

**PROVISÃO INSTITUCIONAL DE CUIDADOS AO DOMICÍLIO NA VELHICE:
REFORÇO OU ENFRAQUECIMENTO DA SOLIDARIEDADE PRIMÁRIA?**

Ana Maria Araújo Magalhães

Dissertação apresentada ao Instituto Superior de Serviço Social do Porto para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gerontologia Social, realizada sob orientação da Professora Doutora Marielle Gros.

Agradecimentos

Aos meus pais, as pessoas mais importantes da minha vida, sem o apoio deles nada seria possível.

À minha orientadora, Professora Doutora Marielle Gros pelo seu tempo, disponibilidade, dedicação e partilha de conhecimentos.

A todos os meus amigos que me incentivaram e estiveram sempre presentes.

Às colegas e amigas de Mestrado de Gerontologia Social, principalmente à Elisabete pelo seu apoio e amizade que construímos ao longo deste longo percurso que agora termina.

À Instituição onde trabalho, Socialeloos- Associação Social de Fradelos, por me dar a disponibilidade de horários e poder conjugar o trabalho com a elaboração desta investigação.

A todos os idosos e seus familiares que colaboraram comigo nesta investigação.

Obrigada!

Resumo

A política social de velhice reflete, na atualidade, as tensões entre um Estado interventor, que tutela e promove o crescimento da produção de serviços permitindo a idosos frágeis ou dependentes de permanecerem no seu quadro de vida, e um Estado que se desimplica e tende a realçar o papel da família. É neste contexto que cresceram os Serviços de Apoio Domiciliário, em Portugal onde o familiaslismo é reputado como importante. Daí o nosso interesse na seguinte pergunta: como coexistem os cuidadores familiares e os cuidadores institucionais ou profissionais? Será que a família, outrora principal prestadora de cuidados aos mais velhos tende a ser substituída pelos cuidadores institucionais? Ou será que uma relação de complementaridade se estabelece ou pode estabelecer-se entre os dois tipos de cuidadores? Para tentar responder a esta questão, procuramos perspetivar a relação entre saúde e envelhecimento, perceber porque é que a família perdeu boa parte do seu papel de cuidadora na velhice e, finalmente analisar, em vários planos, a interação entre cuidados familiares e institucionais. Acabamos com a apresentação do estudo empírico que desenvolvemos sobre este tema no quadro de uma instituição prestadora deste tipo de serviço em que trabalhamos e que nos permitiu identificar importantes sinais de uma lógica de substituição dos cuidadores familiares pelos institucionais a par, todavia, com a lógica de complementaridade entre os dois tipos de cuidados.

Palavras chave: Fragilidade, Dependência, Cuidadores familiares e institucionais, relações de complementaridade e de substituição

Abstract

Social politics for aging reflects, nowadays, tensions between an intervening State that regulates and promotes the growth of services that enable the elderly to stay in their life context, even when they become frail or dependent, and a State that retracts itself and highlights the family role near the elderly. It is in this context that home support services grew in Portugal where the family has traditionally an important role. How family care and institutional or professional care are coexisting is thence the guiding question of our study. The family, in past the elderly main caregiver, is being substituted by institutional caregivers? Or a complementarity relationship between the two types of care has been developed or can be developed? In order to answer this question, we try to concept the relationship between health and aging, we try to understand why the family lost a significant part of its role in caring the elderly and, finally, we analyzed, in different ways, the interaction between family caregivers and institutional caregivers. In the last part, we present an empirical study developed in a social institution where we were working and through which we identify important signs of the logic of substitution of family care by professional one alongside with the logic of complementarity between the two types of care.

Key words: frailty, dependence, family caregivers, institutional caregivers, substitution and complementarity relationship

Résumé

La politique sociale de vieillesse est, actuellement, traversée par des tensions entre un Etat qui intervient directement en régulant et promouvant la croissance des services qui permettent aux personnes âgées, dont l'état de santé est fragile ou même dépendant, de rester dans leur cadre de vie et un État qui se désengage et passe à nouveau à rehausser le rôle de la famille. C'est dans ce contexte que les Services d'Aide au Domicile ont cru au Portugal, où le familialisme est considéré comme important. C'est la raison pour laquelle nous nous sommes penchés sur la question suivante : comment coexistent les aidants familiaux et les aidants institutionnels ou professionnels ? Est-ce que la famille, qui était autrefois la principale responsable des soins à apporter aux personnes âgées a tendance à être substituée par les professionnels ? Ou est-il possible d'établir une relation de complémentarité entre les deux types d'aidants ? Pour essayer de répondre à cette question nous avons cherché à clarifier la relation entre santé et vieillissement, à comprendre pourquoi la famille a perdu une bonne partie de son rôle auprès des personnes âgées et, finalement, à analyser, à divers niveaux, l'interaction entre les aidants familiaux et les aidants institutionnels. Nous présentons à la fin de ce chapitre l'étude empirique que nous avons développée sur ce thème dans le cadre d'une institution sociale où nous avons travaillé et qui nous a permis d'identifier d'importants signaux de la logique de substitution des aidants familiaux par les aidants institutionnels, parallèlement, toutefois, à la logique de complémentarité entre les deux types de soins.

Mots-clés : fragilité, dépendance, aidants familiaux et aidants institutionnels, relation de substitution et de complémentarité

INTRODUÇÃO	8
CAPÍTULO 1. Quando o Estado de Saúde passa a condicionar a vida social	12
1. Independência, fragilidade e dependência – 3 estados de saúde	12
2. O estado de saúde da população portuguesa envelhecida	15
CAPÍTULO 2. Transformações dos modos de cuidar dos mais velhos	23
2.1. A mudança das instituições familiares em Portugal	27
2.2. A evolução da política de velhice	34
CAPÍTULO 3. A Interação entre cuidados familiares e cuidados institucionais	41
3.1. Condicionantes sociopolíticas da interação entre os dois tipos de cuidados	41
3.2. O estudo da interação entre cuidados informais e cuidados institucionais	54
3.3. A distribuição dos cuidados entre cuidadores familiares e cuidadores profissionais	72
3.3.1 Perfil sociográfico dos utilizadores do SAD	72
3.3.2 Recorrer aos serviços de prestadores de serviços institucionais	81
3.3.3 Os serviços prestados pelo SAD aos idosos da nossa amostra	84
3.3.4 O impacto da prestação institucional de serviços sobre os recursos relacionais dos utilizadores	86
CONCLUSÃO	104
BIBLIOGRAFIA.....	111
ANEXOS.....	113
ANEXO I	114
ANEXO II.....	115
ANEXO III	118
ANEXO IV.....	120

INDICE DE QUADROS

Quadro nº1 - População com 75 anos e mais por tipos, nº e graus de dificuldades segundo o sexo (%).....	19
Quadro nº 2 - Limitação de longa duração percebida em consequência de um problema de saúde entre os indivíduos com 75 anos e mais - 2010-2014	21
Quadro nº 3 – Evolução da taxa de nupcialidade (%).....	28
Quadro nº 4 – Evolução do casamento católico (em % do total de casamentos).....	28
Quadro nº 5 – Evolução do nº de divórcios por 100 casamentos (%).....	28
Quadro nº 6 – Evolução da taxa de nascimentos fora do casamento (%).....	28
Quadro nº7 - Evolução do índice sintético de fecundidade (%).....	29
Quadro nº8 - Evolução da dimensão média das famílias	29
Quadro nº9 - Evolução das famílias clássicas por número de indivíduos (em % do total das famílias) – Portugal.....	30
Quadro nº10- Composição da população ativa por sexo - 1974 – 201	30
Quadro nº 11- Taxa de atividade feminina por grupo etário (%)	31
Quadro nº 12- Taxa de actividade feminina por grupos etários em Portugal e na UE-15 – 2001 – 2011	31
Quadro nº 13- Taxa bruta de escolarização do sexo feminino por nível de ensino	33
Quadro nº 14- Evolução da oferta de Equipamentos e Serviços para Idosos	36
Quadro nº 15- Evolução da oferta de Equipamentos e Serviços para Idosos	39
Quadro nº16 - Oferta de Equipamentos e Serviços para idosos no Concelho de Vila do Conde e Junqueira em 2015	40
Quadro nº 17- Beneficiários do SAD por idade e sexo.....	72
Quadro nº18- Estados de saúde dos utilizadores do SAD por sexo	73
Quadro nº19 - Estados de saúde dos utilizadores do SAD por escalões etários.....	73
Quadro nº 20- Condição perante o trabalho predominante ao longo da vida por sexo....	74
Quadro nº21 - Distribuição dos utilizadores do SAD por Grupo socioprofissional segundo o sexo.....	74
Quadro nº22- Situação na profissão por sexo	75
Quadronº23- Grau de instrução dos utilizadores do SAD por sexo	76
Quadro nº24- Distribuição dos utilizadores do SAD por montantes das pensões de reforma.....	76

Quadro nº25- Grupo Sócio- profissional segundo o Estado de saúde	76
Quadro nº26- Valores das pensões segundo o Estado de saúde.....	76
Quadro nº27- Composição do grupo doméstico segundo o Sexo	77
Quadro nº28- Composição dos grupos domésticos dos idosos segundo o sexo e o estado de saúde	78
Quadro nº29 - Pessoas recursos do grupo doméstico co-residente segundo o sexo e estado de saúde dos idosos	78
Quadro nº30 - Pessoas-recurso dos idosos segundo o sexo, o estado de saúde e a composição do grupo doméstico	80
Quadro nº31 - A responsabilidade da tomada de decisão de recorrer aos SA.....	81
Quadro nº32 - Motivo pelo qual o idoso recorreu ao SAD segundo o sexo dos idosos..	82
Quadro nº33- Duração da prestação de serviços	84
Quadro nº34- Serviços prestados pelo Apoio Domiciliário	84
Quadro nº35- Serviços de saúde prestados ao domicílio por sexo.....	85
Quadro nº36- Necessidades de ajuda nas atividades diárias antes de recorrer ao SAD .	86
Quadro nº37 Pessoas-recurso dos idosos segundo o sexo, o estado de saúde e a composição do grupo doméstico (13 Indivíduos).....	87
Quadro nº38 - Nº de idosos a quem os cuidadores familiares prestavam serviços antes do recurso ao SAD, segundo o tipo de serviço e o parentesco do(s) cuidador(es)	88
Quadro nº39 - Relação entre cuidadores familiares e profissionais segundo o sexo e estado de saúde	100
Quadro nº40- Serviços prestados pelo Sad por sexo	114
Quadro nº41 - Número de horas de prestação de serviços e nº de profissionais que prestam o serviço	114

Introdução

Até à data, a minha experiência profissional realizou-se principalmente no contexto de instituições prestadoras de serviços de apoio domiciliário a idosos, em meio urbano, em meio suburbano e em áreas periféricas do Grande Porto que apresentam ainda fortes traços de ruralidade. Apesar desta relativa diferenciação entre os envolventes das referidas instituições, confrontei-me recorrentemente com comportamentos por parte dos familiares dos idosos que indicavam uma crescente falta de disponibilidade para atender à inevitável multiplicidade de necessidades a satisfazer para que pessoas com um estado de saúde frágil ou dependente possam aceder a um “bem envelhecer”. Uma pluralidade de tarefas tende a ser, cada vez mais sistematicamente, remetida para os profissionais: desde a compra de medicamentos, o acompanhamento a consultas médicas, a administração da medicação e, também, da alimentação quando as dificuldades motoras impedem que o idoso o faça sozinho, a preparação das refeições do idoso mesmo quando os familiares assumem a rotina de cozinhar para si, a realização da higiene pessoal do idoso mesmo quando tal equivale a deixá-lo durante longas horas num estado de desconforto prejudicial, a movimentação dos idosos com sérias perdas de mobilidade funcional mesmo quando tal significa que não será suficientemente frequente para evitar que a dependência se agrave, a resolução de questões administrativas como o levantamento da pensão de reforma ou o pagamento de um dado serviço, a realização da higiene do alojamento do idoso, o tratamento das roupas que utiliza, estar presente na casa do idoso durante a noite ...

Face a esta multiplicação de pedidos, uma interrogação começou a surgir cada vez mais frequentemente: qual será o significado deste processo de delegação a outros da tarefa de cuidar de alguém que, noutra tempo, assumiu os cuidados necessários para que estes filhos que hoje fazem apelo ao SAD crescessem e se desenvolvessem? Significará que a delegação a outros de certas tarefas é uma maneira de aumentar a disponibilidade dos familiares para envolverem o idoso num clima de afectividade e solicitude e, assim, aumentar o seu bem-estar? Será um modo de reservar aos mais próximos a satisfação das necessidades afectivas do idoso, libertando-os de tarefas que, pelo menos algumas delas, se revestem hoje de alguma “tecnicidade”? Será, pelo contrário, um sinal de desimplicação da vida do idoso? Um modo de garantir graças aos contributos de profissionais pagos que cada membro da família possa organizar a sua vida como bem

entende, evitando compromissos que atentam à liberdade individual de cada um? Será uma via para que o idoso não se sinta em dívida em relação aos seus próximos, não se auto-percepcione como um peso excessivo nos ombros dos mais novos? Ou será, antes, a manifestação de uma crescente dificuldade em compreender e aceitar a velhice, um modo de evitar o confronto com uma realidade que, por via da crescente longevidade, parece cada vez mais distante, senão mesmo evitável?

