais velhas, naturalmente é um poder pelo, não só pelo número não é, mas por um facto, é um facto, havendo mais pessoas, que os jovens vão ter que, vão ter com certeza, os valores poderão vir a ser diferentes e a própria sociedade vai ter que se estruturar de uma forma diferente.” (ES17)

“Agora é fundamental as famílias, apesar de terem a vida completamente diferente, não negarem os seus idosos, não é, não negarem os seus pais, os seus avós e participarem neste processo de mudança, ao fim e ao cabo que é necessário acontecer, não é?” (ES19)

“Portanto, eu acho que também precisamos de ajudar as famílias e eu acho que aqui apesar de, de isto depois ser um problema com uma dimensão um bocadinho maior, em termos de país, se calhar, também precisávamos de crescer e dizer às famílias que temos que respeitar os idosos e respeitar o saber dos idosos e estamos um bocadinho numa sociedade virada para o jovem e para o novo e para o que trabalha e a rapidez de raciocínio e estamos a perder um bocadinho o respeito pelos idosos e eu não concordo que isto se faça pronto, defendendo eu que há outras culturas que mantêm muito o respeito pelo idosos.” (ES20)

“É assim, eu acho que as comunidades para já, têm que haver um trabalho que eu acho que tem que haver a nível nacional do que é ser família eu acho que isto tem que passar na televisão porque o que não passa na televisão não é real só o que aparece ali é que é real portanto, acho que tem que haver assim um, eu não sei se é programas, eu não sei se é ... eu não sei se é anúncio, mas, tem que na televisão se passar.” (ES20)

“...pronto eu acho que falta muito no nosso país o voluntariado, as coisas gratuitas, não temos muito a cultura do voluntariado e portanto também não temos a cultura do voluntariado se não é de graça pagar a gente também não quer pagar não temos a cultura do ir pagar um bem.” (ES20)

“Agora isto não vai é por Decreto da Senhora Ministra “olha agora (...) tenha aí vinte famílias para fazer visitação” pronto, tem que partir de dentro do coração das pessoas esta vontade.” (ES20)

Resumindo: Quanto à percepção do envelhecimento a maior parte considera-o um fenómeno demográfico e social. Foi ainda encontrada uma visão mais negativa do envelhecimento, nomeadamente um tempo de perdas e de solidão. Por outro lado, há quem considere ser um processo natural e a idade da sabedoria.

Quando questionados quanto ao papel da rede informal no apoio aos idosos referiram notar a existência de desresponsabilização por parte da família, umas vezes por falta de condições da mesma, outras simplesmente desvinculam-se das suas funções. Por outro

lado, existem aquelas famílias que mantêm uma participação activa, com visibilidade das relações de vizinhança, sobretudo nos meios rurais.

No que concerne à percepção das dificuldades dos idosos e das famílias, as mais valorizadas foram as profissionais, sobretudo pela entrada da mulher no mercado de trabalho. Também as dificuldades financeiras foram referidas essencialmente pelas baixas reformas e os gastos acrescidos. As alterações da dinâmica familiar também são difíceis de gerir. Outra dificuldade percebida pelos entrevistados tem a ver com a sobrecarga do cuidador, seja ela física ou mental. De salientar que por vezes os próprios cuidadores já são eles próprios idosos e a necessitar de ajuda. As dificuldades inerentes à habitação foram menos elencadas, tal como a necessidade de formação para prestar cuidados, seja ela formal ou informal.

Relativamente às intervenções requeridas, a grande ênfase recai na valorização do apoio no domicílio, reforçando a necessidade imperiosa da sua reformulação, pois o que existe, segundo eles, fica aquém das necessidades dos idosos e das famílias, principalmente quando perspectivamos os “idosos do futuro”. É também crucial a necessidade de capacitar o cuidador, tanto através da formação como do apoio psicológico. Também a reestruturação institucional tem de ser consentânea com a realidade, tanto em qualidade, como em quantidade.

A aposta dos profissionais de saúde na articulação saúde/acção social foi evidente, sobretudo no que concerne aos Cuidados Continuados Integrados e às Unidades de Cuidados na Comunidade. Foram os autarcas que se preocuparam com a conciliação vida familiar/profissional.

Salientaram ainda, alguns entrevistados, que para as respostas serem adequadas às necessidades e características da população tem de haver vontade política e mudança de “mentalidades”, de uma forma geral.

O problema não é envelhecer, muito pelo contrário, o dilema é saber até que ponto está a sociedade preparada para enfrentar e lidar com as consequências do envelhecimento, sem pôr em causa a qualidade de vida dos seus cidadãos mais idosos e a inclusão e participação activa dos mesmos na vida da comunidade.

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

As questões do envelhecimento demográfico têm vindo a ganhar representatividade em todo o mundo, devido ao incremento progressivo e bastante acentuado da população idosa, sobretudo dos mais idosos, consequência do aumento substancial da esperança média de vida, o que coloca vários desafios à sociedade.

Apesar deste aumento considerável dos idosos, parece consensual que o facto de se ser velho não implica ser doente. Independentemente da sua complexidade, o processo de envelhecimento dos indivíduos é normal, universal e irreversível. O mesmo é sem dúvida acompanhado de inúmeras alterações, que vão ocorrendo progressivamente, consequência do passar dos anos. Enquanto processo individual, é influenciado tanto por factores externos, como internos, que condicionam a vivência dessa última etapa da vida, que é a velhice, no entanto um idoso pode de facto, ter uma vida saudável.

Um dos marcadores assaz utilizado para caracterizar a velhice é a idade, sendo que há vários tipos de idades, entre as quais a cronológica. Apesar de pouco precisa e muito incompleta, a idade cronológica é a que suscita menos questões pela sua objectividade. É no entanto, condicionada por não ter em conta as características particulares do indivíduo e do meio em que se insere. Esta idade é também um marco que determina a idade da reforma.

A adaptação dos indivíduos à nova realidade que é o abandono da vida produtiva e profissional, requer também uma capacidade de adaptação aos novos papéis sociais, muitas vezes com conotação negativa. De facto, com a entrada na reforma, socialmente deixa de ser útil, por deixar de ser produtivo. A imagem positiva ou negativa da velhice está condicionada pelo contexto histórico e sociocultural, muito mais do que um conceito biológico é uma construção social.

A par do envelhecimento demográfico ocorreram profundas mudanças sociais e familiares nas últimas décadas, que afectaram a estrutura e composição das famílias

que, associadas à maior participação feminina no mercado de trabalho, suscitam grandes preocupações acerca do apoio familiar que os idosos irão receber. Longo foi o caminho percorrido desde que a mulher era exclusivamente cuidadora, tendo a seu cargo os cuidados à casa e à família, até à sua integração no mundo do trabalho, com uma carreira profissional. Parece no entanto comprovado que, ao invés de abandonar algum destes papéis, a mesma assumiu-os a todos.

Os cuidados aos mais velhos devem então ser pensados de uma forma mais dinâmica e a família deve ser assumida pelo Estado como uma importante fonte de apoio e cuidados aos seus familiares idosos, beneficiando de suporte, que permita que tanto cuidados como cuidadores possam ter uma vida digna e com qualidade.

Há um aspecto importante que deverá estar subjacente à orientação das políticas de apoio aos idosos e famílias pois, por um lado teremos os idosos muito idosos, a partir dos 80 anos, em que há maior vulnerabilidade e a velhice dependente vai ser o grande desafio, reclamando novas necessidades de saúde e apoio social e, por outro lado, temos os idosos mais novos, mais autónomos, com capacidade e saúde para ter uma vida activa e com maior capacidade de resolução dos problemas, todavia mais exigentes em termos de apoios e com uma consciência muito mais vincada de cidadania.

Atendendo à complexidade desta problemática pretendeu-se com esta investigação aprofundar algumas questões que lhe estão subjacentes, como sejam os problemas e dificuldades com que se confrontam as famílias que cuidam de idosos e adequação da respostas das redes formais da comunidade, às necessidades destas famílias, pelo que, se procurou adoptar um desenho de investigação metodologicamente adequado à problemática em estudo.

A análise dos dados e a reflexão empreendida permitiram tecer algumas considerações e conclusões. O perfil de cuidadores que participaram no estudo é comumente encontrado, tanto a nível nacional como internacional, desde há várias décadas. Caracterizam-se essencialmente por serem mulheres, elas próprias quase a atingir a idade em que são consideradas idosas, casadas e com baixos níveis de escolaridade.

O facto de terem já uma idade avançada pode dificultar a prestação de cuidados, sobretudo se os idosos já forem dependentes, até porque os próprios cuidadores podem também apresentar alterações a nível da sua saúde. Por outro lado, a

escolaridade também pode ser uma condicionante pois, tal como refere Brito (2002) os cuidadores com uma escolaridade mais elevada revelaram menos dificuldades no cuidar. Esta questão da idade do cuidador é, apesar de tudo, controversa pois, se por um lado, os cuidadores mais novos têm maior capacidade para lidar com os problemas inerentes à prestação de cuidados aos idosos, por outro, também podem ser os mais vulneráveis às dificuldades que daí advêm (Sequeira 2007).

Nesta investigação, também se salienta que, apesar de a maior parte dos cuidadores trabalhar por conta de outrem, se juntarmos todos os que não desenvolvem nenhuma actividade profissional, esse número corresponde a mais de metade.

Desta forma, a acumulação de um trabalho remunerado com o papel de cuidador não se constitui como modelo predominante, tal como aconteceu noutros estudos (Bris 1994; Veríssimo 2004; Brito 2001; Lage 2005; Sequeira 2007). Relativamente a este aspecto, também existem algumas divergências pois, se à partida se pode pensar que não tendo uma actividade profissional será maior a disponibilidade para cuidar, o facto de a desenvolverem, pode servir de “escape”, por outro lado, se não desenvolverem nenhuma profissão, o facto de cuidarem de um idoso, pode ser compensador e motivo de realização pessoal (Sequeira 2007).

A média de idades dos idosos cuidados pelos familiares em questão, é de 83 anos, essencialmente mulheres.

A maior longevidade da mulher e o envelhecimento da própria população idosa concorrem para esta situação. É notória a maior predominância do sexo feminino tanto em cuidadores, como naqueles que são cuidados. Os estudos nacionais e internacionais assim o confirmam (Calvário, Brito e Brito 1999; Paúl, Fonseca, Martín e Amado 2003; Garrido e Menezes 2004; Martín 2005; Figueiredo 2007 e Salgueiro 2008).

Os resultados do estudo demonstram que esta prestação de cuidados tem tendência para ser um empreendimento de longa duração, tal como ocorreu nos estudos de Bris (1994) e Lage (2005). Mais uma vez, os estudos são controversos relativamente às consequências da duração da prestação de cuidados, podendo ter uma variação directamente proporcional à sobrecarga, ou pelo contrário, esta sobrecarga pode diminuir com o passar do tempo, pelo facto de ocorrer uma adaptação à situação, ao longo dos anos (Sequeira 2007).

Estes idosos na maioria das vezes não circulam pela casa de outros familiares. Poucas são as situações em que isso se verifica e, quando acontece, circulam essencialmente pela casa de outros filhos, sendo a periodicidade da troca, na maior parte das vezes mensal.