A realização da parte curricular do Mestrado não trouxe propriamente respostas acabadas a estas interrogações. Contribuiu sobretudo para precisar a sua formulação, para identificar as transformações e lógicas sociais que estão na génese dos problemas sociais que associamos à velhice definida não em função da pertença a um grupo etário mas por referência a uma série de acontecimentos sociobiográficos que obrigam os indivíduos a reorganizar ou reordenar a sua vida quotidiana: a passagem à reforma, socialmente definida como período de inactividade, a morte de próximos, a deterioração mais ou menos rápida, mais ou menos acentuada do estado de saúde e, finalmente, a aproximação da própria morte (Lalivé d'Épinay, 1991). Serviu, ainda, para reter que a perda de vitalidade física está longe de significar perda de vitalidade intelectual e afectiva e que a autonomia do indivíduo, definida antes de mais como capacidade de decidir o que pretende fazer da sua vida, é um recurso precioso, fortemente dependente é certo das oportunidades de vida ao longo de todo o percurso biográfico mas que merece ser desenvolvido e salvaguardado na velhice, mesmo quando a vitalidade física diminui ou fica muito comprometida, porque constitui uma capacidade propriamente humana. Serviu, finalmente, para compreender que o melhor caminho para tentar responder às perguntas que a prática profissional nos suscitava passava por empreender um percurso de pesquisa, ainda que os nossos recursos para tal sejam relativamente limitados.

Apresenta-se neste trabalho o percurso empreendido em busca de respostas à questão de saber se a introdução da prestação profissionalizada de cuidados a idosos no seu domicílio contribuía para o reforço ou, pelo contrário, para o enfraquecimento dos laços familiares, tendo em conta a sua dupla dimensão de protecção e de reconhecimento.

A fim de afinar a construção do nosso objecto de estudo, começamos, no primeiro capítulo, por equacionar a importância do estatuto de saúde e das suas transformações no processo de envelhecimento. Dos contributos de Lalivé d'Épinay retiramos não

somente a noção de estatuto ou estado de saúde como um modo de operacionalizar útil para a investigação como para a intervenção. E, nesta base, procuramos caracterizar o estado de saúde da população portuguesa, uma vez que reside aí uma base objectiva das necessidades a ter em conta quando se pensa na provisão de cuidados.

Organizamos o segundo capítulo em torno de dois eixos de problematização que nos pareceram essenciais para contextualizar o nosso objecto de pesquisa: as transformações económicas e das instituições familiares que estão na origem da profissionalização dos cuidados aos idosos e o lugar dos serviços de apoio domiciliário nas evoluções da política social de velhice.

Dedicamos todo o terceiro capítulo à interacção entre cuidados familiares e cuidados institucionais na actualidade. Num primeiro subcapítulo, procuramos equacionar esta questão no quadro das mais recentes evoluções do Estado-Providência e da tendência patente em vários países europeus para revalorizar o papel da família nos cuidados a prestar aos mais velhos. Procuramos nomeadamente compreender se esta aparente revalorização do papel da família era apenas a outra face do retraimento do estado ou poderia apontar para a busca de respostas mais compatíveis com a multiplicidade de necessidades a satisfazer nesta fase da vida para que esta seja realmente humana. A seguir, debruçamo-nos sobre vários estudos realizados, em contextos sociais distintos (a Suíça, a Suécia e Portugal), sobre esta mesma interacção entre cuidadores familiares e cuidadores institucionais, familiarizando-nos com várias maneiras de os construir teoricamente e conduzir em termos metodológicos. Na última parte deste capítulo, apresentamos o nosso próprio estudo, essencialmente exploratório, realizado a partir de um serviço de apoio domiciliário do conselho de Vila do Conde. As limitações do estudo não nos permitem tirar respostas definitivas à nossa interrogação de partida. Os seus resultados, para confirmar a partir do estudo de outros casos concretos e/ou do recurso a outras estratégias metodológicas, levam-nos, contudo, a concluir que a lógica da substituição dos cuidadores familiares por cuidadores institucionais tem uma forte expressão, ainda que co-exista com a da complementaridade entre os dois tipos de cuidadores, todavia mais favorável aos próprios idosos.

Para finalizar este trabalho tentamos investir algumas das aquisições que fizemos ao longo deste trabalho numa reflexão acerca de melhorias a introduzir no funcionamento dos serviços de apoio domiciliário, reconhecendo que, no quadro das actuais condições

socio-económicas, constituem, sem dúvida, uma peça importante do dispositivo necessário para promover o bem envelhecer de idosos frágeis e dependentes, o que não equivale, todavia, a excluir o recurso a uma variedade de agentes das solidariedades primárias.

Capítulo 1. Quando o estado de saúde passa a condicionar a vida social

1. Independência, fragilidade e dependência – 3 estados de saúde que diversificam a experiência do envelhecimento

Como observam numerosos estudiosos do envelhecimento, as mudanças registadas no que respeita ao aumento da longevidade ou da esperança média de vida a partir dos 65 anos tornam necessário distinguir várias fases no processo de envelhecimento em função do estado de saúde dos indivíduos. A equipa de investigadores criada por C. Lalive d' Epinay no Centre Interfacultaire de Gérontologie de l'Université de Genève (CIG) preocupou-se, no quadro das pesquisas que desenvolve desde várias décadas, em definir três estados de saúde principais, bem como os seus possíveis encadeamentos para observar a diversidade das trajetórias de vida na idade avançada (Lalive d'Epina y 2003). Esta é uma abordagem que permitiu ultrapassar o debate entre uma visão otimista e uma visão pessimista do envelhecimento. A primeira ficou conhecida como a tese da «compressão da morbilidade», defendida nomeadamente por Fries (1980): as melhorias das condições de existência verificadas nas sociedades mais desenvolvidas conduziram não só a um aumento notável da longevidade mas, igualmente, a um crescente controlo sobre a doença e, portanto, a um envelhecer cada vez mais liberto de problemas graves de saúde. Gruenberg (1977), por sua parte, sustentava uma tese oposta, a da «pandemia das doenças e handicaps», considerando que o preço da longevidade crescente residiria na acumulação das morbididades no último período da vida (Lalive d'Epina y 2003:27). A equipa de investigação acima referida desenvolveu uma perspetiva que questiona ou, melhor, trata como hipóteses ambas as teorias e mostra que, nesta fase da vida, as evoluções do estado de saúde podem seguir cursos bem mais diversificados. Entre a independência completa e a dependência, estes investigadores delimitam, pois, um terceiro estado de saúde intitulado “fragilidade” e reconhecem que o processo de fragilização é tanto mais inexorável quanto a idade aumenta, o que contraria a tese de Fries. Mas a tese de Gruenberg é também ela questionada, uma vez que a investigação permitiu mostrar que a fragilização não constitui necessariamente uma etapa transitória, que conduziria inevitavelmente a formas pesadas e crónicas de dependência. Na base dos estudos longitudinais efetuados no contexto da Suíça, foi possível verificar que os indivíduos podem – embora tal

apenas diga respeito a cerca de 15% da população desse país - esperar viver até a uma idade muito avançada, com saúde e independente, e morrer rapidamente sem passar por um período de fragilidade e/ou dependência. Os mesmos estudos mostraram que o risco de passar rapidamente de um estatuto de independência para outro, oposto, de dependência pesada e de longa duração é limitado (diz respeito a uma percentagem inferior à primeira trajetória acima referida), mas deixaram claro que, de facto, quanto mais a idade avançar, mais provável é conhecer uma etapa de vida marcada pela fragilidade do estado de saúde que, na melhor das hipóteses durará até à morte ou, então, evoluirá para formas de incapacidade pesada e duradoura.

A tradução desta reflexão acerca dos estados de saúde na velhice na linguagem da pesquisa empírica foi igualmente proposta pela equipa do CIG, com indicadores que foram entretanto amplamente testados.

Lalivé d'Épinay (2003) propõe uma tipologia de 3 estados de saúde do indivíduo: dependente; independente fragilizado e independente robusto.

É considerado dependente, o indivíduo que não tem capacidade de cumprir por si próprio 1 das 5 atividades da vida diária (lavar-se, vestir e despir-se, comer, levantar-se, ir para a cama e mover-se de uma divisão para a outra), tendo que recorrer à ajuda de terceiros para sobreviver (cf. Katz et al. 1963). É considerado Independente fragilizado (ou, simplesmente, fragilizado) o indivíduo que vê diminuídas as suas reservas fisiológicas, sensoriais e motoras, afetando a sua capacidade de manter uma relação equilibrada nas atividades sensoriais, locomotoras, memória, energia e morbidade. Por fim, são considerados independentes robustos (ou independentes) os indivíduos não frágeis e sem qualquer incapacidade no cumprimento das atividades da vida diária acima referidas e com menos de duas dimensões afetadas no que respeita às que definem a fragilidade.

A delimitação destes três estados de saúde surgiu como uma via de superação da oposição entre duas leituras da relação entre envelhecimento e estado de saúde, diametralmente opostas: a tese otimista de Fries (1980), segundo a qual o aumento da longevidade seria sinónimo de “compressão da morbidade”, ou seja, de clara redução das doenças na idade avançada (Lalivé d'Épinay, 2003); a de Gruenberg (1977) que, pelo contrário, sustenta que o crescimento da esperança média de vida é acompanhado por uma “pandemia de doenças e deficiências”. A existência de um estado de saúde

intermédio entre a independência e a dependência permitiu aos investigadores do CIGE mostrar que, na realidade concreta, podem coexistir várias trajetórias de saúde na idade avançada, frutos de diversas combinações entre os três estados de saúde. Todavia, o termo de fragilidade merece algumas considerações suplementares para deixar claro o significado que lhe foi atribuído pela equipa do CIGE e que retomaremos neste trabalho. O termo “fragilidade” tem sido muitas vezes utilizado para designar um problema específico de saúde física ou mental, tais como doenças crónicas graves, depressão ou enfraquecimento cognitivo (Armi, F. et Guilley, E. 2004). A definição da fragilidade aqui adoptada, numa perspectiva de operacionalização, fundamental para a realização de diagnósticos orientadores da intervenção, é caracterizada por um risco acrescido de agravamento do estado de saúde, incluindo a necessidade de hospitalização e a seguir a passagem à dependência, por um risco acrescido de quedas e a dificuldade em recuperar o estado de saúde anterior após a ocorrência de algum episódio de doença. A fragilidade distingue-se, pois, da incapacidade funcional e corresponde a um processo dinâmico mais do que a um estado. Com efeito, estudos longitudinais implementados pelos investigadores do CIGE permitiram verificar que o estado de fragilidade pode evoluir, quer no sentido de um agravamento que conduz à dependência, quer também no sentido de uma melhoria do estado de saúde que volta a se aproximar da independência. Parece-nos particularmente interessante, para quem intervém e reflete sobre a intervenção das instituições de tratamento da velhice, colocar a hipótese de esta potencial reversibilidade da fragilidade não ser independente da qualidade dos serviços prestados, no quadro da rede social informal e/ou formal.

O que nos parece particularmente interessante na perspectiva dos autores que temos vindo a citar é precisamente uma definição da fragilidade que a relaciona com a qualidade de vida e com necessidades específicas de cuidados. Nesta perspectiva, a fragilidade, tal como, alias, a dependência, mas em termos distintos, induz uma ou várias reorganizações ou reordenamentos da vida quotidiana que remetem directamente para os laços dos idosos com os serviços que têm a oportunidade de trocar no âmbito da sua rede social formal e/ou informal. De facto, a fragilidade é susceptível de provocar desequilíbrios nas trocas com os membros da família na medida em que induz uma necessidade acrescida de ajudas e de cuidados provenientes da rede formal (na qual incluimos, obviamente, os serviços de apoio domiciliário).

Centrando-nos agora na questão da operacionalização do conceito de fragilidade interessa especificar as dimensões consideradas e o modo de as observar e medir. A primeira dimensão prende-se com a *mobilidade* e passa por avaliar a capacidade do indivíduo subir e descer escadas, deslocar-se no interior do seu alojamento e percorrer pelo menos 200m a pé. Uma segunda dimensão remete para a *ocorrência, ou não, de perturbações físicas* nas quatro semanas anteriores à inquirição, tais como dores nos membros inferiores ou superiores, dores de cabeça, dores nas costas, irregularidades nos batimentos cardíacos, dificuldades respiratórias, dores de estômago, dores nos órgãos genitais, dores no peito ou febre. Relativamente à avaliação das *capacidades sensoriais*, os indicadores propostos são a possibilidade, ou não, de o indivíduo ler um texto num jornal, seguir uma conversa entre duas pessoas e, ainda, uma conversa envolvendo várias pessoas, considerando a possibilidade de o indivíduo poder realizar estas atividades mas com alguma dificuldade. É ainda perguntado aos idosos se a sua *memória* às vezes os atraiçoa. Finalmente, a *energia ou vitalidade* dos indivíduos é medida a partir das respostas “muitas vezes” ou “sempre” a duas perguntas: sente-se cansado? Falta-lhe apetite?

A fragilidade implica, pois, deficiências em cinco domínios da saúde – a mobilidade, as perturbações físicas, as capacidades sensoriais, a memória e a energia - mas não forçosamente incapacidades funcionais. O limiar de afetação de um dado domínio é considerado como atingido a partir de uma avaliação que incide sobre: a dificuldade em cumprir pelo menos uma das atividades mencionadas e relacionadas com a mobilidade e as capacidades sensoriais; a frequência da afetação (muitas vezes ou sempre) quando se trata de apreciar o funcionamento da memória e a energia do indivíduo; a presença de pelo menos uma perturbação somática acentuada. Logo que duas dimensões são afectadas, considera-se que o indivíduo se encontra no estado da fragilidade.

2. O estado de saúde da população portuguesa envelhecida

Não é atualmente possível dispor de informações relativas à população idosa portuguesa que sigam precisamente a abordagem dos estados de saúde proposta pelos autores acima referidos e quantificar a população idosa frágil e dependente. Todavia, pela primeira vez na história dos Censos, os de 2011 integraram uma série de perguntas sobre as dificuldades vivenciadas pela população portuguesa segundo o sexo e os grupos etários,

bem como sobre o grau em que tais dificuldades se manifestam. Para observar esta nova variável – intitulada “dificuldade na realização de actividades do quotidiano devido a problemas de saúde ou decorrentes da idade” – foi adoptado o quadro geral de inquirição proposto pelo Washington Group on Disability Statistics, um grupo constituído no quadro das Nações Unidas a fim de propor uma metodologia de inquirição que permita comparar internacionalmente as incapacidades susceptíveis de afectar a população, por motivos de doença e/ou de envelhecimento. Esta metodologia implica observar 6 domínios de funcionalidade e apreciar o grau de dificuldade, distinguindo os indivíduos que não têm dificuldade ou que têm pouca dificuldade em realizar uma dada ação dos que têm muita dificuldade e daqueles que não conseguem de todo efetuá-la. Para além do tipo e grau de dificuldade, a observação incide ainda sobre o número de dificuldades que os indivíduos experimentam. Quanto aos tipos de dificuldade, seis domínios foram retidos: 1. Dificuldade em ver mesmo usando óculos ou lentes de contacto; 2. Dificuldade em ouvir mesmo usando aparelho auditivo; 3. Dificuldade em andar ou subir degraus; 4. Dificuldades de memória ou de concentração; 5. Dificuldade em tomar banho ou vestir-se sozinho; 6. Dificuldade em compreender os outros ou fazer-se entender. Na realização dos Censos de 2011, para que se considere a existência de dificuldade num ou noutro domínio ficou estabelecido que esta devia existir pelo menos há 6 meses.

Procurando raciocinar por analogia com a tipologia dos estados de saúde de C. Lalive d’Epinay, constata-se que nem todos os domínios retidos por este autor para definir um estado de fragilidade são considerados na modalidade de observação implementada pelos Censos. Com efeito, nenhuma das informações recolhidas permite verificar se os indivíduos tiveram, num período recente, diversos tipos de perturbação física ou se sentem a sua energia e vitalidade comprometidas. Nas restantes dimensões que permitem à equipa da UNIGE avaliar a fragilidade, dispõe-se de dados que nos parecem permitir alguma quantificação, ainda que aproximada, deste estado de saúde. Em matéria de mobilidade, parece-nos adequado incluir no estado de fragilidade os indivíduos que experimentam dificuldade em tomar banho e vestir-se para além de uma ou mais dificuldades noutro(s) domínio(s) de avaliação (19,3%), bem como os indivíduos que têm muita dificuldade em andar ou subir degraus e 1 ou mais dificuldade noutro(s) domínio(s) de actividade (33,9% da população residente no Continente com

75 anos e +). No que respeita às capacidades sensoriais, classificamos como frágeis os indivíduos que têm muita dificuldade em ver e ouvir, apesar de utilizar as respetivas próteses e conjuntamente dificuldade numa outra dimensão (respetivamente, 28,3% e 23,7%). A dimensão da memória aparece na recolha de dados efectuados no quadro dos Censos, uma vez que foi perguntado aos inquiridos se tinham “dificuldade de memória ou concentração”. As instruções de aplicação elaboradas pelo Washington Group on Disability Statistics especificam que a memória se refere à capacidade de os indivíduos lembrarem o que acontece à sua volta e a concentração à habilidade mental necessária para cumprir tarefas tais como ler, calcular ou aprender alguma coisa. Apesar de memória e concentração serem consideradas no mesmo item, parece-nos plausível considerar que os indivíduos que vivenciam muita dificuldade nesta dimensão, conjuntamente com outra(s) dificuldade(s) possam ser classificados como “frágeis” (22,3%).¹

Na medida em que nas percentagens que acabamos de assinalar são sempre relativas a indivíduos que experimentam no mínimo duas dificuldades, não será abusivo considerar que a percentagem mais elevada nos fornece uma estimativa razoável da incidência do estado de saúde de fragilidade na população residente no Continente com idades iguais e superiores a 75 anos. Concluímos, pois, que cerca de 33,9 % da população deste grupo etário se encontra num estado de fragilidade. Note-se, todavia, que esta estimativa poderá envolver alguma sobreavaliação na medida em que há motivos para perguntar-se se os indivíduos que experimentam 5 a 6 dificuldades não deveriam ser classificados como dependentes.

No que respeita à dependência, o número de actividades da vida diária consideradas nos Censos é inferior ao que a equipa de investigação Suíça retém: 5 no primeiro caso e somente 2 no segundo, desde logo porque no quadro dos Censos uma das perguntas

¹ Quanto ao 6º domínio de avaliação integrado nos Censos – “compreender os outros ou fazer-se compreender” - optamos por não o considerar aqui na medida em que não nos parece possível relacioná-lo com nenhuma das dimensões de fragilidade definidas pela equipa suíça. Com efeito, a pergunta visa saber se em virtude de uma condição de saúde física, emocional ou mental os inquiridos sentem dificuldade em comunicar com os outros, isto é, em entendê-los ou em fazer-se entender por eles. Trata-se de identificar as pessoas que têm problemas de fala, de atenção ou de entendimento que dificultam a realização das suas actividades diárias. As dificuldades de comunicação podem estar relacionadas com problemas mecânicos de audição ou fala ou ainda com deficiências mentais que comprometem a interpretação das palavras.

coloca em alternativa duas actividades que a equipa Suíça distingue, a saber “tomar banho ou vestir-se” e situa no mesmo plano o facto de andar ou de subir degraus enquanto a equipa Suíça apenas considera o facto de conseguir mover-se de uma divisão para outra no alojamento, retendo, ainda, como actividade diária fundamental o facto de conseguir sozinho levantar-se e deitar-se e, ainda, comer. Mau grado estas diferenças no questionamento, parece-nos aceitável considerar que na base dos pesos relativos da população com 75 anos e mais que não consegue tomar banho ou vestir-se (9,9%) ou andar ou subir escadas (6,9%) teremos uma ideia aproximada – provavelmente subavaliada – da percentagem da população com 75 anos e mais, que se encontra num estado de dependência. Considerando que, na perspectiva de Lalive d’Epinay, o indivíduo é classificado como dependente logo que deixa de poder efectuar uma das actividades básicas da vida diária, podemos estimar que 9,9% da população idosa (com 75 e mais anos) residente no Continente é dependente.

Quadro nº1 - População com 75 anos e mais por tipos, nº e graus de dificuldades segundo o sexo (%)

Tipo e nº de Dificuldades	HM			H			M		
	Continente	Vila do Conde	Junqueira	Continente	Vila do Conde	Junqueira	Continente	Vila do Conde	Junqueira
Ver									
Tem muita dificuldade em efectuar a acção	32,1	30,2	33,8	10	7,5	8,4	22,1	22,7	25,4
1 dificuldade	3,8	3,9	3,5	1,4	1,9	2,8	2,4	2,1	0,8
2 dificuldades e +	28,3	26,3	30,3	8,6	5,6	5,6	19,7	20,6	24,6
Não consegue efectuar a acção	1,3	1,3	2,8	0,5	0,3	0,7	0,8	1	2,1
1 dificuldade	0,1	0,1	0	0	0	0	0	0	0
2 dificuldades e +	1,2	61,3	2,8	0,5	0,3	0,7	0,8	1	2,1
Ouvir									
Tem muita dificuldade em efectuar a acção	26,9	24,4	26,1	9,9	8,6	5,7	17	15,8	20,4
1 dificuldade	3,2	2,8	2,5	1,7	1,5	0,8	1,5	1,3	2,1
2 dificuldades e +	23,7	21,6	23,6	8,2	7,1	4,9	15,5	14,5	18,3
Não consegue efectuar a acção	1,1	1	0	0,3	0,2	0	0,8	0,8	0
1 dificuldade	0,1	0,1	0	0	0	0	0	0	0
2 dificuldades e +	1	0,9	0	0,3	0,2	0	0,8	0,8	0
Andar ou subir degraus									
Tem muita dificuldade em efectuar a acção	41,5	41,3	50	13	11,8	15,5	25,7	29,5	34,5
1 dificuldade	7,6	6,8	9,9	2,5	2,2	2,1	5,1	4,6	7,7
2 dificuldades e +	33,9	34,5	40,1	10,5	9,6	13,4	20,6	24,9	26,8
Não consegue efectuar a acção	6,9	9	9,9	1,7	2,6	3,5	5,2	6,4	6,4
1 dificuldade	0,1	0	0	0	0	0	0,1	0	0
2 dificuldades e +	6,8	9	9,9	1,7	2,6	3,5	5,1	6,4	6,4
Memória ou concentração									
Tem muita dificuldade em efectuar a acção	23,5	24,3	26,1	7,5	7,1	6,3	16	17,2	19,8
1 dificuldade	1,2	0,9	1,5	0,5	0,6	0,7	0,8	0,5	0,8
2 dificuldades e +	22,3	23,4	24,6	7	6,5	5,6	15,2	16,7	19
Não consegue efectuar a acção	4,8	5,8	7	1,3	1,7	1,4	3,5	4,1	5,6
1 dificuldade	0,1	0,1	0	0	0,1	0	0,1	0	0
2 dificuldades e +	4,7	5,7	7	1,3	1,6	1,4	3,4	4,1	5,6
Tomar banho ou vestir-se									
Tem muita dificuldade em efectuar a acção	19,8	21,3	26,1	6	6	5	13,8	15,3	21,1
1 dificuldade	0,5	0,7	0	0,2	0,3	0	0,3	0,4	0
2 dificuldades e +	19,3	20,6	26,1	5,8	5,7	5	13,5	14,9	21,1
Não consegue efectuar a acção	9,9	12,4	12	2,8	3,7	4,2	7,1	8,7	7,8
1 dificuldade	0,1	0,1	0	0	0	0	0,1	0,1	0,1
2 dificuldades e +	9,8	12,3	12	2,8	3,7	4,2	7	8,6	7,7
Compreender os outros ou fazer-se compreender									
Tem muita dificuldade em efectuar a acção	16,8	18,1	16,9	5,7	5,8	5,6	11,1	12,3	11,3

1 dificuldade	0,2	0,3	0	0,1	0,1	0	0,1	0,2	0
2 dificuldades e +	16,6	17,8	16,9	5,6	5,7	5,6	11	12,1	11,3
Não consegue efetuar a ação	4	4,2	6,3	0,9	1,2	2,1	3,1	3	4,2
1 dificuldade	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2 dificuldades e +	4	4,2	6,3	0,9	1,2	2,1	3,1	3	4,2

Fonte: INE (Censos de 2011)

Comparar o estado de saúde da população portuguesa, com idades mais avançadas, com a de outros países europeus afigurava-se como uma via para poder apreciar o significado dos valores acima referidos ou, por outras palavras, o nível de saúde da população portuguesa. Infelizmente, as informações disponíveis no site da Eurostat nesta matéria, não obedecem à mesma lógica de recolha do que as dos Censos. As possibilidades de comparação ficam, portanto, limitadas. Uma aproximação é todavia possível, analisando os resultados obtidos a partir de uma variável relativamente próxima, definida como “limitação de longa duração percebida nas actividades habituais em consequência de um problema de saúde”. No grupo etário dos indivíduos com 75 anos e mais, verifica-se que, na União Europeia composta por 28 países, 8,6% dos indivíduos sofrem de uma tal limitação, sendo, pois, susceptíveis de estar dependentes. Segundo este modo de avaliar a incidência da dependência, Portugal encontra-se acima da média da UE-28, uma vez que a taxa apresentada por Eurostat é de 9,2%, colocando Portugal em pé de igualdade com a França e a Eslovénia, esta taxa correspondendo a 8ª posição mais alta após a Grécia (11,3%), a Alemanha (10,7%), o Reino Unido (10,2%), a Islândia (10,1%), a Áustria e a Eslováquia (9,8%), a Letónia (9,6%) e a Bélgica (9,4%). Como se pode depreender do quadro nº a seguir reproduzido, no quadro da UE-28, a Bulgária é o país onde a percentagem é a mais baixa (4%), sendo que no espaço europeu mais amplo é a Suíça que regista uma das taxas mais baixas: 4,7% de idosos (cerca de 50% inferior à de Portugal Continental).

Quadro nº 2 - Limitação de longa duração percebida em consequência de um problema de saúde entre os indivíduos com 75 anos e mais - 2010-2014

Países /data	2010	2011	2012	2013	2014
União Europeia (28 países)	7,8	7,9	8,2	8,3	8,6
Bélgica	7,8	8,4	7,4	7,9	9,4
Bulgária	3,6	3,9	3,7	3,6	4,0
República Checa	5,9	6,0	6,2	6,4	6,2
Dinamarca	7,8	7,5	6,7	6,7	6,2
Alemanha	10,2	10,0	10,9	10,4	10,7
Estónia	7,8	8,5	9,7	9,2	9,8
Irlanda	4,8	4,7	4,7	5,4	5,7
Grécia	7,4	8,0	9,3	10,0	11,3
Espanha	4,3	3,8	4,1	4,4	5,4
França	9,6	9,1	8,6	8,8	9,2
Croácia	10,7	7,7	5,0	7,6	7,6
Itália	:	7,7	8,6	9,1	9,0
Chipre	7,2	9,9	7,6	7,7	7,3
Letónia	7,3	6,5	7,0	9,9	9,6
Lituânia	6,7	7,7	7,8	8,0	7,5
Luxemburgo	5,8	5,9	5,7	7,7	7,8
Hungria	8,6	7,9	7,8	7,6	7,5
Malta	3,6	3,8	3,0	3,1	2,8
Holanda	5,6	6,2	5,7	5,8	5,5
Áustria	9,5	9,6	9,5	9,6	9,8
Polónia	7,8	7,2	7,3	7,9	7,6
Portugal	7,0	6,7	6,6	7,2	9,2
Roménia	6,6	7,7	7,6	7,9	7,8
Eslovénia	11,9	12,9	11,3	9,2	9,2
Eslováquia	10,3	10,0	9,8	9,5	9,8
Finlândia	7,8	7,7	7,2	:	7,5
Suécia	7,6	7,2	:	6,8	3,1
Reino Unido	9,0	9,0	10,1	9,8	10,2
Islândia	9,6	10,4	10,1	9,7	10,1
Noruega	5,8	:	4,3	5,6	4,8
Suíça	5,9	6,4	5,7	5,2	4,7

Fonte : Eurostat

No espaço sociogeográfico em que se situa a instituição objecto do nosso estudo, o Concelho de Vila do Conde, a adopção dos critérios acima referidos permite-nos destacar as seguintes conclusões relativamente aos estados de saúde da população com idades iguais e superiores a 75 anos: a percentagem da população com um estado de saúde fragilizado regista valores muito semelhantes aos do Continente, ou seja, 34,5%, considerando a proporção de idosos que acumulam

outras dificuldades com o facto de ter muita dificuldade em andar ou subir degrau. No que respeita à proporção de idosos dependentes, as percentagens registadas pelos Censos ao nível do Concelho, como ao da freguesia em que é situada a instituição prestadora de serviços no domicílio é ligeiramente superior à proporção existente na população residente no Continente: respectivamente, 12,4% e 12% contra 9,9% quando se retém o item “não consegue tomar banho ou vestir-se”. As percentagens relativas ao item “não consegue andar ou subir degraus” confirmam esta maior incidência da dependência no Concelho de Vila do Conde e na freguesia de Junqueira: respectivamente, 9% e 9,9% contra 6,9% para a média do Continente.