Este aspecto poderá ser benéfico para os idosos pois, não os obriga a mudar constantemente de espaço físico e de rotinas. Estes resultados parecem não corroborar os de outros estudos que referem que o regime de rotatividade é mais visível nos países do Sul da Europa, Portugal e Espanha (Martín 2005). No entanto, acredita-se no decréscimo da rotatividade, no actual contexto socioeconómico, urbanização, migrações, decréscimo do número de filhos e características da habitação (Martín 2005).

O principal motivo que levou estas pessoas a cuidar do seu familiar idoso foi a doença do idoso. *“O europeu que presta cuidados raramente se encontra numa situação de livre escolha”* (Bris 1994: 76), o que muitas vezes ocorre após um acontecimento súbito, doença e pelo facto de o idoso viver sozinho, por exemplo, após uma situação de viuvez. O dever ou obrigação, tal como o amor, o afecto, não são aqui evidentes ao invés do que se encontrou noutros estudos (Silva e Neri 1999; Imaginário 2004; Veríssimo 2004).

Foram identificados como os 3 principais cuidados ou ajudas que estes idosos necessitam o facto de dependerem do familiar cuidador para tudo, necessitarem de cuidados de higiene e conforto e ajuda na preparação e toma da terapêutica.

Imaginário (2004), divide os cuidados prestados pelos familiares cuidadores aos idosos assentam em dois domínios: Instrumental (alimentação, higiene, vestuário, eliminação, mobilização, execução de pensos, terapêutica, vigilância e acompanhamento aos serviços médicos) e expressivo (afectos). Logo, evidenciam-se os cuidados instrumentais.

Estes idosos caracterizam-se por não ajudar nas actividades familiares. Conclusões diferentes foram apresentadas por Harper (2009) quando refere que os filhos adultos, por vezes, recebem mais ajuda do que aquela que dão. Apesar das dificuldades que possam surgir, é gratificante para estes familiares cuidar dos idosos, reconhecendo uma maior afectividade nas relações, tal como também foi referido por Imaginário (2004) e por Paúl (1997) quando reconhecem que a proximidade familiar que implica o

facto de cuidar de um idoso, é gratificante pela solidariedade e intimidade que proporciona.

As três principais alterações ou dificuldades que estes familiares cuidadores sentem prendem-se, essencialmente, com as actividades de descanso e lazer, organização do dia-a-dia da família e dificuldades económicas. No entanto, surgem entre as principais dificuldades, a conciliação da vida familiar e profissional para os familiares que trabalham, quer seja por conta própria ou de outrem. Também Bris (1994) refere que as restrições de tempo livre e os seus corolários são visíveis. As perdas encontram-se essencialmente ligadas à falta de liberdade e de tempo, tornando os cuidadores prisioneiros da sua função e conseqüentemente a sua vida social, familiar e profissional fica comprometida. Imaginário (2004) confirma que os familiares dos idosos dependentes mencionaram que os encargos socioeconómicos se agravam com a prestação de cuidados a esses idosos, pela sobrecarga económica e condicionalismos da vida social da família, concretizando ser evidente a diminuição de tempos livres, do convívio familiar e com amigos e a privação de férias. Ainda segundo a autora, as rotinas familiares sofrem alterações, ao nível do descanso, repouso, emprego e refeições. As questões da falta de tempo para si mesmo e o decréscimo das relações e interacção familiar são preocupantes (Paúl 1997).

A restrição da vida social e de lazer dos cuidadores é também enfatizada por Lage (2005), o tempo para si próprio é bastante escasso, encontrando-se entre as principais conseqüências negativas, tanto para a saúde física como mental dos cuidadores, inerentes à prestação de cuidados aos idosos. Esta constatação é corroborada também por Brito (2002), Martín (2005) e Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006). Figueiredo (2007) refere a este propósito que trabalhar e prestar cuidados a um idoso são tarefas que podem entrar em conflito, quando estão no trabalho, estão preocupados com o bem-estar dos idosos mas, as pressões inerentes ao trabalho também podem interferir na prestação de cuidados.

Outra conclusão que foi possível retirar, indica que mais de metade destes familiares cuidadores não divide a responsabilidade da prestação de cuidados com outros elementos, essencialmente por não sentirem necessidade disso e, quando o fazem é principalmente com o cônjuge.

Outros estudos, também indicam que a maioria dos cuidadores, cuida de forma isolada, sem ajuda de outros (Brito 2002, Santos 2003, Lage 2005 e Sequeira 2007) e,

quando ela existe, provém de familiares próximos (Sequeira 2007). No entanto, as ajudas e apoio na prestação de cuidados, podem contribuir para uma melhor qualidade de vida do cuidador (Brito 2002, Lage 2005 e Sequeira 2007).

Nesta pesquisa foi evidente o facto de que cuidar dos idosos parece praticamente não afectar ou afectar pouco o estado de saúde física e mental dos familiares. Apesar das associações serem fracas, verificou-se que quanto maior é a idade do cuidador, maior é o agravamento do seu estado de saúde física e mental e quanto maior o nível de escolaridade do cuidador e o número de elementos do agregado familiar, menos agravado fica seu o estado de saúde física. O aumento da idade do idoso também leva ao agravamento do estado de saúde física do cuidador. Na sua maioria, os estudos indicam que os familiares cuidadores correm o risco de ver agravadas as suas condições de saúde física e mental, no entanto, é preciso salientar que os mesmos incidem sobretudo sobre familiares cuidadores de idosos dependentes.

Portugal foi um dos países em que o impacto das consequências para a saúde dos prestadores de cuidados foi visível. *“Excesso de cansaço, fadiga geral, dores nas costas, esgotamento físico e mental diminuição das forças e das resistências,... são os companheiros fiéis das pessoas que prestam cuidados”* (Bris 1994: 92). Sequeira (2007) concluiu no seu estudo que a maioria dos cuidadores apresentavam queixas de saúde, sendo os cuidadores de idosos sem demência mais sensíveis a queixas físicas e os cuidadores de idosos com demência mais sensíveis a queixas psíquicas. Apesar de a maioria dos cuidadores ter uma percepção “razoável” do seu estado de saúde, de uma forma geral, consideraram que o mesmo se deteriorou pelo facto de cuidarem de um idoso dependente.

Por outro lado, o passar do tempo pode conduzir a uma degradação do estado geral do idoso dependente e a um crescente aumento e complexidade dos cuidados prestados, traduzindo-se numa maior sobrecarga para os cuidadores principais e a uma percepção do seu estado de saúde e qualidade de vida inferiores (Salgueiro 2008), ou seja, de um modo geral, cuidar de um idoso dependente tem efeitos negativos na qualidade de vida do cuidador familiar principal (Veríssimo 2004).

Mais de metade destes familiares cuidadores recebe apoio das instituições formais da comunidade, essencialmente, Centro de Saúde, Segurança Social e Bombeiros. Relativamente às ajudas ou cuidados prestados por essas instituições salientam-se os cuidados de saúde (enfermagem e médicos), sobressaindo de entre estes os cuidados de enfermagem e ainda as ajudas económicas.

Imaginário (2004) depreendeu das narrativas dos cuidadores que as suas principais necessidades se prendiam com a ajuda de outrem (ajuda no âmbito das tarefas e emocional), ajuda dos serviços de saúde (ao nível da informação, prestação de cuidados e material clínico), material técnico, ajudas económicas e ter saúde. Lage (2005), distingue ainda os diferentes cuidados prestados por homens e mulheres. As mulheres são quem mais presta apoio emocional e nas actividades instrumentais. Às mulheres cabem essencialmente os cuidados pessoais e tarefas domésticas, enquanto os homens estão mais vocacionados para o transporte do idoso e gestão do dinheiro.

Além dos apoios institucionais, uma pequena percentagem referiu que paga a particulares para obter ajuda na prestação de cuidados, essencialmente a empregadas domésticas.

Ter alguém pago para ajudar a cuidar, segundo Lage (2005) é preditor do vigor-actividade. Acrescenta a autora que aqueles que pagam a alguém para ajudar percebem maior vigor e energia relativamente aos que não usufruem dessa ajuda.

A maioria dos familiares cuidadores foram atendidos quando solicitaram os apoios institucionais e consideram-nos suficientes ou adequados.

Este facto parece ser bastante positivo pois, segundo Sequeira (2007), a satisfação com o suporte social, que engloba o apoio familiar, dos amigos e das instituições, promove a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida, daí que a promoção do suporte social seja essencial na prevenção da sobrecarga.

Apesar das dificuldades elencadas ao longo da análise, a maioria dos familiares cuidadores continua a considerar a família como o melhor local para o idoso permanecer, com ou sem ajuda de outros. Não obstante, tendo em conta o estado civil e situação profissional do cuidador e grau de parentesco com o idoso, os familiares divorciados e os que cuidam dos sogros consideram ser a casa do idoso, com ajuda na prestação de cuidados, o melhor lugar para ele estar e, são ainda estes que mais salientam a ida dos idosos para o lar.

No seu estudo, Imaginário (2004) refere que os familiares indicaram como melhor sítio para o idoso dependente viver a casa, ao invés do lar, pois permite a manutenção do idoso no seu habitat, estar inserido no seio da família e ter afecto. Algumas das razões referidas pelos familiares para cuidar dos parentes idosos, consubstanciam-se num misto de dever, obrigação, amor e afecto (Imaginário 2004 e Pimentel 2005).

O recurso a instituições, nomeadamente apoio domiciliário, centro de dia ou lar, aparecem normalmente associados a situações de perda temporária ou permanente da autonomia, indisponibilidade familiar e muitas vezes também devido a situações conflituosas (Pimentel 2005). Segundo ainda, esta autora, os próprios idosos tendem a culpabilizar as noras pelas situações que inviabilizam o envolvimento da família na prestação de cuidados. Os lares de idosos transmitem uma ideia de abandono e incapacidade familiar, contribuindo para uma visão negativa dos mesmos, pelo que, a institucionalização ocorre como última opção, a permanência na família continua a ser a escolha que mais satisfaz (Figueiredo 2007).

Também Martins (2006) corrobora a ideia de que os problemas de saúde e a perda de autonomia não são os principais factores apontados pelos idosos para a decisão do internamento. O motivo mais frequente é o isolamento, ou seja, a falta de laços familiares, seguido pela falta de recursos, quer económicos quer habitacionais.

Quanto ao futuro, estes familiares referem, na sua maior parte, que prevêem que esta situação se vai manter, outros há que antevêm um agravamento da situação. Por outro lado, existem familiares que não conseguem fazer previsões, para eles o futuro é uma incerteza.

Para grande parte dos cuidadores, as expectativas, face à situação com que se deparam, são negativas, em função do prognóstico do familiar dependente (Sequeira 2007). Se por um lado, cuidar de um familiar idoso pode ser reconfortante e gratificante, por vezes advêm daí consequências negativas, tanto pela exigência dos cuidados prestados, como pela situação de doença e dependência e pelas alterações na vida familiar, social, económica e profissional (Figueiredo 2007).