Capítulo 2. Transformações dos modos de cuidar dos mais velhos – dos cuidados familiares ao desenvolvimento de um campo de instituições e profissionais especializados

É sabido que nas sociedades europeias em que se generalizou o trabalho assalariado, fortemente marcadas pela urbanização, os cuidados aos mais velhos, quando confrontados com a dependência e a fragilidade, já não dependem exclusivamente, como noutros contextos socioeconómicos anteriores, dos laços familiares. O recurso a instituições e profissionais especializados para a prestação deste tipo de cuidados tornou-se a norma, tal como aliás se pode constatar relativamente a outras responsabilidades familiares: o cuidar das crianças pequenas é cada vez mais correntemente remetido para creches e infantários, grande parte da educação das crianças e jovens passa pelas instituições de ensino, a entrada no mundo do trabalho, como sinal da passagem à idade adulta, depende cada vez mais de anúncios emitidos e tratados por organizações especializadas no recrutamento da mão-de-obra, o crédito bancário é o meio corrente para aceder a parte ou à totalidade dos recursos financeiros necessários para adquirir uma habitação autónoma da dos pais. Como analisou com muita clareza R. Lenoir (1990), nas sociedades em que, para grande parte da população ativa, o lugar de trabalho ficou dissociado do lugar de residência e a força de trabalho de cada membro da família transformada em mercadoria vendida a entidades exteriores ao grupo doméstico, assistiu-se a alterações não somente na composição destes grupos como também no conteúdo e na intensidade das trocas entre os seus membros.

Entre as transformações objetivas registadas, embora segundo ritmos e intensidades variáveis consoante os países europeus², ao nível das características das instituições familiares são de realçar o crescimento das famílias menos integradas (associado a famílias nucleares com um número reduzido de elementos, ao crescimento do número de famílias monoparentais, à divorcialidade, à crescente tendência para os nascimentos fora do casamento); a crescente dispersão e mobilidade geográficas dos núcleos familiares, que acentuam ainda a modificação da economia das trocas e dos serviços

² Estes contrastes verificam-se, em particular, entre os países da Europa mais precocemente e fortemente industrializados como a Inglaterra, Alemanha, Holanda, França, etc e os países da Europa do Sul /Espanha, Itália, Portugal, Grécia) onde a agricultura de sobrevivência continuou durante muito mais tempo a ocupar partes muito significativa da população activa e a industrialização foi mais tardia.

entre parentes; a transformação da posição das mulheres casadas, por via do seu acesso ao mercado de trabalho e do prosseguimento da sua atividade profissional, nomeadamente durante o período da educação das crianças.

Noutro texto intitulado «L'effondrement des bases sociales du familialisme» R. Lenoir salienta que todas estas transformações contribuíram, cada uma de maneira específica, para a destruição dos elementos constitutivos do sucesso social do familialismo, isto é, a constituição da “família” como categoria específica da acção política ou, mais precisamente, a promoção de uma política familiar fundada na exaltação das garantias morais e do sentido de responsabilidade associados ao desempenho dos papéis familiares. Em suma, uma moral de vida social em que se continua a atribuir à família responsabilidades cruciais e para a qual contribuem ativamente os agentes de diversos campos sociais: político, jurídico, religioso, médico e do próprio trabalho social.

Embora os defensores e especialistas da “política familiar” tentem lutar contra este fenómeno de destruição das bases sociais do familialismo, as transformações objectivas acima referidas assumem uma força tal, que a política social acaba por registar a necessidade de promover dispositivos institucionais, capazes de substituir em parte ou na totalidade as falhas provocadas no desempenho das funções tradicionais da família. É, pois, neste contexto que se inscrevem o discurso e a prática política que, em matéria de política de velhice, visaram privilegiar a manutenção dos idosos no seu quadro de vida, por via da criação de dispositivos alternativos à institucionalização.

Assim, seguindo a análise de A.M. Guillemard (1996), constata-se que é nos anos sessenta/setenta, nos países de capitalismo mais avançado, que surgiu a preocupação de implementar programas sociais dirigidos à população idosa que promovessem a sua autonomia e a sua manutenção nos seus lugares habituais de vida após a reforma. São políticas sociais que procuram enfrentar o problema da exclusão relacional na velhice, reconhecendo-o como um problema pelo menos tão importante como o da falta de recursos económicos para sobreviver após a saída do mundo do trabalho. Consistiram em criar uma oferta de equipamentos e serviços destinados à chamada “terceira idade”, tais como centros de dia, “clubes de terceira idade”, centros de convívio, serviços de apoio domiciliário e, igualmente, universidades seniores. O desenvolvimento destes serviços visava oficialmente contrariar os fenómenos de relegação social e de acentuação da dependência funcional provocados ou, pelo menos, acentuados pela institucionalização.

Os elevados custos dos dispositivos de institucionalização, sobretudo quando existe a preocupação de afastar o mais possível dos antigos asilos, caracterizados por um funcionamento de “instituição total” (Goffman, 1968) e pelo facto de reunir várias manifestações da miséria humana³, constituíram outro factor desta busca de alternativa à institucionalização.

Com efeito, foi no início da década de sessenta, nos Estados- Unidos como na Grã-Bretanha, que as estruturas asilares começaram a ser seriamente postas em causa. As práticas de reclusão e de afastamento passam a ser vistas como obstáculos à integração social dos indivíduos vulneráveis e ao desenvolvimento social. F. Lesemann e C. Martin lembram, num artigo que voltaremos a referir mais abaixo⁴, que o inquérito conduzido por P. Townsend na Inglaterra e no País de Gales acerca dos lares de idosos, entre 1957 e 1961, teve eco muito para além destes dois países. Descrevia a situação dramática dos idosos, na maior parte, dos 200 estabelecimentos que foram inquiridos. Na base de observações mas igualmente, de entrevistas a uma variedade de agentes sociais (administradores, enfermeiros e igualmente pensionistas), os lares foram, na sua maioria, descritos como lugares onde se vai morrer, onde a qualidade dos serviços prestados e das condições de alojamento era geralmente muito baixa, onde os comportamentos dos internados se deterioravam rapidamente e que acolhiam muitos idosos não tanto por problemas de saúde mas mais por razões económicas – rendimentos insuficientes – e sociais – ausência de próximos que cuidassem deles. Townsend concluiu o seu trabalho de investigação por um apelo à criação de serviços que possibilitem a permanência dos idosos em casa, designadamente através da criação de apartamentos adaptados e protegidos e do desenvolvimento de serviços ambulatoriais à escala local.

Como também refere A.M. Guillemard, uma vez “resolvido” (ou quase resolvido) o problema da integração económica dos assalariados cuja força de trabalho perdeu o seu valor de troca no mercado de trabalho⁵, a questão que passou a estar na ordem de trabalho da classe política foi a do “modo de vida na velhice”, designadamente quando o avançar da idade torna necessário o recurso regular à ajuda de terceiros. A

³ Velhos sem quaisquer meios de vida e suporte familiar, adultos desinseridos do mundo do trabalho e da colectividade em situação de “vagabundagem”, doentes crónicos, deficientes ...

⁴ “Estado, comunidade e família face à dependência dos idosos. Ao encontro de um «Welfare-Mix», *Sociologia – problemas e Práticas*, nº 17, 1995.

⁵ Por via da criação dos sistemas de pensão de reforma.

diversificação da oferta de serviços de tratamento da velhice – a criação de “um campo dos agentes de gestão da velhice”⁶ – responde, pois, a um objectivo de racionalização da despesa pública associada ao envelhecimento, ao mesmo tempo que, pelo menos no plano das intenções, visa evitar que problemas ligeiros de inadaptação ou, na terminologia de Lalive d’Epinay, manifestações de fragilidade, sejam transformados em problemas pesados de assistência no quadro do que E. Goffman designou por “instituição total”. Embora os objetivos manifestos tenham sido a superação das dinâmicas de segregação e estigmatização da velhice, não se pode deixar de constatar que os resultados das políticas sociais implementadas em diversos países europeus foram ambíguos. A.M. Guillemard reconhece que estas políticas permitiram a uma maior proporção de idosos aceder a serviços e bens não acessíveis a todos no mercado (cuidados no domicílio, ajuda doméstica, enriquecimento dos lares e da sociabilidade) e que potenciaram a sua inserção social, evitando, igualmente, o recurso a institucionalizações ou hospitalizações desnecessárias. Mas refere, também, os resultados de diversos estudos que demonstraram as falhas destes programas e serviços em matéria de preservação e desenvolvimento da autonomia dos idosos a quem se dirigiam. A autora que estamos a citar conclui, pois, que um dos efeitos não intencionais destes programas foi de difundir uma nova definição do idoso como “receptor de serviços cuja extensão e natureza é decidida por outros”, isto é, privado de liberdade de escolha. Assim, mais do que prevenir a perda de autonomia, estes programas teriam paradoxalmente contribuído para reforçar a construção social da velhice como o tempo da dependência e do recuo da autodeterminação. Mas, para além disso, o desenvolvimento deste campo dos agentes de gestão da velhice contribuiu, ainda, para a construção de toda a incapacidade física, mental ou social em “dependência” social e constatamos, na actualidade, que o termo “dependência social” torna-se cada vez mais sinónimo de custos para a colectividade e de custos frequentemente apresentados como insustentáveis. O mesmo é dizer que um dos efeitos não previsíveis destas políticas consiste em fazer esquecer que o investimento junto dos membros das gerações mais velhas não é nada mais do que um justo retorno das coisas, quando se reconhece que são os idosos de hoje que investiram, no passado, na criação das condições necessárias para

⁶ Para retomar a expressão de R. Lenoir in: «L’invention du «troisième âge». Constitution du champ des agents de gestion de la vieillesse», *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, vol. 26, nº1, 1979.

que os adultos de hoje cresçam e se desenvolvam. Dito ainda de outro modo, vários factores se conjugam para enfraquecer sempre mais a lógica das obrigações recíprocas entre os membros das diversas gerações, predominante enquanto os cuidados aos mais vulneráveis eram essencialmente assumidos no seio da família.

Apesar de pertencer ao conjunto dos países do Sul da Europa em que, como acima referimos, as transformações económicas que conduziram à generalização do trabalho assalariado e à urbanização foram mais tardias, Portugal não deixa de registar estas evoluções ao nível das instituições familiares e na política de velhice.

2.1.A mudança das instituições familiares em Portugal

No capítulo 2 da obra de reflexão sobre a evolução da sociedade portuguesa, *Portugal, que modernidade?* (J.M. Leite Viegas e A. F. da Costa (coords), Oeiras: Celta, 1998), as autoras⁷ procuraram precisamente saber em que medida as mudanças na esfera da família aproximavam as famílias portuguesas das famílias das sociedades europeias mais modernizadas. Mais precisamente, ainda, tendo em conta o que aqui nos interessa, perguntavam-se se as famílias portuguesas apresentavam especificidades face a outros países europeus ou se seguiam, pura e simplesmente, as tendências evolutivas desses países. Estavam preocupadas em saber se as eventuais especificidades das famílias portuguesas poderiam ser sinónimo de práticas e valores familiares tradicionalistas (p.45).

Na sua tentativa para responder a estas perguntas, as autoras começam por salientar que, desde os anos 70, a família em Portugal registou transformações profundas, tal como se pode deduzir da observação dos indicadores demográficos. Entre elas são realçadas a queda da nupcialidade (ver quadro nº3), o crescimento dos nascimentos fora do casamento (ver quadro nº4), ambos apontando para o desenvolvimento de modos alternativos de viver a conjugalidade. Se a estas primeiras constatações, acrescermos o aumento da frequência do divórcio (ver quadro nº5), podemos concluir que uma primeira transformação a registar é a maior fragilidade dos laços de conjugalidade, muito particularmente nas áreas mais urbanizadas do país.

⁷ A. Nunes de Almeida, M. das Dores Guerreiro, C. Lobo, A. Torres e K. Wall, “Relações familiares: mudança e diversidade.