Foi evidente, neste estudo, o recurso a ajuda institucional, sobretudo se não existirem outras opções, a escolha recai particularmente no lar. Por sua vez, a opção pelo lar constitui-se como uma escolha difícil, surgindo por vezes, quando todas as outras estão esgotadas. A visão depreciativa dos lares encontra-se por toda a Europa e Portugal não lhe é alheio, pelo que a institucionalização é encarada como algo negativo (Bris 1999; Pimentel 2005). As famílias preferem manter o idoso em meio familiar, o que pode implicar a intervenção de diferentes tipos de apoio, sendo o recurso ao lar a última opção (José, Wall e Correia 2002).

Para estes cuidadores é importante a prestação de cuidados no domicílio, em que se salienta a necessidade de apoio domiciliário, nas actividades do dia-a-dia, essencialmente nos cuidados de higiene e conforto e reforçam ainda a importância de existirem profissionais que substituam o cuidador quando o mesmo se tem de ausentar, daí a importância que também atribuem às instituições de cariz social. A formação para os cuidadores formais que prestam cuidados no domicílio também foi sugerida. Destaca-se ainda a importância do apoio ao nível dos cuidados de saúde. Quanto às ajudas ou medidas entendidas como fundamentais no apoio aos idosos, o realce vai para as ajudas financeiras.

Segundo Lage (2005), pensar a família vai para além de orientar e de esperar colaboração da mesma, no contexto domiciliário, esta deve ser considerada uma aliada na manutenção e recuperação da saúde dos seus membros, tendo portanto um papel activo nas tomadas de decisão.

Parece inquestionável que a tendência para o crescente envelhecimento da população conduzirá ao acréscimo de situações crónicas e incapacitantes em que a dependência se irá instalar progressivamente exigindo a médio ou longo prazo suporte familiar, social e de saúde (Lage 2005). As redes de apoio informal são imprescindíveis para assegurar um envelhecimento óptimo (Paúl 2005).

O grande investimento deve passar pela adopção de políticas acessíveis e sensíveis às necessidades e problemáticas dos idosos e suas famílias, valorizando a preocupação em promover uma adequação dos serviços de saúde e de apoio social às novas realidades sociais e familiares (DGS 2006).

Em Portugal e nos países do sul da Europa, a família continua a ser o suporte dos que necessitam de cuidados, a cultura portuguesa confere à família essencialmente à mulher, a responsabilidade de cuidar dos idosos e dos mais chegados (Sousa, Figueiredo e Cerqueira 2006).

Relativamente aos representantes das instituições formais, as principais conclusões indicam-nos que a oferta disponível em equipamentos de apoio aos idosos e famílias nos concelhos, é principalmente dirigida para a acção social, destacando-se a visibilidade das Misericórdias no apoio ao nível dos lares, centros de dia e apoio domiciliário.

De facto, num estudo realizado em Portugal, pela Rede Aga Khan para o desenvolvimento (2007-2008), pode verificar-se que a oferta de serviços cresceu significativamente em termos de Lares, Centros de Dia e Cuidados Domiciliários. O investimento do Estado de 1991 a 2006 foi efectivo, no entanto, nos últimos anos, o investimento recaiu essencialmente nos Cuidados Domiciliários (Bandeira 2009). Concluiu ainda o autor que a rede de Misericórdias tem um papel importantíssimo e uma cobertura a nível nacional.

Relativamente à adequação da oferta às necessidades dos concelhos, essencialmente consideram ser inadequada, relativamente a centro de dia, apoio domiciliário mas, sobretudo a componente de lar, sublinhando a problemática das listas de espera para admissão em lar.

A prestação de cuidados exige um esforço constante, seja ele, físico, cognitivo e emocional, muitas vezes pouco reconhecido, muito menos recompensado. Por vezes, as famílias sentem-se postas de parte e mesmo esquecidas no que concerne à satisfação das suas necessidades pela insuficiência de apoio (Sousa, Galante e Figueiredo 2003).

Relativamente aos recursos disponibilizados pelas instituições das quais eram representantes foi salientado que são essencialmente procurados pelos próprios idosos. No que concerne às instituições sociais, formam referidos os lares, centros de dia e apoio domiciliário. Os profissionais de saúde indicaram que apesar de não terem programas específicos para idosos, existem alguns em que os maiores utilizadores são idosos. Mencionaram ainda formalizar protocolos com outras instituições, principalmente as autarquias e ao nível do Apoio Domiciliário Integrado e dos Cuidados Continuados Integrados. No que concerne ao papel das autarquias salientaram os apoios sociais, em particular o cartão do idoso, em que podem usufruir da comparticipação em serviços e despesas específicas e pequenas obras e pintura da habitação e actividades de animação e lazer. Nas autarquias parece serem muito utilizados protocolos institucionais, essencialmente ao nível da cedência de terrenos, equipamentos ou mesmo financeiro, a outras instituições.

Segundo os entrevistados, os recursos mais solicitados são; nas autarquias os apoios sociais e a vertente recreativa; nas instituições sociais a procura de lar e apoio domiciliário e no âmbito da saúde, as consultas e a avaliação de parâmetros vitais.

Pelas narrativas dos cuidadores, Imaginário (2004) concluiu que os apoios que os mesmos consideram mais necessários são a ajuda de outrem, ajuda económica e apoio dos técnicos de saúde.

Bandeira (2009), refere que o sector público promove um conjunto de respostas e programas distintos para idosos, dos quais salienta os de carácter social (apoio domiciliário, lares, centros de dia, centros de convívio, entre outros), outros relacionados com a prestação de serviços (Programa Nacional de Saúde para as Pessoas Idosas, Programa de Apoio Integrado a Idosos, Programa de Turismo Sénior) e ainda o Complemento Solidário para Idosos no âmbito financeiro.

Ainda segundo o autor anteriormente referido, salientam-se as boas práticas que vão surgindo nos vários municípios, referindo como exemplos de políticas e programas locais para idosos ao nível das autarquias, o cartão sénior local (mobilidade, cultura, lazer,...) e promoção da actividade física (envelhecimento activo,...), eventos culturais, prestação de pequenos serviços e o plano social.

Relativamente às actividades lúdicas, essencialmente sob a alçada das Câmaras e de algumas Instituições de Solidariedade Social, de um modo geral, são participadas, tal como é também referido por Pimentel (2005); no entanto, existem factores que condicionam essa participação activa, nomeadamente, a perda de autonomia, as representações negativas acerca do envelhecimento ou a perda de familiares próximos.

Consideram ainda estes entrevistados que nas suas instituições as limitações dos recursos ocorrem essencialmente ao nível dos recursos monetários, humanos, físicos e materiais. Quem mais referiu a carência de recursos monetários foram os autarcas. A escassez de recursos humanos foi referida por todos em especial pelos profissionais de saúde. A insuficiência de recursos físicos e materiais foi mais referida pelas instituições sociais. Na sua maioria, os entrevistados consideram que os recursos de que dispõem na instituição são insuficientes, relativamente às necessidades da população, sobretudo no âmbito da saúde.

Quanto à percepção do envelhecimento, a maior parte considera-o um fenómeno demográfico e social, no entanto foi também evidenciada a visão mais negativa do mesmo, essencialmente um tempo de perdas e de solidão. As referências a ser um processo natural foram provenientes quase em exclusivo dos técnicos de saúde. Ou seja, sobressaem os discursos da velhice negativa.

Segundo Mauritti (2004), dos discursos sobre a velhice emergem dois conjuntos de representações; os discursos da velhice negativa (pobreza, isolamento social, solidão, doença e dependência) e a velhice associada a designações positivas (tempo de lazer, de liberdade e auto-aperfeiçoamento).

As opiniões acerca da participação activa ou desresponsabilização da família são sensivelmente idênticas. Nos estudos apresentados ao longo do trabalho é visível o papel da família no apoio aos idosos e foi posta de lado a ideia de desresponsabilização da mesma, ao invés do que por vezes é referido pelo senso comum. Os próprios idosos por vezes sentem que depois de tanto investimento e sacrifícios pelos filhos, esse esforço não lhes é reconhecido. Por outro lado, preferem não impor a sua presença aos filhos, chegando mesmo a desculpabilizá-los pela falta de apoio, atribuindo a culpa a factores externos, nomeadamente à actividade profissional (Pimentel 2005). Refere ainda a autora que, apesar das dificuldades com que se confrontam as famílias, os laços afectivos e interações mantêm-se com alguma intensidade. A consciencialização da indisponibilidade dos familiares para lhes darem apoio, por parte dos idosos, também é corroborada por Silva (2006).

Relativamente à percepção das dificuldades que assolam os idosos e as famílias, as que mais valorizam foram as profissionais, salientando a entrada da mulher no mercado de trabalho. As dificuldades financeiras foram referidas, essencialmente pelas poucas reformas e pelos gastos acrescidos, inerentes aos cuidados prestados aos idosos. Segundo os entrevistados as alterações da dinâmica familiar também são difíceis de gerir. Outra dificuldade percebida pelos entrevistados tem a ver com a sobrecarga do cuidador, seja ela física ou mental.

Cuidar de um idoso, sobretudo se for dependente pode acarretar alterações para o cuidador principal, tanto no domínio físico (fadiga, saúde e perturbação do repouso), como psicológico (stress) e sócio-profissional (isolamento, renúncia ao emprego e comprometimento da vida social). Os principais encargos económicos referidos pelos cuidadores advêm de medicamentos, material de higiene, material de apoio técnico, transportes e serviços sociais (Imaginário 2004).

Existe consenso entre os vários países que integraram este estudo de que as questões financeiras constituem efectivamente um problema real dos cuidadores informais (Brito e tal 1999). Um suporte sócio-económico adequado às necessidades do idoso e do cuidador, é facilitador da permanência do idoso no seu meio familiar, tornando o

processo de envelhecimento mais humanizado (Brito 2002), podendo os intervenientes no processo, viver esta situação com uma maior qualidade de vida e satisfação.

Após reflectirem sobre as intervenções prioritárias no sentido de dar resposta a esta problemática, a grande ênfase recai na valorização do apoio no domicílio. Salientaram ainda a reestruturação institucional tendo a mesma de ser consentânea com a realidade, tanto em qualidade, como em quantidade. Foi também referido com alguma veemência a importância de capacitar o cuidador para a prestação de cuidados, tanto através da formação como do apoio psicológico. A articulação entre saúde e acção social foi apanágio dos profissionais da área da saúde.

Parece ser partilhada a necessidade de implementação de estratégias eficazes, consentâneas com as necessidades dos cuidadores, por forma a assegurar que tanto os familiares como os idosos, possam usufruir de uma existência com dignidade e qualidade, que se prevê ser cada vez mais longa. Harper (2009) considera serem poucos os que possuem os recursos para dar resposta à premente necessidade de implementação de instituições e sistemas ajustados aos mil milhões de idosos que sobreviverão ao longo dos 25 anos que se vão suceder.

Por outro lado, a teia de relações familiares é mais forte se os idosos permanecerem no seu domicílio ao invés de uma instituição (Désesquelles e Brouard 2003) daí que, o incentivo e apoio para a manutenção do idoso no seu ambiente familiar seja uma questão insofismável. O apoio domiciliário, segundo Pimentel (2006), promove a manutenção dos idosos no seu meio familiar e social contribuindo para a sua desinstitucionalização no entanto, este apoio é insuficiente ou desadequado se não existir envolvimento e presença da família, proporcionando um acompanhamento mais próximo.