Quadro nº 3 – Evolução da taxa de nupcialidade (%)

Ano	1960	1970	1981	1984	1991	1995	2001	2011	2014
Continente	7,8	9,4	7,7	6,9	7,2	6,5	5,6	3,4	3,0
Vila do Conde	-	-	8,8	9,2	-	8,7	7,1	4,3	4,1

Fonte: Pordata

Quadro nº 4 – Evolução do casamento católico (em % do total de casamentos)

Ano	1960	1970	1981	1991	2001	2011	2014
Continente	90,7	86,6	74,6	72,0	62,5	39,5	35,9
Vila do Conde	99,5	-	92,4	-	71,6	50,6	40,5

Fonte: Pordata

Quadro nº 5 – Evolução do nº de divórcios por 100 casamentos (%)

Ano	1960	1970	1981	1984	1991	1995	2001	2011	2013
Portugal	1,1	0,6	8,9	10,1	14,8	18,5	32,3	74,2	70,4
Vila do Conde	-	-	-	2,0	-	9,1	19,5	61,7	61,0

Fonte: Pordata

Quadro nº 6 – Evolução da taxa de nascimentos fora do casamento (%)

Ano	1960	1970	1981	1991	1995	2001	2009	2011	2014
Portugal	9,5	7,2	9,5	15,6	18,6	23,8	38,1	42,8	49,3
Vila do Conde	-	-	-	-	8,3	11,5	25,6	29,6	39,9

Fonte: Pordata

Outra mudança de relevo, susceptível de vir a exercer uma influência sobre os modos de cuidar dos membros das gerações mais velhas, prende-se com a diminuição da fecundidade (ver quadro nº7). Trata-se de um fenómeno generalizado em todas as regiões do país e directamente ligado a alterações nos modos de encarar o casamento e o lugar dos filhos: viver em casal já não significa necessariamente ter filhos; a criança passou a ocupar um lugar privilegiado, a ser bem mais protegida, alvo de investimentos elevados no plano dos afectos, de um bem-estar material que as gerações anteriores não conheceram e de trajectos escolares de que se espera oportunidades de mobilidade

social ascendente. Como referem as autoras, “a função instrumental da criança, de contribuição para o trabalho e para o rendimento da família e, durante a velhice dos pais, de amparo e protecção, recua e dilui-se nesse outro ideal de uma infância protegida” (p.47). Mas, continuam as autoras, esta função instrumental não se apaga totalmente, numa sociedade “com baixos níveis de protecção social, onde existem numerosas famílias com dificuldades económicas e baixíssimos níveis de escolaridade e onde, tradicionalmente, os laços familiares mobilizam e alimentam solidariedades intergeracionais” (p. 47).

Quadro nº7 - Evolução do índice sintético de fecundidade (%)

Ano	1960	1970	1981	1991	2001	2009	2011	2014
Portugal	3,2	3,0	2,1	1,6	1,5	1,4	1,4	1,2
Vila do Conde	-	-	-	-	1,39	1,3	1,4	1,2

Fonte: Pordata

Em consequência das alterações que acabamos de enunciar, verifica-se, contudo, uma acentuada diminuição do tamanho das famílias, desde logo considerando a sua dimensão média. De 3,8 membros em média na década de 60, passou para 2,6 em 2014.

Quadro nº8 - Evolução da dimensão média das famílias

Ano	1960	1970	1981	1991	2001	2011	2014
Portugal	3,8	3,7	3,4	3,1	2,9	2,6	2,6
Vila do Conde	4,2	-	4,1	-	3,1	2,9	-

Fonte: Pordata

Mais clara ainda se torna este processo de redução dos núcleos familiares quando se observam quer a diminuição do peso relativo das famílias com 6 e mais elementos no total das famílias, quer o aumento da proporção de isolados e de famílias apenas constituídas por dois indivíduos. As primeiras passaram de 17,1% do total das famílias em 1960 para somente 2% em 2011; as famílias de 1 indivíduo e as de 2 evoluíram respectivamente de 10,8% para 21,4% entre as duas datas censitárias e de 19,5% para

31,6%. Representam conjuntamente uma percentagem próxima da que assumiam, só por si, as famílias compostas de 3 a 5 elementos em 1960.

Quadro nº9 - Evolução das famílias clássicas por número de indivíduos (em % do total das famílias) – Portugal

Anos	Famílias clássicas por nº de indivíduos			
	1	2	3-5	+ de 6
1960	10,8	19,5	52,6	17,1
1970	10,0	21,9	52,2	15,9
1981	13,0	23,5	52,9	10,6
1991	13,8	25,3	54,2	6,6
2001	17,3	28,4	51,0	3,3
2011	21,4	31,6	45,0	2,0

Fonte: Pordata

Duas outras transformações relevantes para a reflexão sobre a articulação entre cuidados familiares e cuidados institucionais na velhice prendem-se com a presença das mulheres no mercado de trabalho e a escolarização feminina. As autoras do texto em análise sublinham que, desde 1960, o volume de mulheres ativas, nomeadamente como trabalhadoras por conta de outrem, não cessou de aumentar: em 1960, segundo os Censos, não representavam mais do que 13% da população feminina, passando para cerca de um terço em 1981 e 51% em 2011.⁸

⁸ A observação da composição por sexo da população activa mostra, igualmente, a parte crescente das mulheres, como se pode verificar no seguinte quadro:

Quadro nº10- Composição da população activa por sexo - 1974 – 2014

Ano	1974	1981	1991	2001	2011	2014
Mulheres	39,4	42,2	44,1	45,6	47,7	48,7
Homens	60,6	57,8	55,9	54,4	52,3	51,3

Fonte: Pordata

Quadro nº 11- Taxa de actividade feminina por grupo etário (%)

Idades	1992	1995	1998	2001	2005	2008	2010	2013	2015
14-24 Anos	32,2	27,6	43,9	42,2	38,1	38,1	34,2	33,8	32,8
25-34 Anos	78,5	79,7	80,7	83	86,6	86,9	88,2	89,3	89,5
35-44 Anos	73,5	77,9	77,4	79,8	82,9	85,1	87,3	88,3	89
45-54 Anos	57,6	64,7	65,7	70,7	74,8	76,4	79	79,5	80,4
55-64 Anos	34,5	34,5	39,3	41,6	46	46,7	47,4	46,9	49,9
65 e + anos	8	9,4	12,5	13,6	13,2	13,4	12,5	8,3	7,2

A observação da taxa de actividade feminina por grupo etário deixa claro que é principalmente entre as mulheres com idades compreendidas entre os 25 e 54 anos que esta taxa assume valores elevados, sendo precisamente estas as idades em que a necessidade de prestar cuidados a familiares mais idosos é susceptível de ocorrer. Note-se alias que mesmo entre as mulheres do escalão etário 55 – 64 anos esta taxa mantém-se à volta dos 50%. Embora tenha tendência a decrescer, a taxa de actividade feminina entre as mulheres com idades compreendidas entre os 60 e 64 anos era em 2011 de 32,7% em Portugal contra 28,5 para a média dos países da UE-15.

Quadro nº 12- Taxa de actividade feminina por grupos etários em Portugal e na UE-15 – 2001 – 2011

Grupos etários	Portugal		UE-15 em 2011
	2001	2011	
15-24 Anos	42,6	35,7	43
25-29 Anos	83,2	87,8	78,1
30-34 Anos	83,7	90,4	79,6
35-39 Anos	79,9	87,7	79,8
40-44 Anos	78,5	86	80,9
45-49 Anos	74,8	82,1	79,7
50-54 Anos	66,4	71,6	75,2
55-59 Anos	46,7	57,3	62,3
60-64 Anos	37,4	32,7	28,5
65 anos e +	13,8	8,8	3,1

Fonte: Eurostat

A observação da taxa de actividade feminina por grupos etários permite-nos deduzir outra mudança relevante quanto à transformação das trocas no seio da família: enquanto nos anos 60, a actividade feminina era mais acentuada entre as mulheres com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos, ou seja, em grande parte antes do casamento e do nascimento dos filhos, na actualidade verifica-se que a percentagem de mulheres activas em todos os grupos etários após os 25 anos mantém-se elevada. A intensidade da

participação das mulheres no mercado de trabalho não é dissociável das importantes evoluções registadas no que respeita à sua relação com a escola.

A recolha de informações relativas à taxa de escolarização da população feminina, ou seja, da percentagem de alunas matriculadas no ensino básico, secundário e superior face à população feminina em idade normal de frequência desses ciclos, confirma a tendência para o maior investimento das mulheres na aquisição de recursos escolares. A partir do 2º ciclo do ensino básico, o aumento da taxa bruta de escolarização é particularmente notável: passou de 21,2% das mulheres em 1961 para 112,3% em 2014; no 3º ciclo, a mesma taxa evoluiu dos 14,6% das mulheres em idade de frequentar este ciclo de ensino em 1961 para 112,6% em 2014; enquanto somente 2% das mulheres em idade de frequentar o ensino secundário o faziam em 1961, em 2014 eram 117,5% e, finalmente, no ensino superior, a taxa registada em 1978 era de 10,8% e de 55,5% em 2014. Se confrontarmos a percentagem de mulheres sem qualquer nível de instrução em 1961 com a que ainda existe na actualidade, tomamos a medida da transformação ocorrida neste domínio: em 1961, 72,1% da população feminina com 15 e mais anos se encontrava totalmente privada de habilitações escolares contra 7,7% em 2011 (INE, Censos da População Portuguesa).

A taxa de escolaridade secundária das mulheres com idades compreendidas entre os 20 e os 24 anos, ou seja, a proporção de mulheres que concluíram o ensino secundário, era, em 2014, de 71,0%, sendo pois superior à taxa relativa ao conjunto da população do mesmo grupo etário (64,4% segundo as Estatísticas do Emprego do INE).

A relação entre aumento da escolaridade e participação no mercado de trabalho é particularmente clara entre as mulheres que possuem níveis de escolaridade mais elevados: assim, segundo as Estatística do Emprego do INE, em 2011, a taxa de actividade das mulheres com escolaridade superior aproximava-se do dobro da taxa de actividade das que possuíam um nível de escolaridade até ao 3º ciclo do ensino básico, constatando-se, ainda, que as diferenças entre as taxas de actividade feminina e total se atenuavam a partir da escolaridade de nível secundário.

Quadro nº 13- Taxa bruta de escolarização do sexo feminino por nível de ensino

Ano	1961	1971	1981	1991	2001	2011	2014
1º ciclo	128,5	134,5	135,0	124,3	123,7	104,5	103,2
2º ciclo	21,2	65,6	91,8	117,4	116,5	122,5	112,3
3º ciclo	14,6	36,5	61,1	97,3	120,5	144,9	112,6
Ensino secundário	2,0	5,8	35,6	73,2	114,3	139,9	117,5
Ensino superior	X	X	10,3	25,9	55,3	57,9	55,5

Fonte: Pordata x- valor não disponível

A diversificação dos modos de viver a conjugalidade, a aceitação da ruptura conjugal, a vivência da conjugalidade sem ter muitos filhos ou mesmo sem ter filhos são transformações que, como referem as autoras acima referidas, influenciam directamente as formas familiares, isto é, a dimensão e os tipos de família.

A par com transformações dos agregados familiares acima mencionadas (queda acentuada das famílias numerosas com mais de 5 pessoas, diminuição da dimensão média das famílias), é possível observar, através das informações dos recenseamentos, o enfraquecimento das solidariedades familiares na velhice. Segundo os dados censitários, já entre 1991 e 2001, o número de pessoas idosas a viver sós registou uma taxa de variação de cerca de 35%, muito particularmente nos grandes centros urbanos. Os resultados do Censo de 2011 indicam que cerca de 60% da população idosa vivem sós ou em companhia exclusiva de pessoas idosas. Em 2011, 19,8% da população idosa (400.964 idosos num total de 2.023.000) vivem sós; 39,8% da população idosa vivem exclusivamente com outros idosos (804.577 num total de 2.023.000). O número de alojamentos familiares habitados por uma só pessoa idosa é de 400.964, o que corresponde a 10% do total dos alojamentos do país e traduz um aumento de cerca de 29%, ao longo da última década.

Estas mudanças não deixaram de ter repercussões sobre as medidas de política social, entretanto promovidas. Em Portugal, como noutros contextos, observa-se um certo empobrecimento da qualidade e da densidade da vida social dos mais velhos, designadamente quando o seu estado de saúde se torna mais frágil. Muitas famílias estão geograficamente distantes e ocupadas com duplas carreiras profissionais, confrontadas com a necessidade de conciliar o cuidado dos filhos com a luta pela sobrevivência diária. Resta então a possibilidade de fazer face ao risco de isolamento e da crescente perda de independência funcional que empobrecem o quotidiano e limitam

drasticamente a participação na vida da comunidade graças ao desenvolvimento de serviços de acção social, tais como centros de dia, centros de convívio e serviços de apoio domiciliário, em alternativa ao lar de idosos.

2.2. A evolução da política de velhice

Assim, em Portugal, como em todos os países europeus, a política de velhice passou pouco a pouco a assumir que a vulnerabilidade monetária e, em consequência, material da população idosa não era a única dimensão a acautelar e que era igualmente necessário dar atenção ao “modo de vida dos idosos” (A.M. Guillemard, 1996).

O lançamento de programas dirigidos à inserção e participação social dos idosos verificou-se na década de oitenta, um pouco mais tardiamente do que noutros países da União Europeia. Só, nesta altura, o discurso político reconhece a necessidade de promover equipamentos e serviços capazes de contrariar a perda de inserção social dos idosos e, simultaneamente, de evitar a institucionalização quando estes se confrontam com uma diminuição da independência funcional. Se é certo que a reflexão sobre os efeitos não previstos e não desejados da institucionalização, designadamente a partir da análise da “instituição total” promovida por E. Goffman, exerceu alguma influência neste sentido, não é menos verdade que outro factor teve um papel importante: o elevado custo das instituições de internamento. A par com este argumento financeiro, cresceu a tomada de consciência de que a institucionalização provocava ou acentuava rupturas na rede relacional dos indivíduos, provocava ou acelerava processos de desistência em relação às actividades da vida quotidiana e, por estas vias, era susceptível de precipitar nos internados a entrada na fragilidade ou mesmo na dependência⁹. O fomento de apoios no domicílio (serviços de ajuda doméstica, de cuidados domiciliários, de fornecimento de refeições) e a implantação de equipamentos de proximidade (centros de dia, centros de convívio, um pouco mais tardiamente universidade sénior) afiguraram-se como alternativas à institucionalização, com mais potencial para contrariar o isolamento social e, além disto, para prolongar a independência, graças à manutenção no domicílio e no meio ambiente habitual.

⁹ Como refere R. Lenoir, no artigo «L'invention du troisième âge. Constitution du champ des agents de gestion de la vieillesse» In : *Actes de la recherche en sciences sociales*, nº 26 (1), 1979, em França, por exemplo, esta viragem na política de velhice ocorreu mais cedo, sendo a divulgação do « Rapport Laroque », na década de 60, um marco no discurso sobre a política de velhice que passa, então, a eleger a segregação dos mais velhos como problemática relevante..