A necessidade de formação e informação, é mais evidente, quando a dependência se instala repentinamente, pelo que a necessidade de informação acerca dos recursos disponíveis, da própria prestação de cuidados e sobre a doença são inquestionáveis (Figueiredo 2007). A questão do apoio psicossocial, muitas vezes esquecida, segundo o mesmo autor, é uma das mais sentidas pelos cuidadores. Também o facto de ter alguém com quem falar das suas preocupações e dificuldades e até mesmo das suas satisfações, inerentes à prestação de cuidados, é uma questão insofismável. A necessidade de apoio psicológico às famílias que cuidam de outra pessoa, com necessidade de ajuda, é também manifestada por Teixeira (2006).

As questões da formação dos cuidadores familiares revestem-se de extrema pertinência, não só em Portugal mas, também na Suécia, Inglaterra, Irlanda do Norte e República da Irlanda. A falta de informação adequada prende-se com: onde encontrar informação, com quem falar, que tipo de ajuda e apoios existem, quais os serviços disponíveis e informação financeira (Calvário, Brito e Brito 1999). Brito e tal (1999), organizaram a informação considerada mais relevante no estudo, em cinco áreas: pensões e subsídios, ajudas técnicas, serviços de apoio domiciliário, ajudas para gastos em cuidados de saúde e outras ajudas financeiras.

Da mesma forma, é crucial a criação de equipamentos estruturados em conformidade com as necessidades dos seus utentes, que respeitem a sua forma de estar na vida, a sua personalidade e individualidade. Devem consubstanciar-se como espaços de realização pessoal, o que concorre para que a institucionalização seja menos penosa e angustiante (Pimentel 2005). No entanto, segundo Leuschner (2009), as políticas para o envelhecimento, não se podem confinar à criação de melhores infra-estruturas, é essencial que não se descure a vertente afectiva e o respeito pelos direitos humanos.

Também Figueiredo (2007) afirma que a intervenção junto das famílias deve incidir em três pilares, nomeadamente, a educação/informação, suporte psicológico e fortalecimento das redes sociais (formais e informais).

É bem certo que deverão ocorrer alterações significativas ao nível das estruturas sociais de apoio ao idoso, capazes de dar resposta aos “novos idosos”, com maior grau de instrução, maior capacidade de decisão e mais activos, tendo ainda em conta as inquestionáveis alterações das estruturas familiares e o aumento dos grandes idosos (Moura 2006).

Sobressaiu também da análise das entrevistas que, para que o envelhecimento e a velhice se consubstanciem como um período da vida, vivido com dignidade, integração social e com acesso aos recursos adequados, é necessária vontade política e mudança de “mentalidades”, de uma forma geral.

Hoff (2009) crê que a família continuará a prestar apoio e irá permanecer o palco principal para as relações intergeracionais, suspeitando que o que irá mudar é o modo de interacção entre as gerações. A solidariedade familiar continuará forte mas, é crucial que o Estado entenda este apoio numa perspectiva de parceria e complementaridade.

Assistimos hoje à possibilidade de, ao manter o idoso na família se cruzem três ou mais gerações, permitindo aos mais novos encontrar valores e referências universais (Grande 1994). É cada vez mais frequente, os idosos verem os netos a crescer e a ter os seus próprios filhos (Hoff 2009).

O Governo deve repensar as estratégias e soluções adoptadas na questão do envelhecimento, para que sejam compatíveis com três milhões de portugueses com mais de 65 anos (Nazareth 2009). “*A análise prospectiva indica-nos que é necessário mudar de paradigma – o que significa ser novo e ser velho no séc. XXI?*” (Nazareth 2009: 173). Afirma ainda o autor que a questão da sustentabilidade do sistema coloca-se num futuro próximo no entanto, é necessário pensar também a longo prazo, apesar de ser difícil conceber políticas orientadoras para um problema que irá ocorrer daqui a 20 anos. Não se pode tratar o grupo dos 65 anos como um todo, o séc. XXI, será o século da valorização das diferenças neste grupo.

Não se pode olvidar que os idosos do futuro são efectivamente mais instruídos, mais bem informados e como tal, mais exigentes relativamente aos cuidados que lhes serão destinados. É crucial deixar de encarar os idosos, na melhor das hipóteses com alguma “pena”, os desgraçados do séc. XXI. Os modelos tradicionais, está provado serem obsoletos e desajustados, apela-se à audácia e inovação. As sociedades actuais ainda não se adaptaram nem aos problemas, nem às oportunidades inerentes ao aumento da esperança média de vida (Vilar 2009).

Ao compararmos as problemáticas enunciadas pelos cuidadores e a percepção que os representantes das instituições têm acerca dessas mesmas problemáticas, percebemos que existem pontos comuns e pontos divergentes.

1 – A primeira grande coincidência é acerca da vontade de continuar a cuidar dos idosos e a preferência e importância da manutenção do idoso no domicílio; parece ser uma vontade destes cuidadores e é também considerada uma mais-valia pelos profissionais. Os apoios que recebem nesse sentido são proporcionados essencialmente pelas instituições sociais, especialmente na prestação de cuidados de higiene e a visitação domiciliária dos centros de saúde principalmente na vertente curativa.

2 – Por outro lado, os cuidadores referiram o recurso ao lar, caso não tenham outra solução; ora esse é mesmo o recurso que na opinião dos profissionais está mais esgotado e também não prima pela excelência.

3 - As questões financeiras também foram evidenciadas por ambas as partes, os autarcas foram os que de alguma forma referiram algum apoio nesse âmbito, até porque, essencialmente ele provém das instituições de segurança social. As pensões deverão permitir um nível de vida adequado, não pondo em causa a sustentabilidade do sistema financeiro, sendo a implementação de medidas que promovam o prolongamento da vida activa e a criação de novos mercados de emprego, uma questão actual das agendas dos políticos.

4 - Se por um lado, as questões da privação da vida social dos cuidadores foram muito enfatizadas pelos mesmos, as instituições aqui representadas não têm respostas nesse sentido, nem valorizaram este aspecto. As actividades de lazer são direccionadas para os idosos, o que não deixa de ser também uma medida de promoção do envelhecimento activo.

5 - Outro dos recursos mais necessários aos cuidadores provem da área da saúde, no entanto os profissionais de saúde referiram que não têm programas ou actividades direccionadas para os idosos, ressalve-se a recente aposta nos Cuidados Continuados Integrados, não muito referidos por estes cuidadores. Por outro lado, os profissionais aqui representados salientaram o papel das instituições sociais, não valorizando as instituições no âmbito da saúde.

6 - Os familiares cuidadores não valorizaram a necessidade de formação em questões inerentes aos cuidados aos idosos, mencionaram a sua importância para os cuidadores formais, sobretudo os que prestam cuidados no domicílio. Os profissionais por sua vez, atribuíram realce à formação dos familiares cuidadores. São os centros de saúde que dão alguma resposta neste sentido.

7 - Os profissionais também salientaram o apoio psicológico ao cuidador mas, o mesmo não foi valorizado pelos próprios, eventualmente porque também não manifestaram grande agravamento nem do seu estado de saúde física nem mental.

8 - A conciliação entre a vida familiar e profissional foi mais valorizada pelos profissionais do que pelos cuidadores, eventualmente porque muitos deles não dispõem de vida profissional actualmente.

9 - Apesar de tudo estes familiares cuidadores estão satisfeitos com as ajudas que têm, não obstante os profissionais referiram a sua inadequação e insuficiência e sugeriram a reestruturação dos apoios existentes. Uma das sugestões dos cuidadores informais

passa pela necessidade de ser possível existirem pessoas que os possam substituir quando os mesmos se têm de ausentar de casa.

A adequação ou desadequação das respostas formais às necessidades dos idosos estão patentes na investigação de Rodrigues (2007), quando comparou os discursos dos idosos com os dos autarcas, no concelho de Vila Nova de Gaia. Tanto idosos como autarcas valorizam os aspectos relacionados com a saúde; não obstante estes dão prioridade às actividades lúdicas, não menosprezando a sua importância para a saúde dos idosos. A visibilidade da componente financeira na melhoria da qualidade de vida, foi coincidente nos discursos dos dois grupos. Os autarcas afirmam o interesse da participação dos idosos na comunidade onde vivem, estes, por sua vez, expressam a necessidade de segurança física. Os idosos manifestaram interesse em se manterem activos, a trabalhar, a ajudar os outros, aprender a ler, etc.; as actividades dos autarcas direccionam-se para almoços e festas. Apesar dos intervenientes serem os idosos e não os familiares e não se terem apenas envolvido os autarcas, algumas das conclusões são idênticas às do nosso estudo.

Tendo em conta a evidência de que a família continua a desempenhar um papel importante no suporte ao idoso, apesar das dificuldades que por vezes tal ajuda acarreta e tendo subjacentes as conclusões encontradas propomo-nos fazer algumas recomendações.

Em primeiro lugar, a aposta passa sem qualquer dúvida, pela implementação dos cuidados no domicílio, com qualidade, que englobem os contributos de profissionais de várias áreas, desde a saúde entre os quais médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas e outros terapeutas, até outras áreas, como sejam o serviço social, as ajudantes familiares, sobretudo para a ajuda nos cuidados de higiene e conforto e ainda os animadores socioculturais. Não restam muitas dúvidas de que o apoio social, económico, emocional e psicológico, são essenciais e decisivos para a assumpção do papel de cuidador e conseqüente manutenção dos idosos no meio familiar.

O investimento nos cuidados no domicílio com uma maior abrangência, por forma a beneficiar tanto os idosos como os familiares cuidadores, possibilita a prestação de cuidados personalizados e mais humanizados, com menos desgaste para o cuidador, assim reúna condições e tenha incentivos, nomeadamente incentivos fiscais, prestações monetárias e facilidade de aquisição de ajudas técnicas. É preciso fazer uma

identificação mais rigorosa e alargada das dificuldades com que se confrontam os familiares, sejam elas de ordem pessoal, familiar, económica ou profissional.

Outro aspecto a ter em conta será a formação dos cuidadores formais na vertente científica, técnica e humana, promovendo a sua convicção de que devem trabalhar não para a família mas com a família e a informação, formação e treino dos cuidadores informais acerca dos cuidados a prestar e das ajudas que tem disponíveis na comunidade. As questões da formação e informação são importantíssimas para a prestação de cuidados adequados e na promoção da qualidade de vida tanto do idoso como do cuidador. A implementação de grupos de suporte na comunidade que permita a partilha de experiências, entre quem está a vivenciar situações idênticas, pode também ser uma mais-valia.

A implementação de medidas e actividades de âmbito intergeracional, é sem dúvida benéfica. Os idosos continuam o seu papel de transmissores da cultura e das raízes de um povo, participando na educação dos mais novos e ao mesmo tempo podem beneficiar, por exemplo, das vantagens das novas tecnologias, conhecimentos esses transmitidos pelos mais novos. Afinal, nunca como agora, na história da humanidade, foi possível a coexistência de quatro gerações. Esta é uma mais-valia que não podemos desperdiçar e desde muito cedo se deve implementar a educação dos jovens para a velhice e para a cidadania, contribuindo para que os idosos não sejam alvo de discriminação.

Por outro lado, também teremos idosos menos dependentes e por isso a necessitar de menos cuidados por parte da família, se desde cedo trabalharem para uma visão positiva da velhice, fazendo jus ao conceito de envelhecimento activo, promovendo a sua integração na vida social e laboral. Parece que a possibilidade de criação de ambientes de trabalho facilitadores de uma vida activa mais longa e preparação para a reforma, podem trazer benefícios para o idoso e conseqüentemente menos sobrecarga para os sistemas de segurança social, ao invés da implementação de medidas promotoras da reforma antecipada. Garantir a sustentabilidade dos sistemas de pensões é também decisivo. Repensar o equilíbrio entre a duração da vida activa e o tempo da reforma é hoje muito pertinente, à qual é indispensável uma opinião pública muito bem informada, com um leque de alternativas à disposição.

Apesar de ser actualmente reconhecida a importância dos cuidadores informais na prestação de cuidados, aos idosos, a longo prazo, parece que os políticos, investigadores

e profissionais, têm investido pouco na avaliação sistemática das necessidades dos mesmos (Figueiredo 2007). A este respeito, Brito (2002) refere que a melhoria da qualidade de vida dos idosos passa impreterivelmente pelo apoio aos familiares que lhe prestam cuidados.

Tal como refere Nazareth (2009) *“é a ocasião de se pensar numa política global da idade onde o tempo para o estudo, o tempo para o trabalho e o tempo para o descanso sejam, progressivamente, independentes da idade”*. Este é o desafio para o qual ainda não foram encontradas respostas.

BIBLIOGRAFIA

- AGUIAR, Maria Geralda Gomes; NASCIMENTO, Maria Angela Alves
2005 "Saúde, Doença e Envelhecimento: Representações Sociais de um Grupo de Idosos da Universidade Aberta à Terceira Idade (UATI) - Feira de Santana-BA", **Textos Envelhecimento**, Rio de Janeiro, v. 8, n.3,
<http://revista.unati.uerj.br/scielo.php> (acedido em 18 de Dezembro de 2007)
- ALARCÃO, Madalena
2006 **(des) Equilíbrios Familiares - Uma Visão Sistémica**, 3ª ed., Coimbra: Quarteto Editora
- ALBARELLO, Luc et al
1997 **Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais**, Lisboa: Gradiva
- ALBERTINI, Marco; KOHLI, Martin; VOGEL, Cláudia
2007 "Intergenerational Transfers of Time and Money in European Families: Common Patterns Different Regimes?" **Journal of European Social Policy**, 17, 319
- ARANTES, Paula
2003 "Perspectiva Holística do Idoso: Uma Visão Necessária", **Sinais Vitais**, 48: pág. 62-66
- ARCA, Begoña Rumbo
2007 "Apoio Familiar e Institucional à Pessoa Idosa" in Agustín Requejo Osório e Fernando Cabral Pinto (coord.), **As Pessoas Idosas, Contexto Social e Intervenção Educativa**, Lisboa: Instituto Piaget
- ARON, Raymond
2000 **As Etapas do Pensamento Sociológico**, 5ª ed., Lisboa: Publicações Dom Quixote
- AUDIT COMMISSION
2004 **Support for Carers of Older People** (www.audit-commission.gov.uk) (acedido em 19 de Janeiro de 2008)
- AUSLOOS, Guy
1996 **A Competência das Famílias**, Lisboa: Climepsi Editores

- BANDEIRA, Ana
2009 “Estudo da Avaliação das Necessidades dos Seniores em Portugal” in Fundação Calouste Gulbenhian, **O Tempo da Vida - Fórum Gulbenhian de Saúde sobre o Envelhecimento 2008/2009**, Cascais: Principia
- BARDIN, Laurence
2004 **Análise de Conteúdo**, 3ª ed., Lisboa : Edições 70
- BARRETO, João
2005 “Envelhecimento e Qualidade de Vida: O Desafio Actual”, **Sociologia**, nº 15, Porto: Faculdade de Letras, Departamento de Sociologia, pág. 289-302
- BARROS, Myriam Moraes Lins,
2006 “Trajetória dos estudos de velhice no Brasil”, **Sociologia**, [online]. nº.52, pág.109-132.Disponível na World Wide Web: <<http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php> (acedido em 15 de Setembro de 2007)
- BELL, Judith
1997 **Como Realizar um Projecto de Investigação - Um Guia Para a Pesquisa em Ciências Sociais e da Educação**, Lisboa: Gradiva
- BELLIS, Gil
1997 “Bibliographie Critique”, **Population**, 6, 1579-1592
- BERGER, Louise; MAILLOUX-POIRIER, Danielle
1995 **Pessoas Idosas : Uma Abordagem Global**, Lisboa : Lusodidacta
- BOGDAM, Robert; BILKLEN, Sari
1994 **Investigação Qualitativa em Educação**, Porto: Porto Editora
- BONSANG, Eric
2009 “Does Informal Care From Children to Their Elderly Parents Substitute for Formal Care in Europa?”, **Journal of Health Economics**, 28, January, pág.143-154, disponível em <http://www.sciencedirect.com> (acedido em 31 de Maio de 2010)
- BÖRSCH-SUPAN, Axel
2009 “Envelhecimento e Trabalho: A Velha Europa Pode Ainda Ser Próspera” in Fundação Calouste Gulbenhian, **O Tempo da Vida - Fórum Gulbenhian de Saúde sobre o Envelhecimento 2008/2009**, Cascais: Principia
- BRIS, Hannelore Jani-Le
1994 **Responsabilidades Familiares pelos Dependentes Idosos nos Países das Comunidades Europeias**, Lisboa: Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho
- BRISSOS, Adelaide
1992 “Envelhecimento - Algumas Considerações do Ponto de Vista Sociológico”, **Servir**, 40: 1, pág. 16-31
- BRITO, Luísa
2002 **A Saúde Mental dos Prestadores de Cuidados a Familiares Idosos**, Coimbra: Quarteto

- BRITO, Luísa et al
1999 "Informação sobre Apoios Financeiros ao Idoso Dependente e seus familiares Prestadores de Cuidados - uma componente do Projecto ACTION", **Referência**, nº 2, Março 1999, pág. 51-55
- CALEIRO, António
2007 "Acerca das Consequências Políticas do Envelhecimento Populacional - Uma Visão Económica", in Figueira, Baltazar e Serrano (coord.), **Questões Sociais Contemporâneas - Actas das VIII Jornadas**, Évora: Universidade de Évora (Departamento de Sociologia e Centro de Investigação em Sociologia e Antropologia "Augusto da Silva") pág. 75-85
- CALVÁRIO, Ascensão; BRITO, Irma; BRITO, Luísa
1999 "Necessidades de Informação, Educação e Apoio nos Cuidados a Idosos Dependentes", **Referência**, nº 3, Novembro 1999, pág. 15-22
- CAMPBELL, Lori D.
2010 **Sons who care: examining the experience and meaning of filial caregiving for married and never-married sons**, Canadian Journal on Aging, 29, Cambridge University Press, pág. 73-84
- CAMPENHOUDT, Luc Van
2003 **Introdução à Análise dos Fenómenos Sociais**, Lisboa: Gradiva
- CAPUCHA, Luís
2005 "Envelhecimento e políticas sociais: novos desafios aos sistemas de protecção - Protecção contra o risco de velhice: que risco?", **Sociologia**, nº 15, Porto: Departamento de Sociologia da Faculdade de Letras da UP, pág. 337-348
- CARDÃO, Sandra
2009 **O Idoso Institucionalizado**, Lisboa: Coisas de Ler
- CARMO, Hermano; FERREIRA, Manuela Malheiro
1998 **Metodologia da Investigação - Guia para a Auto-Aprendizagem**, Lisboa: Universidade Aberta
- CARRASCOSA, Laura Lorenzo
2008 "Envejecimiento de la Población y Apoyo Familiar en la Unión Europea", **Revista XXVII, II de Demografia Histórica**, ADEHI, Prensas Universitárias de Zaragoza, pág. 35-54
- CARRILHO, Maria José
2002 "A Situação Demográfica Recente em Portugal", in INE, **Revista de Estudos Demográficos**, 32
- CARRILHO, Maria José; GONÇALVES, Cristina
2007 "Envelhecimento crescente mas espacialmente desigual", in INE, **Revista de Estudos Demográficos**, 40
- CARRILHO, Maria José; PATRÍCIO, Lurdes
2008 "A Situação Demográfica Recente em Portugal", in INE, **Revista de Estudos Demográficos**, 42

- CARRILHO, Maria José; PATRÍCIO, Lurdes
2009 " A Situação Demográfica Recente em Portugal", in INE, **Revista de Estudos Demográficos**, 46
- CARROZA, Teresa Gómez et al
2003 **Estereotipos de los Mayores en Extremadura**, Badajoz: Imprenta Diputación
- CARVALHO, Maria Irene Lopes B.
s/ data "Uma Abordagem do Serviço Social à Política de Cuidados na Velhice em Portugal", Lisboa: **Centro Português de Investigação em História e Trabalho Social** (www.cpihts.com)
- CARVALHO, Valdecir; FERNANDEZ, M. Elida
1999 "Depressão no Idoso", in Matheus Papaléo Netto, **Gerontologia - A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada**, S. Paulo: Editora Atheneu
- CHEVRIER, Jacques
2003 "A Especificação da Problemática", in Benoît Gauthier (Dir.), **Investigação Social - Da Problemática à Recolha de Dados**, Loures: Lusociência
- COMMAILLE, Jacques; MARTIN, Claude
1998 **Les Enjeux Politiques de la Famille**, Paris : Bayard Éditions
- CONNIDIS, Ingrid Arnet
2009 **Family Ties and Aging**, 2ª ed., London: SAGE Publications, Inc
- CORDEIRO, Maria Paula Assis
1999 "Avaliação da Saúde em Gerontologia", in Maria Arminda Costa et al, **O Idoso- Problemas e Realidades**, Coimbra: Formasau
- COSTA, Maria Arminda Mendes
1999 "Questões Demográficas: Repercussões nos Cuidados de Saúde e na Formação dos Enfermeiros", in Maria Arminda Costa et al, **O Idoso-Problemas e Realidades**, Coimbra: Formasau
- COSTA, Maria Arminda
2002 **Cuidar Idosos - Formação, Práticas e Competências dos Enfermeiros**, Coimbra: Formassau
- COSTA, Maria Arminda
2006 "Enfermagem Geriátrica: a "arte" de aprender cuidando", **Ser Saúde**, 1, pág. 82-91
- COUVANEIRO, Conceição Serrenho; CABRERA, José Pedro
2009 **Este Tempo de Ser - Concepções de Espaço e Tempo para um Envelhecimento Positivo**, Lisboa: Instituto Piaget
- CRESWELL, John W.
1994 **Research Design Qualitative & Quantitative Approaches**, London: SAGE Publications