Decisores e “especialistas” passaram, então, a defender a necessidade de criar organizações oficialmente destinadas a gerar oportunidades de manutenção de um alto nível de actividade física e cognitiva e de participação em redes de relacionamento, na linha dos teóricos do “envelhecimento bem-sucedido”¹⁰. Reconhecia-se, pois, que os grupos primários (tais como a família, os amigos e a vizinhança) já não assumem efectiva e integralmente a “gestão da velhice” na sociedade contemporânea e que o Estado e as instituições sociais devem criar dispositivos de protecção dos idosos de modo a que estes continuem a usufruir de oportunidades de participação na vida social.

Prevenir a morte social, no sentido em que a existência fica reduzida a actos rotineiros destinados à manutenção da vida biológica, largamente desprovidos de significado social¹¹, é um objectivo que passa, então, a integrar o discurso político-institucional.

Pretendemos neste trabalho captar as eventuais discrepâncias que são sempre susceptíveis de ocorrer entre as intenções e a realidade concreta produzida no e pelo funcionamento das instituições e as práticas dos profissionais, muito particularmente a respeito dos efeitos dos serviços de apoio domiciliário sobre a rede relacional dos idosos que os recebem. Será, de certo modo, uma maneira de verificar se, de facto, a prestação de serviços de apoio domiciliário potencia, ou não, a integração social dos idosos frágeis ou dependentes, reforçando ou, pelo contrário, reduzindo a implicação dos familiares e outros próximos no seu quotidiano.

Todavia, antes de nos centrarmos na questão que elegemos como central, não será inútil referir que as informações disponíveis relativamente aos equipamentos sociais implementados a partir do final da década de setenta revelam uma certa distância entre o discurso oficial e as realizações concretas. Com efeito, considerando as informações dos quadros nº 14, uma primeira constatação que se impõe é que, entre o fim da década de setenta e o da década de oitenta, assistiu-se à multiplicação rápida do número de instituições que dispensam serviços a idosos. Note-se que logo neste primeiro período, as taxas de crescimento dos serviços não residenciais (em primeiro lugar os Centros de

¹⁰ Esta perspectiva foi desenvolvida por Rowe, J.R. e Kahn, R.L. in : *Successful aging*. New York, Pantheon Books, 1998. Os três critérios que estes investigadores estabeleceram para definir a velhice bem-sucedida são a ausência de doença física e mental; a manutenção de um elevado nível de actividade física e mental e a implicação activa na vida, graças à conservação de papéis sociais. Ver igualmente a este respeito Fontaine, R., *Manuel de Psychologie du Vieillessement*, Paris, Dunod, 1999.

¹¹ Na linha das análises de A.M. Guillemand, *La retraite, une mort sociale*. SOCIOLOGIE DES CONDUITES EN SITUATION DE RETRAITE, PARIS, MOUTON, 1972, UMA OBRA PIONEIRA NA ANALISE DOS MODOS DE VIVER A REFORMA.

Dia e, numa medida menor, os Serviços de Apoio Domiciliário) foram, de facto, bem superiores às que se verificaram para os lares. Em 2000, lares e centros de dia estavam em números muito semelhantes, quer em termos de nº de instituições, quer relativamente à sua capacidade de acolhimento. Neste período foram os serviços de apoio domiciliário que mais se expandiram, pelo menos no que respeita ao número de instituições que passaram a promover: de 28 equipamentos em 1978, passou-se para 220 em 1988 e 1.667 em 2000. Note-se, todavia, que apesar deste crescimento, em termos de número de lugares disponíveis em 2000, os lares continuavam a ter a maior capacidade de acolhimento: 55.523 lugares contra 51.876 para os centros de dia e 49.473 destinatários de serviços de apoio no domicílio.

Entre 2000 e 2010, o número de instituições prestadoras de serviços domiciliários continuou a registar a maior taxa de crescimento, da ordem dos 49% (contra 27% para as instituições que promovem lares e 21 % para as que sustentam centros de dia). A evolução é a mesma no que respeita ao número de beneficiários: em 2010, este tipo de instituição passa a ter uma capacidade de resposta superior à dos lares e dos centros de dia (com 90.570 lugares contra, respectivamente, 71.261 e 62.472 para os lares e os centros de dia). Em termos de taxa de crescimento do número de idosos a atender, a da SAD é claramente superior às dos dois outros tipos de equipamentos (83% contra 28% para os lares e 20% para os centros de dia).

Quadro nº 14- Evolução da oferta de Equipamentos e Serviços para Idosos – 1978-2000

Tipo de equipamento para idosos	1978* A	1988 B	2000 C	Taxa de crescimento (%) a-b	Taxa de crescimento (%) b-c
Nº de Lares de idosos	233	443	1.469	90	232
Capacidade de resposta	9.345	22.132	55.523	137	151
Taxa de cobertura pop. com 65 anos e + (%)	0,9	1,7	3,3		
Taxa de cobertura pop. com 75 anos e + (%)	2,8	4,4	8,1		
Nº de Centros de Dia	54	555	1.624	928	193
Capacidade de resposta	1.511	21.452	51.876	1.320	142
Taxa de cobertura pop. com 65 anos e + (%)	0,1	1,7	3,1		
Taxa de cobertura pop. com 75 anos e + (%)	0,4	4,3	7,5		
Nº de Serviços de SAD	28	220	1.667	686	658
Capacidade de resposta			49.473		
Taxa de cobertura pop. com 65 anos e + (%)			3,0		
Taxa de cobertura pop. com 75 anos e + (%)			7,2		

Fonte: Departamento de Planeamento e Gestão da Segurança Social para 1978 e 1988, Carta Social a partir de 2000.

* Para os Serviços de Apoio Domiciliário, os primeiros dados disponíveis são de 1981 e não 1978 e apenas em termos de nº de instituições.

Entre 2010 e 2014, o número de instituições prestadoras de serviços no domicílio dos idosos regista um novo acréscimo, bem como o dos lugares disponíveis: 2650 equipamentos e 104.551 potenciais beneficiários. No entanto, interessa observar que o número de instituições de internamento e de lugares disponíveis neste tipo de equipamento não deixou de crescer entre 2010 e 2014. Apreciando esta evolução no plano das taxas de cobertura da população com 65 anos e mais e da população com 75 anos e mais¹², verifica-se que a taxa de cobertura do SAD é ligeiramente superior a dos lares: 5% contra 4,3% para o grupo etário mais amplo; 10,2% contra 8,8% para o grupo etário dos idosos mais idosos.

Não parece descabido colocar a hipótese de este movimento persistente de crescimento do número de lares e de lugares disponíveis para o internamento dever-se, pelo menos em parte, à tomada de consciência de que o prolongamento da esperança de vida após os 65 anos é acompanhado por uma crescente vulnerabilidade relacional dos idosos, já que ocorre num contexto social cada vez mais caracterizado pelo enfraquecimento dos laços familiares. De acordo com dados do INE, é possível verificar que mais de metade das pessoas a residir em lares tinha, em 2001, 80 ou mais anos: a tendência manteve-se a nível nacional em 2011, uma vez que os indivíduos a residir em lares com idades iguais e superiores a 80 anos perfaziam 57,5% dos total dos residentes em lares¹³. Ora, a partir da mesma fonte, constata-se que o tamanho médio das famílias evoluiu dos 3,3 indivíduos em 1983 para 2,8 em 2001 e 2,6 em 2011. Por outro lado, a comparação entre os dados censitários de 1991, 2001 e 2011 permite verificar não somente o crescimento acentuado da população com 65 e mais anos mas, igualmente, o do número de famílias unicamente compostas por idosos (de 14,9% do total das famílias em 1991 para 17,4% em 2001 e 19,9% em 2011)¹⁴. Revela, também, que as famílias constituídas por idosos e indivíduos de outros grupos etários têm um peso percentual reduzido e com tendência para diminuir (dos 15,8% em 1991 para os 14,9% em 2001 e os 14,1% em

¹² Sendo que esta segunda medida nos parece mais adequada, se tivermos em conta não somente o aumento da esperança média de vida mas igualmente a tendência para que o estado de saúde dos indivíduos com idades compreendidas entre os 65 e os 74 anos melhore.

¹³ Segundo os dados dos Censos de 2011, desagregados ao nível do Concelho de Vila do Conde, a percentagem era, neste concelho, um pouco inferior: entre os residentes em lares, 44,6% tinham 80 anos e mais.

¹⁴ Ver a este respeito, *Portugal Social*, INE, Lisboa, 1991-2001, pp. 55 e seg. e M.G. Magalhães, “Quem vive só em Portugal” in *Revista de Estudos Demográficas* n.º 33, 2003 e Censos de 2011.

2011). Salienta-se, ainda, que entre os três períodos censitários, aumentou significativamente o número de famílias unipessoais de idosos no conjunto das famílias clássicas (de 241.717 em 1991 para 321.054 em 2001 e 406.942 em 2011, correspondendo a, respectivamente, 7,7%, 8,8% e 10,1% do total das famílias clássicas)¹⁵. A taxa de crescimento do número de pessoas idosas (65 anos e mais) a viver sós foi, entre 1991 e 2001, de 32,8% e, entre 2001 e 2011, de 26,8%, o que significa que, entre 1991 e 2011, o segmento da população idosa a viver só cresceu 68,4%. Este crescimento foi ligeiramente mais acentuada para os homens – 77,4% entre 1991 e 2011, - do que para as mulheres – 65,8%. Destaca-se, ainda, o facto de, em 1991, as pessoas com 65 ou mais anos de idade a viver sós representarem 18% dos indivíduos que constituem este grupo etário, passando esta percentagem para 19% em 2001 e 20,2% em 2011 (valor que se repartia por 15,5% de mulheres e 4,7% de homens). Note-se, ainda, que, em 2011, as famílias unipessoais constituídas por pessoas com 65 anos e mais representavam 46,9% do total das famílias unipessoais.

Outro aspeto importante a realçar no que respeito à redução das oportunidades dos idosos ficarem integrados na família é a diminuição do número de idosos a viverem em unidades domésticas de família complexa. De facto, seguindo tendências anteriores, a percentagem de idosos a viver com outros familiares em famílias complexas baixou significativamente de 2001 para 2011 (de 19,6% para 15,8%). Tal fenómeno é concomitante com o aumento de idosos sós.

O que os dados contidos no quadro nº 14 acima referido deixa perfeitamente claro é que o campo das instituições e profissionais especializados na prestação de serviços à população idosa tem tendência a ampliar-se. Considerando apenas a evolução desde o início do século XXI (quadro nº 15), verifica-se, com efeito, que a taxa de cobertura do conjunto dos equipamentos e serviços para idosos evoluiu, para a população de 65 anos e mais, dos 9,8%, em 2000, para os 12,4%, em 2014 e, para a população com idades iguais e superiores aos 75 anos, dos 22,8% em 2000 para 25,3% em 2014. O que torna realmente pertinentes as nossas interrogações a respeito do impacto dos serviços

¹⁵ Segundo a mesma fonte, é possível constatar que a taxa de crescimento deste tipo de famílias unipessoais é largamente superior ao do número total de famílias: 32,8% para as famílias unipessoais contra 15,9% para o número total de famílias clássicas. As famílias unipessoais compostas por um adulto de sexo masculino com 65 anos e mais registaram uma taxa de crescimento ligeiramente superior à das famílias unipessoais constituídas por uma mulher com 65 anos e mais (respectivamente, 35,4% e 32,1%).

prestados no quadro da rede formal de cuidadores sobre a função da rede primária ou informal de cuidadores.

Quadro nº 15- Evolução da oferta de Equipamentos e Serviços para Idosos - 2000-2014

Tipo de equipamento para idosos	2000 A	2010 B	2014 C	Taxa de crescimento (%) a-b	Taxa de crescimento (%) b-c
Nº de Lares de idosos	1.469	1.870	2.315	27	24
Capacidade de resposta	55.523	71.261	89.666	28	26
Taxa de cobertura pop. com 65 anos e + (%)	3,3	3,6	4,3		
Taxa de cobertura pop. com 75 anos e + (%)	8,1	7,7	8,8		
Nº de Centros de Dia	1.624	1.973	2.048	21	4
Capacidade de resposta	51.876	62.472	64.705	20	4
Taxa de cobertura pop. com 65 anos e + (%)	3,1	3,2	3,1		
Taxa de cobertura pop. com 75 anos e + (%)	7,5	6,7	6,3		
Nº de Serviços de SAD	1.667	2.485	2.650	49	7
Capacidade de resposta	49.473	90.570	104.551	83	15
Taxa de cobertura pop. com 65 anos e + (%)	3,0	4,6	5,0		
Taxa de cobertura pop. com 75 anos e + (%)	7,2	9,7	10,2		

Fonte: Carta Social e Pordata

Procurando relacionar as taxas de cobertura existentes em 2010 e em 2014 com as informações fornecidas pelos Censos de 2011 a respeito do estado de saúde da população idosa (75 e mais anos) residente no Continente, é possível concluir que a oferta dos três tipos de prestação de serviços a idosos – lar, centro de dia e serviços de apoio domiciliária – permite responder a necessidades de cerca de ¼ da população do grupo etário considerado (24,1% em 2010 e 25,3% em 2014), quando, segundo as estimativas mais acima apresentadas, é possível considerar que cerca de 33% da população deste grupo etário apresentarão um estado de saúde frágil e cerca de 10% um estado de saúde caracterizado pela dependência. Por outras palavras, os contributos da rede informal de cuidados são seguramente necessários para complementar os que são fornecidos pela rede formal.

Considerando os dados objectivos que foi possível reunir acerca da população com idade mais avançada (e, portanto, com mais probabilidade de necessitar de uma variedade de apoios na vida quotidiana), a substituição dos cuidadores informais pelos cuidadores formais é uma hipótese que dificilmente pode garantir respostas efectivas às necessidades dos indivíduos.