- DAATLAND, Svein Olav; SLAGSVOLD, Britt; LIMA, Ivar A.
2009 "Population Ageing, Intergenerational Solidarity and the Family - Welfare State Balance: a Comparative Exploration" in **How Generations and Gender Shape Demographic Change - Towards Policies Based on Better Knowledge**, New York and Geneva: United Nations Economic Commission for Europe (pág. 127-138) <http://www.unece.org> (acedido em 31 de Maio de 2010)
- DÉSESQUELLES, Aline; BROUARD, Nicolas
2003 "Le Réseau Familial des Personnes Âgées de 60 ans ou Plus Vivant à Domicile ou en Institution », **Population-F** 58(2), pág. 201-228
- DINIZ, José Alexandre
1992 "Cuidados Informais Família e Comunidade", **Cadernos da ARS de Santarém**, 21:6, pág.19-21
- DIRECÇÃO GERAL DA FAMÍLIA
1993 **Relatório - Situação Actual da Família Portuguesa**
- DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (DGS)
2006 **Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas**, Lisboa: Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas
- DUARTE, Mafalda; PAÚL, Constança
2007 "Avaliação do ambiente institucional - estudo ecológico comportamental dos idosos", **Ser Saúde**, 5, pág. 110-126
- DURAND, Claire; BLAIS, André
2003 "A Medida", in Benoît Gauthier (Dir.), **Investigação Social - Da Problemática à Recolha de Dados**, 3ª ed. Loures: Lusociência
- ERMIDA, José Gomes
1999 "Processo de Envelhecimento", in Maria Arminda Costa et al, **O Idoso-Problemas e Realidades**, Coimbra: Formasau
- ERMIDA, J. Gomes
2000 "O Envelhecimento e o Exercício Físico", in Anabela Mota Pinto (coord.), **Saúde e Exercício Físico**, Coimbra: Quarteto
- ÉTIENE, Jean et al
1998 **Dicionário de Sociologia - As Noções os Mecanismos e os Autores**, Lisboa: Plátano Edições Técnicas
- FERNANDES, Ana Alexandre
1997 **Velhice e Sociedade-Demografia, Família e Políticas Sociais em Portugal**, Oeiras: Celta Editora
- FERNANDES, Ana Alexandre
2001 "Velhice, Solidariedades Familiares e Política Social: Itinerário de Pesquisa em Torno do Aumento da Esperança de Vida ", **Sociologia (Problemas e Práticas)**, 36, pág. 39-52

- FERNANDES, Ana Alexandre
2005 "Envelhecimento e Saúde", **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, vol. 23
nº 2, Julho/Dezembro 2005
- FERNANDES, António Teixeira
1994 "Dinâmicas Familiares no Mundo Actual: Harmonias e Conflitos", **Análise Social**, XXIX (129) (5º) 1149-1191
- FERNANDES, António Teixeira
2005 "Processos e Estratégias de Envelhecimento", **Sociologia**, nº 15, Porto:
Faculdade de Letras, Departamento de Sociologia, pág. 223-247
- FERNANDES, P.
2002 **A Depressão no Idoso: Estudo da Relação entre Factores Pessoais e Situacionais e Manifestação da Depressão**, Coimbra: Quarteto Editora
- FERREIRA, Virgínia
1993 "Padrões de segregação das mulheres no emprego - uma análise do caso português no quadro Europeu", in Boaventura de Sousa Santos (Org.), **Portugal: Um Retrato Singular**, Porto: Edições Afrontamento
- FIGUEIREDO, Daniela
2007 **Cuidadores Familiares ao Idoso Dependente**, Lisboa: Climepsi Editores
- FIGUEIREDO, Daniela; LIMA, Margarida Pedroso; SOUSA, Liliana
2009 "Os "Pacientes Esquecidos": Satisfação com a Vida e Percepção de Saúde em Cuidadores Familiares de Idosos", **Revista Kairós**, São Paulo, 12(1), Jan. 2009, pág. 97-112
- FIGUEIREDO, Daniela; SOUSA, Liliana
2008 "Percepção do estado de saúde e sobrecarga em cuidadores familiares de idosos dependentes com e sem demência", **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, vol. 26, N.º 1, Janeiro/Junho, pág. 15-24
- FILHO, Eurico; NETTO, Matheus
2000 **Geriatría-Fundamentos, Clínica e Terapêutica**, São Paulo: Editora Atheneu
- FONSECA, António Manuel Godinho
2004 "Uma Abordagem Psicológica da "Passagem à Reforma"- Desenvolvimento, Envelhecimento, Transição e Adaptação" Tese de Doutoramento submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto (policopiado)
- FONSECA, António M.
2009 "Que Vida Depois da Reforma?", in **O Tempo da Vida - Fórum Gulbenkian de Saúde sobre o Envelhecimento**, Parede: Príncipeia
- FONTAINE, Roger
2000 **Psicologia do Envelhecimento**, Lisboa: Climepsi Editores

- GARRIDO, Regiane; MENEZES, Paulo R.
2004 "Impacto em Cuidadores de Idosos com Demência Atendidos em um Serviço Psicogeriátrico", **Rev. Saúde Pública** [online]. vol.38, n.6, pp. 835-841. ISSN 0034-8910. (acedido em 12 de Julho de 2006)
- GASPAR, Jorge
2009 " O Envelhecimento e a Dinâmica Demográfica na Europa - Posicionando Portugal", in **O Tempo da Vida - Fórum Gulbenkian de Saúde sobre o Envelhecimento**, Parede: Príncipeia
- GAUTHIER, Benoît (dir.)
2003 **Investigação Social - da Problemática à Colheita de Dados**, 3ª ed., Loures: Lusociência
- GEIS, Pilar Pont
2003 **Actividade Física e Saúde na 3ª Idade**, Porto Alegre: Artmed
- GHIGLIONE, Rodolphe; MATALON, Benjamin
2001 **O Inquérito - Teoria e Prática**, Oeiras: Celta Editora
- GIDDENS, Anthony
2000 **Sociologia**, 2ª ed., Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian
- GIDDENS, Anthony
2001 **O Mundo na Era da Globalização**, 3ª ed., Lisboa: Editorial Presença
- GIERVELD, Jenny de Jong
2009 "Living Arrangements, Family Bonds and the Regional Context Affecting Social Integration of Older Adults in Europe", in **How Generations and Gender Shape Demographic Change: Towards Policies Based on Better Knowledge**, New York and Geneva: United Nations Economic Commission for Europe (pág.107-126)<http://www.unece.org>(acedido em 11 de Out. de 2010)
- GIL, Ana Paula Martins
1998 "Solidariedades Intergeracionais e Instituições de Velhice", Dissertação de Mestrado, Évora: Universidade de Évora (policopiado)
- GIL, Ana Paula Martins
1999 " Redes e Políticas de Solidariedade - *Globalização e Política Social*", **Cadernos de Política Social**, 1: pág.93-114
- GIMENO, Adelina
2003 **A Família - O desafio da Diversidade**, Lisboa: Instituto Piaget
- GONÇALVES, Cristina
2004 "Pobreza e Exclusão Social nas famílias com Idosos em Portugal" in INE, **Revista de Estudos Demográficos**, 35
- GONÇALVES, Cristina; CARRILHO Maria José
2007 "Envelhecimento Crescente mas Espacialmente Desigual" in INE, **Revista de Estudos Demográficos**, 40

- GRÁCIO, Eunice Isabel Teixeira
1999 "Apoio Social e Financeiro na Terceira Idade", in Maria Arminda Costa et al, **O Idoso-Problemas e Realidades**, Coimbra: Formasau
- GRANDE, Nuno
1994 "Linhas Mestras para uma Política Nacional da Terceira Idade", **Geriatrics** 7, 68, pág. 6-10
- GUTMANN, Luisa Acrich et al
1998 **La Vejez - Una Mirada Gerontológico Actual**, Argentina: Paidós
- HARPER, Sarah
2009 "Uma Abordagem às Implicações do Envelhecimento Global", in **O Tempo da Vida - Fórum Gulbenkian de Saúde sobre o Envelhecimento**, Parede: Príncipia
- HESPANHA, Maria José Ferros
1993 "Para Além do Estado: A Saúde e a Velhice na Sociedade - Providência", in Boaventura de Sousa Santos (Org.), **Portugal: Um Retrato Singular**, Porto: Edições Afrontamento
- HILL, Manuela Magalhães; HILL, Andrew
2002 **Investigação por Questionário**, 2ª ed. Revista e Corrigida, Lisboa: Edições Sílabo
- HOFF, Andreas
2009 "Alteração das Relações Intergeracionais nas Sociedades Europeias", in **O Tempo da Vida - Fórum Gulbenkian de Saúde sobre o Envelhecimento**, Parede: Príncipia
- HOUCARD, Béatrice
2001 **La Famille, Une Idée Neuve en Europe**, Paris: Fondation Robert Schuman
- ILHÉU, José Ramalho
1993 "Estratégias de Participação Social na População Idosa no Alentejo", **Economia e Sociologia**, 56, pág.27-50
- ILHÉU, José Ramalho; PARREIRA, Anabela; GOMES, Maria do Carmo
1995 **As Famílias da Diocese de Évora - Resultados de um Inquérito**, Lisboa: Direcção Geral da Família
- IMAGINÁRIO, Cristina
2004 **O Idoso Dependente em Contexto Familiar**, Coimbra: Formasau
- INE
1991 Recenseamento Geral da População
- INE
1999 **As Gerações Mais Idosas**, Série de Estudos, nº 83, Lisboa
- INE
2002a "População e Condições Sociais", **Revista de Estudos Demográficos**, 32 Lisboa

INE

2002b **Censos 2001 - Resultados Definitivos**, Lisboa

INE

2002c **“O Envelhecimento em Portugal - Situação Demográfica e Sócio-Económica Recente das Pessoas Idosas”**, Lisboa

INE

2009a **Anuário Estatístico da Região Alentejo 2008**, Lisboa

INE

2009b **Projeções de População Residente em Portugal 2008-2060**, Lisboa

INE

2009c **Anuário Estatístico de Portugal 2008**, Lisboa

INE

2009d **Indicadores Sociais 2008**, Lisboa

INE

2010 **As Pessoas 2008**, Lisboa

INSTITUTE FOR FAMILY POLICES

2008 **“Report on the Evolution of the Family in Europe 2008”**, Madrid
www.ipfe.org (acedido em 18 de Junho de 2009)

JOSÉ, José São; WALL, Karin; CORREIA, Sónia V.

2002 **“Trabalhar e Cuidar de um Idoso Dependente: Problemas e Soluções”**,
URL: www.ics.ul.pt/publicacoes/workingpapers (acedido a 17 de Out. de 2006)

KALACHE, Alexandre

2009 **“ O Envelhecimento e a Cidade”**, in **O Tempo da Vida - Fórum Gulbenkian de Saúde sobre o Envelhecimento**, Parede: Princípia

KARSCH, Ursula M.

2003 **“Idosos dependentes: famílias e cuidadores”**, **Cadernos de. Saúde Pública**, Jun.2003, vol.19, no.3, pág .861-866.