Quadro nº16 - Oferta de Equipamentos e Serviços para idosos no Concelho de Vila do Conde e Junqueira em 2015

Oferta de Equipamentos	Vila do Conde	Junqueira
Nº de Lares de Idosos	11	1
Capacidade de Resposta	536	10
Nº de Utilizadores	424	10
Taxa de cobertura pop. com 65 anos e + (%)	4,6	3,1
Taxa de cobertura pop. com 75 anos e + (%)	10,5	7,0
Nº de Centros de Dia	7	1
Capacidade de resposta	274	30
Nº de Utilizadores	211	30
Taxa de cobertura pop. com 65 anos e + (%)	2,3	9,3
Taxa de cobertura pop. com 75 anos e + (%)	5,3	21,1
Nº de Serviços de SAD	9	30
Capacidade de resposta	330	30
Nº de utilizadores	289	30
Taxa de cobertura pop. com 65 anos e + (%)	2,8	9,3
Taxa de cobertura pop. com 75 anos e + (%)	6,4	21,1

Fonte: Carta Social

As informações reunidas no quadro nº 16, retiradas da Carta Social, apontam para algumas disparidades nas taxas de cobertura para a população de 75 anos e mais que existiam em 2015, quando comparadas com os dados de âmbito nacional relativos à 2014. Com efeito, ao nível do Concelho de Vila do Conde (menos envelhecido do que a média nacional), à exceção das taxas de cobertura dos lares, as que se referem aos Centros de Dia e SAD são ligeiramente inferiores (respectivamente, 5,3% contra 6,3% e 6,4% contra 10,2%)¹⁶. Ainda que ligeiramente inferior à nacional, a taxa de cobertura de todos os equipamentos no Concelho de Vila do Conde (22,2% contra 25,3%) permite concluir que, neste nível territorial também, a questão da interacção entre cuidados familiares e profissionais tem pertinência.

¹⁶ As altas de cobertura registadas ao nível dos Centros de Dia e SAD na Freguesia da Junqueira permitem pensar estes equipamentos são utilizados por uma população que não se circunscreve à freguesia.

Capítulo 3. A interacção entre cuidados familiares e cuidados institucionais

3.1. Condicionantes sociopolíticas da interacção entre os dois tipos de cuidados

Desde os seus primórdios, o desenvolvimento da política social – no campo da velhice como no de outros problemas sociais, tais como os da protecção da infância, das famílias numerosas ou das desigualdades de acesso a cuidados de saúde ou à educação – suscitou acesos debates a respeito das possíveis consequências das intervenções de instituições dependentes do Estado sobre as responsabilidades dos indivíduos, das famílias e, até, das empresas. R. Lenoir lembra que a construção de um sistema de pensões de reforma foi um processo particularmente demorado, no contexto da França, e muito discutido pela classe política. Encontrou, no séc. XIX e, ainda, no início do séc. XX, uma forte oposição por parte dos representantes da burguesia liberal e dos conservadores católicos, precisamente porque estes viam num tal sistema uma ameaça contra a família de quem dependiam, então, quase totalmente, os apoios a prestar aos mais velhos. Repartir o encargo entre o Estado, o trabalhador e o patrão, como preconizavam os defensores de um sistema de pensões de reforma mais eficaz do que as mutualidades, levaria a que a família – o filho no discurso dos deputados que discutiam tal projecto - desaparecesse da própria lei. Por outras palavras, poderia conduzir a que filhos e próximos, em geral, deixassem de assumir os seus deveres em relação à geração mais velha e, por esta via, provocar o enfraquecimento da família, com múltiplas consequências para a coesão da sociedade e para a própria ordem social. Emile Cheysson, colaborador de *Le Play*, observava aliás que, na segunda metade do séc. XIX, um sistema de reforma por repartição implicava o filho (já que a pensão da geração dos pais seria paga pelos descontos efectuados pela geração dos filhos) mas na sua qualidade de trabalhador e não de filho. Muitos receavam, então, que os filhos ficassem dispensados de obedecer ao princípio que consideravam como um fundamento da própria sociedade: “honra o teu pai e a tua mãe”.¹⁷

Ainda que este debate possa nos parecer um tanto obsoleto, a verdade é que a questão das relações entre as solidariedades horizontais ou primárias (promovidas essencialmente pelos membros da família, os amigos e membros da comunidade de

¹⁷ E. Cheysson, *La famille devant la loi et les mœurs*, discours prononcé le 11 Janvier 1901 à la Société d’Economie Sociale.

vizinhança) e as solidariedades verticais voltou à ordem do dia desde o final do séc. XX, em virtude das alterações que começaram a ser introduzidas nas políticas sociais e no Estado-Providência. É precisamente este, o tema de reflexão de F. Lesemann e C. Martin, num artigo publicado na revista *Sociologia – Problemas e Práticas* (nº 17, 1995), intitulado “Estado, comunidade e família face à dependência dos idosos. Ao encontro de um «Welfare-Mix»”.

Logo de início, os autores começam por observar que, nos debates sobre o futuro da protecção social e dos Estados-Providência, as solidariedades familiares, a entajuda, os suportes sociais, o apoio relacional e comunitário constituem um assunto cada vez mais importante numa pluralidade de sociedades¹⁸. Em praticamente todos os países ditos desenvolvidos em que foram construídos sistemas de protecção social destinados a prevenir as consequências económicas e sociais de um certo número de riscos – o envelhecimento, a doença, a invalidez, a morte e, até, o número elevado de membros dos grupos domésticos – desenvolveram-se, a partir do último quarto do séc. XX, interrogações e debates em torno da sustentabilidade destes mesmos sistemas. As fortes pressões desenvolvidas pelos poderes económicos no sentido de diminuir os custos (diretos e indirectos) do trabalho, bem como o crescimento do desemprego e, particularmente, do desemprego de longa duração, são duas importantes mudanças que estão na base, nem sempre revelada, do discurso político centrado na necessidade de diminuir a despesa pública e de restringir a intervenção do Estado Social.

As estratégias mobilizadas para conter, senão, diminuir as despesas do Estado em matéria de protecção social são múltiplas: redução de certas prestações; restrição do acesso a certos serviços públicos por via da “verificação das condições de recursos”; processos de privatização e atribuição de ajudas financeiras aos indivíduos para que estes possam contratar os serviços de que necessitam no mercado. Os autores do artigo acima referido salientam que, para além destas estratégias, observam-se igualmente tentativas para que o contributo das solidariedades primárias seja reconhecido e

¹⁸ O artigo, tal como a obra colectiva publicada sob a direcção de F. Lesemann e C. Martin (1993), apresenta uma síntese de pesquisas realizadas numa perspectiva comparativa sobre a articulação entre solidariedade familiar e solidariedade pública. Os contributos assim reunidos dizem respeito a investigações desenvolvidas sobre os sistemas de protecção dos idosos dependentes em 8 países industrializados que são a Inglaterra, a Alemanha, a França, a Holanda, a Itália, o Canada-Québec, os Estados- Unidos e a Suécia.

valorizado. Não são raros, hoje, os discursos que, em nome da necessidade de aperfeiçoar o Estado Social de modo a que não provoque uma excessiva atomização dos indivíduos ou, noutra quadrante político bem distinto, em nome da necessidade de restringir a intervenção do Estado, apregoam a importância das solidariedades familiares e de vizinhança, designadamente no campo dos cuidados aos idosos. Apesar de corresponder a projectos de sociedades bem distintos, uns e outros acabam por defender a revalorização dos grupos primários, tidos como mais capazes de assegurar uma “proteção de proximidade”.

Os autores que temos vindo a seguir salientam que o interesse renovado (no campo político como no das ciências sociais da família) pelas solidariedades familiares e/ou informais é indissociável das interrogações acerca do futuro das políticas sociais e dos modos de assegurar a racionalização da sua gestão. Sendo essencialmente dominado pela questão das políticas sociais, este interesse pelas solidariedades primárias acaba, então, por privilegiar uma perspectiva essencialmente utilitarista destas mesmas solidariedades, entendidas como recurso, ora suplementar, ora substitutivo, que permitiria aos governos satisfazer de modo mais eficaz e/ou mais vantajoso as necessidades em matéria de prestação de cuidados aos idosos dependentes, mantidos no seu domicílio.

Foi sobretudo a partir da década de oitenta e na Grã-Bretanha que o papel da família e dos próximos nos cuidados comunitários passou a ser realçado. O governo britânico conservador, liderado por Margareth Thatcher, procurou reorientar o “Community Care” numa perspectiva bem distinta da que presidiu à sua criação nos anos sessenta: tratava-se de passar de um apoio proporcionado *na* comunidade para um apoio prestado *pela* comunidade, remetendo este termo principalmente para os recursos familiares. Um movimento semelhante desenha-se em França, por exemplo, quando a preocupação em controlar as despesas de saúde e de protecção social leva a colocar cada vez mais o acento sobre a importância das solidariedades de vizinhança e no reforço dos vínculos intergeracionais. Em diversos contextos nacionais observa-se uma tendência para considerar que o papel do Estado deve limitar-se à coordenação dos cuidados prestados, sendo que para estes cuidados é tido como pertinente fazer cada vez mais apelo aos próximos e aos voluntários para coadjuvar o papel dos profissionais.

Outro exemplo ilustrativo deste tipo de evolução é a Suécia, país tido como representativo dos Estados-Providência fortes. Com efeito, na altura da sua criação, o sistema de segurança social destinado aos idosos tinha como objectivo manifesto aliviar as famílias de alguns dos seus “fardos”, transferindo a prestação de cuidados e serviços para o Estado. Reconhecia-se, então, que as famílias tinham dificuldade em fornecer ajuda financeira, segurança e moradia digna, aos seus familiares mais velhos, considerando-se, até, que o Estado iria lidar melhor com estes problemas do que as famílias. A tendência predominante deste estado de bem-estar social-democrata, segundo a tipologia dos sistemas de segurança social proposta por Esping-Andersen (1990, 1999) era a de assegurar grande parte do apoio e cuidados prestados às pessoas idosas, atribuindo pouca importância às redes sociais informais dos idosos.

Contudo, o sistema evoluiu de tal maneira que, hoje, a intervenção do estado não é maior do que no início do século 20 e neste movimento de redução da sua implicação, o Estado passou a direccionar os serviços aos idosos principalmente para as pessoas que vivem sozinhas¹⁹. Alguns dados estatísticos referidos por G. Sundstrom, B. Malmberg e L. Johansson (2006, *Balancing family and state care: neither, either or both? The case of Sweden, Ageing and Society*, vol. 26 (5)) atestam bem estas duas evoluções contrárias: num primeiro momento o crescimento da provisão pública (essencialmente municipal) de serviços e, num segundo tempo (último ¼ do séc. XX), uma diminuição. Assim, por exemplo, no que respeita aos lares de idosos, estes acolhiam, em 1950, cerca de 6% dos idosos, passaram para 9% em 1975 mas a sua capacidade diminuiu lentamente a partir de então para chegar aos 7% em 2004. No que respeita aos serviços no domicílio, a evolução foi muito semelhante, uma vez que estes passaram de praticamente zero em 1950, para um atendimento prestado a 16% dos idosos em 1975, seguido de uma diminuição gradual até aos 9% em 2004. Outra estimativa citada pelos autores²⁰ indica que 62% de todos os cuidados prestados aos idosos na Suécia (incluindo os que são prestados em regime de internamento) eram fornecidos, em 2005, por cuidadores informais. O declínio drástico dos serviços de apoio domiciliário desde 1975 teria

¹⁹ Segundo os autores, a maioria (54%) dos idosos definidos como necessitando de apoio institucional – por terem uma condição e saúde frágil e viverem sozinhos – recebiam, em 2002/03, ajuda pública para os cuidados domésticos.

²⁰ Que se apoiaram num estudo de Szebehely, 2005, *Anhörigas betalda och obetalda äldreomsorgsinsatser. Forskarrapport til Jämställdhetspolitiska utredningen [Paid and Unpaid Informal Old-Age Care]. Research Report 66 to Government Commission on Gender Equity, Statens Offentliga Utredningar, Stockholm.*

resultado, segundo os autores que estamos a seguir, em numerosos problemas para muitos idosos e suas famílias se não se tivesse verificado uma notável melhoria da condição de saúde dos idosos, designadamente da sua capacidade funcional. Com efeito, as melhorias foram muito significativas no que respeita à capacidade para realizar as atividades instrumentais da vida diária, em particular as tarefas domésticas rotineiras. A proporção de idosos vivendo no seu quadro de vida que em 1988/89 precisavam de ajuda para realizar pelo menos uma das atividades instrumentais da vida diária elevava-se a 30%, passando para 21% em 2002/2003. Relativamente às atividades básicas da vida diária, a percentagem de idosos necessitando de ajuda para a sua realização passou de 6 para 4% entre os dois momentos acima referidos. Tais resultados não deixam de ser significativos quando se constata que, em média, os idosos eram 2 anos mais velhos na segunda data do que em 1988/89.

Os investigadores suecos, autores do artigo a que nos referimos, põem, pois, em causa a ideia muito difundida do declínio dos cuidados familiares (e, até, da própria instituição familiar) nos países em que os serviços de protecção social foram mais desenvolvidos. Um tal declínio pode-se ter verificado, mas essencialmente em matéria de apoio financeiro e de partilha da habitação, mas está longe de o ser no que toca aos cuidados propriamente ditos, designadamente sob a forma de ajudas para a realização das tarefas domésticas e dos cuidados pessoais diários. Consideram provável que mais idosos estejam a ser auxiliados por familiares e por profissionais, apesar da diminuição dos apoios do sector público registado desde a década de setenta. Mau grado este fenómeno de “sobreposição” dos dois tipos de cuidados, formais e informais, concluem que a disponibilidade de familiares próximos dos idosos tem, efectivamente, aumentado nas últimas décadas.