KENDE, Pierre

S/d **“Os Actores Sociais e Suas Relações”**, in A. Akoun et al, **Enciclopédia Sociológica Contemporânea**, I Vol., Porto: Rés - Editora

KETELE, Jean-Marie; ROEGIERS, Xavier

1999 **Metodologia da Recolha de Dados**, Lisboa: Instituto Piaget

LAGE, Isabel

2005 **“Cuidados familiares a Idosos”**, in Constança Paul e António M. Fonseca (coord.), **Envelhecer em Portugal**, Lisboa: Climepsi Editores

- LAMAS, Carla
2007 “Análise do envelhecimento demográfico na Europa”
<http://pt.shvoong.com/social-sciences>, publicado em 8 de Outubro de 2007
(acedido em 12 de Fevereiro de 2008)
- LANDRY, Réjean
2003 “A Análise de Conteúdo”, in Benoît Gauthier (Dir.), **Investigação Social - Da Problemática à Recolha de Dados**, 3ª ed. Loures: Lusociência
- LEITE, Sofia
2005 “Projeções de famílias para Portugal: que viabilidade?”, in INE, **Revista de Estudos Demográficos**, 37, pág. 77-83
- LEME, Luiz; SILVA, Paulo
1999 “O idoso e a Família”, in Matheus Papaléo Netto, **Gerontologia - A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada**, S. Paulo: Editora Atheneu
- LESSARD-HÉBERT, Michelle; GOYETTE, Gabriel; BOUTIN, Gérald
1994 **Investigação Qualitativa: Fundamentos e Práticas**, Lisboa: Instituto Piaget
- LEUSCHNER, António
2009 “A Doença da Solidão”, in **O Tempo da Vida - Fórum Gulbenkian de Saúde sobre o Envelhecimento**, Parede: Princípia
- LEZAUN, José J. Y.; ARRAZOLA, Francisco J. Leturia; ARRAZOLA, M. Leturia
2001 “Apoyo Informal y Cuidado de las Personas Mayores Dependientes”,
Octubre de 2001 pág. 1-20 www.matiáf.net/profesionales/articulos,
(acedido em 20 de Abril de 2006)
- LOBO, Cristina
2009 “Parentalidade social, fratrias e relações intergeracionais nas recomposições familiares”, **Sociologia**, [online]. Jan. 2009, no.59, p.45-74.
<<http://www.scielo.oces.mctes.pt>. ISSN 0873-6529. (acedido a 6 Março 2010)
- LOPES, Lídia Maria Pereira
2007 “Necessidades e Estratégias na Dependência: Uma Visão da Família”,
Revista Portuguesa de Saúde Pública, Vol. 25, nº 1 (Janeiro-Junho), pág. 39-46
- LORIAUX, Michel
1995 “Du Vieillissement Démographique à L’Intégration des Âges : La Révolution de la Gêritude”, **Population**, 50 (6) pág. 1611-1625
- LUDERS, Selenita; STORANI, Maria Sílvia
1999 “Demência: Impacto Para a família e a Sociedade”, in in Matheus Papaléo Netto, **Gerontologia - A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada**, S. Paulo: Editora Atheneu
- MACHADO, Maria do Céu
2009 “Envelhecimento e Políticas de Saúde”, in **O Tempo da Vida - Fórum Gulbenkian de Saúde sobre o Envelhecimento**, Parede: Princípia

- MAGALHÃES, Maria da Graça
2002 “Projeções da População Residente, Portugal, 2000/2050 - Que Tendências de Base para a Construção de Hipóteses?” in INE, **Revista de Estudos Demográficos**, 32, pág. 51-58
- MAÑAS RODRIGUEZ L.
1994 **Síndromes y Cuidados en el Paciente Geriátrico**, Barcelona: Masson
- MARÔCO, João
2010 **Análise Estatística com o PASW Statistics (ex - SPSS)**, Pêro Pinheiro: ReportNumber
- MARQUES, F.
1997 **Evolução e Problemas da Segurança Social em Portugal no após 25 de Abril**, Lisboa: Edições Cosmos
- MARTÍN, Ignacio
2005 “O Cuidado Informal no âmbito Social”, in Constança Paul e António M. Fonseca (coord.), **Envelhecer em Portugal**, Lisboa: Climepsi Editores
- MARTÍN, I. et al
2007 “Políticas Sociais para a Terceira Idade” in Agustín Requejo Osório e Fernando Cabral Pinto (coord.), **As Pessoas Idosas, Contexto Social e Intervenção Educativa**, Lisboa: Instituto Piaget
- MARTINS, Rosa Maria Lopes
2006 “Envelhecimento e Políticas Sociais”, **Millenium on-line Revista do ISPV** n° 32, Fev. de 2006, pág. 126-140
<http://www.ipv.pt/millenium/Millenium32/default.htm> (acedido em 15 de Março de 2005)
- MAURITTI, Rosário
2004 “Padrões de Vida Na Velhice”, **Análise Social**, vol. XXXIX (171), 339-363
- MEIRELES, Ana Catarina
2008 **Envelhecimento Activo da Pessoa Idosa**
<http://www.saudepublica.web.pt> (acedido em 15 de Março de 2005)
- MENDES, Fernando Ribeiro
2009 “Que Segurança na Velhice em Portugal?”, in **O Tempo da Vida - Fórum Gulbenkian de Saúde sobre o Envelhecimento**, Parede: Príncípia
- MERCADANTE, Elisabeth
1999 “Aspectos Antropológicos do Envelhecimento”, in in Matheus Papaléo Netto, **Gerontologia - A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada**, S. Paulo: Editora Atheneu
- MESTHENEOS, E.; TRIANTAFILLOU, J.
2005 **Supporting Family Carers of Older People in Europe - The Pan-European Background Report**, Münster: Lit Verlag

MINISTÉRIO DA SAÚDE

2003 **Plano Nacional de Saúde: Orientações Estratégicas para 2004-2010**, Lisboa

MTSS – GEP

2009 **Carta Social. Rede de Serviços e Equipamentos. Relatório 2007**, Lisboa: GEP-CID www.cartasocial.pt

MTSS – GEP

2010 **Carta Social-Rede de Serviços e Equipamentos. Relatório 2008**, Lisboa: GEP-CID www.cartasocial.pt

MORAIS, Maria da Graça

1993 “Solidariedade e Idosos”, **Economia e Sociologia**, 56, pág. 89-94

MOURA, Cláudia

2006 **Século XXI – Século do Envelhecimento**, Loures: Lusociência

MOZZICAFREDDO, Juan

2002 **Estado – Providência e Cidadania em Portugal**, 2ª ed., Oeiras: Celta Editora

NAZARETH, J. Manuel

1993 “O Envelhecimento Demográfico da População Portuguesa no Início dos Anos Noventa”, **Economia e Sociologia**, 56 pág. 5-25

NAZARETH, J. Manuel

2000 **Introdução à Demografia - Teoria e Prática**, 2ª ed., Lisboa: Editorial Presença

NAZARETH, J. Manuel

2009 **Crescer e Envelhecer: Constrangimentos e Oportunidades do Envelhecimento Demográfico**, Lisboa: Editorial Presença

NERI, Anita Liberalesso (org.)

1999 **Qualidade de Vida e Idade Madura**, 2ª ed., Campinas: Papyrus Editora

NETTO, Matheus Papaléo

1999 **Gerontologia – A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada**, S. Paulo: Editora Atheneu

NUNES, J. Arriscado

1993 **As teias da família: a construção interaccional das solidariedades primárias**, Dissertação de Doutoramento, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra

OLIEVENSTEIN, Claude

2000 **A Arte de Envelhecer**, Lisboa: Notícias Editorial

OLIVEIRA, Isabel Tiago; MENDES, Maria Filomena

2010 “A Diferença de Esperança de Vida Entre Homens e Mulheres: Portugal de 1940 a 2007”, **Análise Social**, vol. XLV (194), pág. 115-138

- OMS
2002 **Vieillir en Restant Actif - Cadre d'Orientation** (Contribution de l'Organisation Mondiale de la Santé à la Deuxième Assemblée Mondiale des Nations Unies sur le Vieillissement, Madrid, Espagne, 2002)
- OMS
2010 **WHO Evaluation of the National Health Plan of Portugal (2004-2010)**
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
2005 **Envelhecimento activo: uma política de saúde**, Brasília
- ORNELAS, José
1994 " Suporte Social: Origens, Conceitos e Áreas de Investigação", **Análise Psicológica**, 2/3 (XII) pág. 333-339
- OSORIO, Agustín Requejo
2007 "Os Idosos na Sociedade Actual" in Agustín Requejo Osório e Fernando Cabral Pinto (coord.), **As Pessoas Idosas, Contexto Social e Intervenção Educativa**, Lisboa: Instituto Piaget
- PARREIRA, Anabela dos Santos; GONÇALVES, Margarida; ILHÉU, José
1993 "As Solidariedades Familiares em Populações Idosas", **Economia e Sociologia**, 56, pág.51-75
- PASCHOAL, Sérgio
1999 "Epidemiologia do Envelhecimento", in Matheus Papaléo Netto, **Gerontologia - A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada**, S. Paulo: Editora Atheneu
- PAÚL, Maria Constança
1997 **Lá Para o Fim da Vida - Idosos, Família e Meio Ambiente**, Coimbra: Almedina
- PAÚL, Constança
2005 "Envelhecimento Activo e Redes de Suporte Social", **Sociologia**, nº 15, Porto: Faculdade de Letras, Departamento de Sociologia, pág. 275-287
- PAÚL, et al
2005 "Satisfação e Qualidade de Vida em Idosos Portugueses", in Constança Paul e António M. Fonseca (coord.), **Envelhecer em Portugal**, Lisboa: Climepsi Editores
- PEREIRA, Alexandre
2008 **Guia Prático de Utilização do SPSS - Análise de Dados para Ciências Sociais e Psicologia**, 7ª ed., Lisboa: Edições Sílabo
- PEREIRA, Helder Cardoso
1994 **A Família em Santarém (II Volume - Resultados de um Inquérito à População)**, Lisboa: Direcção Geral da Família; Ministério do Emprego e da Segurança Social

- PESTANA, Maria Helena; GAGEIRO, João Nunes
2008 **Análise de Dados para Ciência Sociais - A Complementaridade do SPSS**, 5ª ed. Revista e Corrigida, Lisboa: Edições Sílabo
- PHILLIPS, Judith; AJROUCH, kristine; HILLCOAT-NALLÉTAMBY, Sarah
2010 **Key Concepts in Social Gerontology**, London: Sage Publications Lda.
- PIMENTEL, Luísa
2005 **O Lugar do Idoso na Família: Contextos e Trajectórias**, 2ªed., Coimbra: Quarteto
- PIMENTEL, Luísa Maria Gaspar
2006 **A Prestação de Cuidados a Pessoas Idosas Dependentes: Uma Análise das Relações Familiares Intergeracionais e de Germanidade**, Tese de Doutoramento em Sociologia, apresentada ao Instituto de Ciências do Trabalho e da Empresa
- PINTO, Manuela Mota
2001 "O Fenómeno da Longevidade" in Anabela Mota Pinto (coord.), **Envelhecer Vivendo**, Coimbra: Quarteto
- PORTUGAL
1976 **Constituição da República Portuguesa**, Lisboa: Imprensa Nacional - Casa da Moeda
- QUARESMA, Maria de Lurdes
1988 "Política de Velhice. Análise e Perspectivas", **Psicologia** VI, 2 pág. 227-237
- QUEIRÓS, Maria José
2010 "Política Social, Território, Género, Cultura: Mediações no Estudo da Pobreza", Lisboa: **Centro Português de Investigação em História e Trabalho Social** (www.cpihts.com) (acedido em 20 de Janeiro de 2010)
- QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc Van
2003 **Manual de Investigação em Ciências Sociais**, 3ª ed., Lisboa: Gradiva
- RAMOS, Francisco Martins
1993 "Contributos Etnográficos para uma Antropologia da Terceira Idade", **Economia e Sociologia**, 56, pág. 77-88
- RELVAS, Ana Paula; ALARCÃO, Madalena
2007 **Novas Formas de Família**, 2ª ed., Coimbra: Quarteto Editora
- RENDAS, António Bensabat
2001 "Adaptações Normais e Patológicas do Organismo Humano Durante o Envelhecimento - Idade Biológica Versus Idade Cronológica" in Anabela Mota Pinto (coord.), **Envelhecer Vivendo**, Coimbra: Quarteto
- RIBEIRO, Óscar
2005 "Quando o Cuidador é um Homem. Envelhecimento e Orientação para o Cuidado", in Constança Paul e António M. Fonseca (coord.), **Envelhecer em Portugal**, Lisboa: Climepsi Editores

- RICHEZ-BATTESTI, Nadine
1997 **Dicionário das Questões Sociais**, Lisboa: Plátano Edições Técnicas
- RODRIGUES, Maria Júlia
2007 "Percepção da qualidade de vida dos idosos maiores de 75 anos no concelho de Vila Nova de Gaia; estratégias educativas para a mudança", **Ser Saúde**, 6, pág. 56-69
- ROUSSEL, Louis
1990 "Les Relations Intergénérationelles au Moment de la Vieillesse des Parents", **Gérontologie et Société**, 55, pág. 32-45
- ROUSSEL, Louis
1992 "O Futuro da Família", **Sociologia-Problemas e Práticas**, 11: 165-179
- ROWLAND, Robert
1997 **População, Família, Sociedade: Portugal, Séculos XIX-XX**, Oeiras: Celta Editora
- RUQUOY, Danielle
1997 "Situação de Entrevista e Estratégia do Entrevistador", in Luc Albarello et al (org.), **Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais**, Lisboa: Gradiva
- SALGUEIRO, Hugo Daniel Acúcio Garcia
2008 "Percepção do Estado de Saúde e de Qualidade de Vida da Família que Coabita e Cuida de um Idoso Dependente", **Revista Investigação em Enfermagem**, Fev. 2008, pág. 51-63
- SAMPIERI, Roberto Hernández; COLLADO, Carlos Fernández; LUCIO, Pilar Baptista
2006 **Metodologia de Pesquisa**, 3ª ed., S. Paulo: McGraw-Hill
- SANTOS, Boaventura de Sousa (org.)
1993 **Portugal: Um Retrato Singular**, Porto: Edições Afrontamento
- SANTOS, Purificação Fernandes Custódio
2000 **A Depressão no Idoso**, Coimbra: Quarteto Editota
- SANTOS, S.M.A.
2003 **O Cuidador Familiar de Idosos com Demências: Um Estudo Qualitativo em Famílias de Origem Nipo-Brasileira e Brasileira**. Tese de Doutoramento, Programa de Pós-Graduação em Gerontologia, Campinas: Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP
- SARACENO, Chiara; NALDINI, Manuela
2003 **Sociologia da Família**, 2ª ed. atualizada, Lisboa: Editorial Estampa
- SARACENO, Chiara
2004 "A Igualdade Difícil. Mulheres no Mercado de Trabalho em Itália e a Questão não Resolvida da Conciliação", **Sociologia - Problemas e Práticas**, n.º44, pág.27-45

- SAVOIE - ZAJC, Lorraine
2003 "A Entrevista Semi-dirigida", in Benoît Gauthier (Dir.), **Investigação Social - Da Problemática à Recolha de Dados**, 3ª ed. Loures: Lusociência
- SCHACHTER-SHALOMI, Zalman; MILLER, Ronald S.
1996 **Mais Velhos Mais Sábios: Uma Visão Nova e Profunda da Arte de Envelhecer**, Rio de Janeiro: Campos Editora
- SCHNAIDER, Taylor B.; SILVA, José Vítor; PEREIRA, M. Aparecida dos Reis
2009 "Cuidador familiar de paciente com afecção neurológica" **Saúde e Sociedade** [online], vol.18, n.2, pág. 284-292
- SEGALEN, Martine
1999 **Sociologia da Família**, Lisboa: Terramar
- SEQUEIRA, Carlos
2007 **Cuidar de Idosos Dependentes**, Coimbra: Quarteto
- SHORTER, Edward
1975 **A Formação da Família Moderna**, Lisboa: Terramar
- SILVA, Edinete do Nascimento; NERI, Anita Liberalesso
1999 "Questões Geradas pela Convivência com Idosos: Indicações para Programas de Suporte Familiar", in Anita Neri (org.), **Qualidade de Vida e Idade Madura**, 2ª ed., Campinas: Papyrus Editora
- SILVA, João Fernandes
2006 **Quando a Vida Chegar ao Fim**, Loures: Lusociência
- SILVA, Maria Ester Vaz
2006 **Racionalidades Leigas sobre Envelhecimento e Velhice - um Estudo no Norte de Portugal**, Tese de Doutoramento em Sociologia, apresentada à Universidade Aberta
- SILVEIRA, Teresinha Melo; CALDAS, Célia Pereira ; CARNEIRO, Terezinha Feres
2006 "Cuidando de Idosos Altamente Dependentes na Comunidade: um Estudo Sobre Cuidadores Familiares Principais", **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22 (8), Agosto 2006, pág. 1629-1638
- SINGLY, François et al
1992 **La Famille L' État des Savoirs**, Paris: Editions la Découverte
- SOUSA, Liliana; FIGUEIREDO, Daniela; CERQUEIRA, Margarida
2006 **Envelhecer em família: os Cuidados Familiares na Velhice**, 2ª ed., Porto: Âmbar
- SOUSA, Liliana; GALANTE, Helena; FIGUEIREDO, Daniela
2003 "Qualidade de Vida e Bem-estar dos Idosos: um Estudo Exploratório na População Portuguesa", **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 3, June, pág. 364-371 <http://www.scielosp.org/scielo> (acedido em 26 de Maio de 2005)

SQUIRE, Anne

2004 **Saúde e Bem-estar para Pessoas Idosas - Fundamentos Básicos para a Prática**, Loures: Lusociência

SULLEROT, Evelyne

1999 **A Família - Da Crise à Necessidade**, Lisboa: Instituto Piaget

TEIXEIRA, Paulo

2006 "Envelhecendo Passo a Passo", www.psicologia.com.pt (acedido em 19 de Janeiro de 2008)

THOMPSON, E.H., Jr.

2002 "What's Unique About Men's Caregiving?" In B.J. Kramer & E.H. Thompson Jr. (Eds.), **Men as Caregivers: Theory, Research and Service Implications**, New York: Springer Publishing

TORRES, Anália; MENDES, Rita; LAPA, Tiago

2008 "Families in Europe", **Portuguese Journal of Social Science**, Vol. 7, Num. 1, pág. 49-84

TORRES, Anália

2008 "Women, Gender, and, Work. The Portuguese Case in the Context of the European Union", **International Journal of Sociology**, Vol. 38, Num. 4, pp. 36-56

TRIVIÑOS, Augusto N. S.

1990 **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais**, São Paulo: Editora Atlas

ULYSSE, Pierre-Joseph

1997 **Le Vieillissement des Populations: les Trente Dernières Années en Perspective**, Santé Canada

UNITED NATIONS

2007 **World Population Prospects : The 2006 Revision**, New York: Department of Economic and Social Affairs, Population Division

USEROS et al

2009 "Autoestima, apoyo familiar y social en cuidadores familiares de personas dependientes", XIII Encuentro Internacional de Investigación en Enfermería, **Libro de Ponencias - Book of Abstracts**, Alicante
(www.isciii.es/htdocs/redes/investen/documentos/XIII_encuentro.pdf)

VALA, Jorge

1986 "A Análise de Conteúdo", in Augusto Santos Silva e José Madureira Pinto (org.), **Metodologia das Ciências Sociais**, 2ª ed., Porto: Edições Afrontamento

VALLESPÍR, Jordi; MOREY, Mercè

2007 "A Participação dos Idosos na Sociedade: Integração vs. Segregação" in Agustín Requejo Osório e Fernando Cabral Pinto (coord.), **As Pessoas Idosas, Contexto Social e Intervenção Educativa**, Lisboa: Instituto Piaget

- VASCONCELOS, Pedro
2003 "Famílias Complexas: Tendências de Evolução", **Sociologia, Problemas e Práticas**, nº 43, pág. 83-96
- VAZ, Ester
1998 "Mais Idade e Menos Cidadania", **Análise Psicológica**, 4 (XVI) pág. 621-633
- VAZ, Ester
2008 **A Velhice na Primeira Pessoa**, Penafiel: Editorial Novembro
- VERAS, Renato
2009 "Envelhecimento Populacional Contemporâneo: Demandas, Desafios e Inovações", **Revista Saúde Pública**, 43(3) pág. 548-54
- VERÍSSIMO, Cristina
2004 "Cuidar do idoso dependente em contexto comunitário: que qualidade de vida para os cuidadores familiares?", **Boletim da Escola Superior de Enfermagem de Bissaya Barreto**, Coimbra, 4 (Maio):, pág. 10-16
- VERÍSSIMO, Cristina Maria Figueira; MOREIRA, Isabel Maria Pinheiro Borges
2004 "Os Cuidadores Familiares/Informais - Cuidar do Idoso Dependente em Domicílio", **Pensar Enfermagem**, vol 8, nº 1 (1º semestre de 2004)
- VIEIRA, Eliane Brandão
1996 **Manual de Gerontologia**, Rio de Janeiro: Revinter
- VILAR, Emílio
2009 **O Tempo da Vida - Fórum Gulbenkian de Saúde sobre o Envelhecimento (Prefácio)**, Parede: Príncipeia
- WACKER, Robbyn R.; ROBERTO, Karen A.
2008 **Community Resources for Older Adults - Programs and Services in an Era of Change**, 3ª ed., London: SAGE Publications, Inc
- WALL, Karin
1995 "Apontamentos Sobre a Família na Política Social Portuguesa", **Análise Social**, XXX (131/132) (2º-3º) pág. 431-455
- WILSON, Chris
2009 " O Envelhecimento no séc. XXI-Perspectivas Demográficas", in **O Tempo da Vida - Fórum Gulbenkian de Saúde sobre o Envelhecimento**, Parede: Príncipeia
- WINTLEV-JENSEN, Peter
2009 "Panorâmica da Estratégia da Comissão Europeia em Matéria de Novas Tecnologias e Serviços para Envelhecer Bem", in **O Tempo da Vida - Fórum Gulbenkian de Saúde sobre o Envelhecimento**, Parede: Príncipeia

WISE, David A.

2009 “Facilitar Vidas de Trabalho Mais Longas: Como e Porquê”, in **O Tempo da Vida - Fórum Gulbenkian de Saúde sobre o Envelhecimento**, Parede: Príncipe

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO)

2002 **The European Health Report 2002**, Copenhagen: WHO

www.anmp.pt

www.cartasocial.pt

www.dgs.pt

www.ine.pt

www.seg-social.pt