Inquéritos realizados na Suécia e em vários outros países permitem, pois, concluir que os membros da família não abdicaram das suas responsabilidades, nem desejam fazê-lo, expressando, antes, uma atitude favorável a um sistema de co-responsabilidade pelos cuidados que seria igualmente desejada pelos próprios idosos, pela população em geral e, de modo mais pertinente ainda, por aqueles que têm um parente idoso a precisar de ajuda e a receber cuidados familiares²¹. Em termos de conclusão, os referidos autores

²¹ Os autores referem-se a inquéritos que foram promovidos pelo próprio sistema de segurança social sueco ou Socialstyrelsen.

acabam por referir um fenómeno de “substituição inversa”, o que significa que, no longo prazo, não é a intervenção familiar que foi substituída pela do Estado, mas, antes, que alguns dos cuidados que, durante décadas, foram prestados pelo Estado foram reassumidos pela família. Em termos concretos, tal não significa que as prestações institucionais de cuidados tenham sido brutalmente cortadas mas que os idosos membros de coortes seguintes só passaram a ser apoiados pelos serviços públicos a partir de níveis de necessidades mais elevados do que no passado graças à maior mobilização de cuidados informais. Não retiram a possibilidade de os próprios idosos terem passado a depreciar as suas próprias necessidades e aspirações em matéria de serviços e cuidados, dada a grande divulgação que foi feita da necessidade de reduzir a intervenção do Estado Sueco neste campo da protecção social. Além disso, mostram bem conscientes de que o relativo equilíbrio entre cuidados familiares e cuidados profissionais que observaram na Suécia pode alterar-se se a provisão de serviços públicos continuar a sofrer cortes. O fenómeno de sobreposição entre os dois tipos de cuidados pode regredir se os serviços institucionais (dominantemente públicos na Suécia) se tornarem mais escassos ainda, sendo direccionado, de modo ainda mais acentuado, para os idosos frágeis e isolados. O que equivaleria a acentuar ainda mais o fenómeno de substituição inversa nas restantes situações.

Esta evolução do Community Care britânico e de outros dispositivos relativamente semelhantes, suscita uma interrogação de fundo acerca da articulação entre solidariedades familiares e solidariedades públicas. O problema não decorre principalmente da tendência conservadora para a severa limitação ou o corte puro e simples das ajudas públicas. Esta tendência conservadora tem um efeito imediato sobre as condições de existência das famílias, provocando uma sobrecarga que acaba por penalizar principalmente as mulheres e, por isso mesmo, desperta a resistência senão a oposição activa das mulheres que defendem a igualdade de oportunidades com os homens, em matéria de participação na vida social. As tensões e conflitos que envolvem as tarefas de cuidar são dimensões a que Kirstein Rummery and Michael Fine dão particular atenção num artigo de reflexão sobre o “care”. Mostram como este tipo de tarefa começou por ser assumido na base de relações afectivas e só posteriormente realizado no quadro de uma relação de trabalho remunerado. No entanto, o facto de serem tarefas estreitamente associadas a obrigações familiares não reconhecidas como

trabalho remunerado, predominantemente imposto às mulheres, está na base de uma subvalorização da força de trabalho que as assume quando passam a ser remuneradas.

Além disto, os autores realçam igualmente o facto de a relação de cuidado – na sua versão familiar como na sua versão profissionalizada – não integrar, na maioria dos casos, a delicada questão do poder que, na perspectiva de uma ética do trabalho de cuidar responsivo e atento, deve ser reconhecido àqueles que recebem os cuidados. É na base desta reflexão crítica que defendem a necessidade de abordar a relação de cuidado (ou care) numa perspectiva de cidadania, ou seja, de reconhecimento e valorização quer daqueles que prestam os cuidados, quer dos que os recebem e não devem, como todavia acontece com muita regularidade, ser tratados como meros receptores passivos dos cuidados.

Os autores reconhecem contudo que, as evoluções em curso na política social não favorecem o desenvolvimento desta perspectiva de cidadania ou, por outras palavras, o reconhecimento da complexidade do Care para ambas as partes (dador e receptor) e a sua consequente revalorização. Com efeito, se a lógica da mercantilização crescente dos serviços sociais ganhar crescente importância, é provável que será acompanhada por uma lógica de contenção dos custos do trabalho e de degradação das condições de trabalho dos cuidadores “formais” que atingirá todos aqueles que não têm os recursos monetários (e não só) indispensáveis para poder efectivamente escolher os seus cuidadores e os cuidados que pretendem receber, beneficiando, ou não, de modalidades de financiamento. Aos indivíduos mais desprovidos de recursos restará a possibilidade de recorrer a cuidadores informais, que assumirão os cuidados sobre a pressão de circunstâncias diversas (como tarefas dificilmente compatíveis com um exercício profissional no entanto indispensável para a sua sobrevivência ou como substituto de uma actividade profissional desejada, mas duradoura ou temporariamente inacessível), ou a prestadores de serviços que continuarão a constituir segmentos precarizados e mal remunerados da força de trabalho.

A questão da articulação entre solidariedades familiares e solidariedades públicas remete ainda para um outro dilema: o de saber como desenvolver a sua complementaridade, uma vez que elas revelam-se simultaneamente interdependentes e irreduzíveis umas às outras. Com efeito, enquanto as primeiras envolvem relações assentes na entreajuda e nos laços afectivos, as segundas remetem, antes, para diversas

formas de ajuda profissional e material. Os autores, que estamos a citar contestam a possibilidade de as segundas substituírem as primeiras precisamente porque procuram circunscrever as suas diferenças. Realçam o facto de as relações de entreajuda no seio da família serem mais plásticas e flexíveis do que a acção pública, formal, mais rígida e regrada. Os cuidados prestados no seio da rede familiar têm maior poder de adaptabilidade do que as intervenções institucionais, que são mais padronizadas e rigidamente definidas, desde logo porque inscritas nos programas de trabalho de trabalhadores que prestam apoio a vários idosos, dentro de constrangimentos de tempo. Além disto, os apoios prestados no quadro da rede formal obedecem a uma certa rigidez burocrática que os torna pouco adequados ao estado de saúde intermédio entre a independência e a dependência que designamos por fragilidade, no entanto muito frequente. Se tomarmos o exemplo concreto dos cuidados de higiene pessoal no quadro da rede formal, a tendência geral será ou de não os prestar se o idoso for classificado como independente ou, então, de os realizar totalmente se o idoso deixou de ser plenamente independente. A atitude intermédia, que consistiria em estimular um idoso fragilizado o mais possível para que realize o máximo de operações por si próprio, providenciando-lhe alguns apoios ou, no mínimo, uma presença que reforça a sua segurança, é raramente concretizada no âmbito da rede formal, desde logo porque supõe uma disponibilidade em tempo bem superior por parte do cuidador. Substituir-se ao idoso frágil na realização das tarefas da vida diária é mais compatível com os ritmos de trabalho impostos aos profissionais. Mas tem o inegável inconveniente de poder contribuir para precipitar a dependência e, mais grave, ainda, a privação de autonomia de decisão sobre assuntos da própria vida do indivíduo.

Outra diferença entre as prestações da rede formal e da rede informal remete para o facto de a família poder prestar os cuidados de um modo mais permanente do que a acção pública que acaba por ser pontual e limitado a determinados actos. Claro que, para concretizar esta potencialidade seria preciso medidas inovadoras de gestão da força de trabalho, pelas empresas privadas como públicas, tais como uma gestão flexível das horas de trabalho do tipo banco de horas ou reduções do horário de trabalho sem perdas correspondentes de remuneração, de maneira a que a necessidade de trabalhar para garantir a subsistência material possa ser compatível com uma presença significativa dos trabalhadores na vida dos idosos. Conferindo atenção às diferenças existentes entre

as solidariedades familiares e as solidariedades institucionais, os autores defendem que apoio familiar e suporte público constituem dois sistemas de acção autónomos, obedecendo a lógicas distintas. O reconhecimento destas diferenças e, igualmente, das vantagens dos cuidados prestados no quadro da rede informal deveria levar as instituições públicas a apoiar financeira e psicologicamente a acção da família. Todavia, se é certo que tal medida teria a vantagem de estimular a complementaridade entre as duas redes, com benefícios para os idosos, não é menos verdade que tais apoios acabariam por elevar os custos dos cuidados, precisamente numa época em que se exercem fortes pressões sociais e políticas em sentido contrário: o de reduzir os encargos públicos e o próprio custo da força de trabalho. O pleno reconhecimento da importância da rede informal implicaria, para além, de apoios monetários que permitam reduzir o tempo de trabalho de um familiar sem correspondente perda de rendimento, outras modalidades de intervenção destinadas a evitar ou limitar o desgaste do(s) indivíduo(s) que se encarregam dos cuidados: criação de lugares destinados a curtos internamentos, de centros de noite, de profissionais qualificados que substituem o cuidador durante algumas horas de modo a que este possa continuar a organizar e dominar a sua própria vida, etc..

Apesar de uma relativa variação nos modos de conjugar as contribuições da rede formal e da rede informal, os autores que temos vindo a seguir concluem que, nos diversos países analisados, a especificidade das solidariedades familiares é raramente reconhecida. Os modos de gerir a velhice dos oito países analisados oscilam entre dois pólos extremos: o dos Estados-Unidos, onde estima-se que 70 a 80% da ajuda proporcionada ao idoso depende da solidariedade familiar, onde os cuidados formais são pouco coordenados e qualificados, mas onde a valorização da solidariedade familiar é todavia reduzida. É preservada apenas na medida em que a desistência da família acarretaria custos sociais bem mais elevados. No outro pólo, encontra-se a Suécia onde a prestação de cuidados aos idosos dependentes é quase integralmente assegurada no quadro das políticas públicas, com um leque muito diversificado de serviços de acompanhamento. Uma vez que 80% das mulheres trabalham fora de casa, que a coabitação intergeracional desapareceu quase totalmente e que os laços familiares (designadamente conjugais) são muito enfraquecidos, o sistema formal predomina claramente. A situação dos outros países – Canadá, Inglaterra, Alemanha, Holanda,

França e Itália – é de certo modo intermédia, conjugando algumas características dos EUA (lógica de mercado no acesso aos cuidados, importância do papel das famílias e em particular das mulheres na prestação de cuidados) com outra mais evidente na Suécia: a fragilização crescente das estruturas e dos valores familiares que compromete o sentimento de obrigação mútua entre as gerações.

Na maioria dos países analisados – e Portugal não se afasta desta regra quando se constata que a taxa de cobertura total dos equipamentos para idosos não vai além dos 11-12% da população com 65 anos e mais - a “família” surge como o primeiro prestador de cuidados. O apoio informal ultrapassa o apoio formal, contribuindo para que a manutenção dos idosos no domicílio seja uma realidade, prevenindo ou, pelo menos, adiando o internamento quando o grau de dependência aumenta. Todavia, a referência à “família” ou à “solidariedade familiar” é relativamente abusiva. Numa fortíssima proporção de caso, a ajuda é prestada apenas por certos membros das famílias, designadamente pelas mulheres (em primeira linha a esposa quando usufrui de uma condição de saúde que lhe permite assumir este papel e na falta dela a filha, uma outra parente, nora, prima ou sobrinha) e, além disto, por um número bem limitado de membros das famílias: o de dois afigura-se como elevado.

Segundo um estudo desenvolvido sobre este tema em França no fim da década de oitenta mostrou que os homens eram activos em 10 a 20% das situações familiares, sobretudo quando eram solteiros ou casados sem filhos ou quando não existia rapariga na fratria). Pesquisas mais recentes nos outros países, confirmaram esta tendência.

Quanto ao número de indivíduos que consta da rede de solidariedade familiar, há fortes índices de que é particularmente baixo quando se trata de cuidar de um idoso dependente. A família parece mobilizar-se mais eficazmente quando estão em jogo outros problemas, tais como a inserção profissional dos seus membros, o acesso ao alojamento ou, ainda, rupturas conjugais. Assegurar um fim de vida digno aos seus membros idosos apresenta-se como muito menos mobilizador. Os autores acima referidos colocam a este respeito a hipótese de a dependência de um idoso despertar pouco a solidariedade familiar em virtude precisamente da dependência, das dificuldades a enfrentar nos cuidados a adultos dependentes e face a uma dependência que tende, previsivelmente, a aumentar. Tudo funciona como se, para grande parte dos nossos contemporâneos, ajudar os que menos precisam, isto é, aqueles que têm mais

probabilidade de reconquistar a sua autonomia, é mais apetecível do que ajudar aqueles que são, de facto, mais vulneráveis.

Face ao número tão restrito de membros das famílias que verdadeiramente se implicam na prestação quotidiana de cuidados, os autores do artigo que temos vindo a seguir, questionam a pertinência do uso do conceito de rede nestas situações: com efeito, é uma noção que evoca geralmente um sistema de interacção entre um número significativo de indivíduos, contrariamente ao que se verifica relativamente aos idosos dependentes.

O facto de o apoio familiar aos idosos dependentes estar a cargo, regra geral, de uma só pessoa, não o torna, todavia, menos fundamental, pois quando tal apoio não existe de modo nenhum a situação dos idosos é tendencialmente mais precária e vulnerável, quer do ponto de vista das condições materiais de existência, quer, sobretudo, das oportunidades de perpetuação de laços afectivos, de desenvolvimento dos sentimentos de ainda contar para alguém e de ter alguma utilidade social. Claro que nem sempre o suporte familiar garante o acesso a tais sentimentos em contextos sociais em que os laços familiares não escapam a tensões, ambivalências, conflitos e rupturas. Se é certo que o risco de se sentir só apesar de estar rodeado de outros é grande para os idosos que, por falta de suporte familiar, estão impelidos a abandonar o seu espaço de vida para residir num lar, não é menos verdade que não se deve considerar o contexto familiar como por essência pautado por laços de solidariedade e de entajuda. Não faltam estudos para demonstrar que, nas diversas fases do ciclo de vida (desde a pequena infância até à velhice), nem sempre os laços familiares providenciam o envolvimento material e afectivo de que os indivíduos realmente precisam para se sentir reconhecidos e satisfeitos com a vida. A família é, num número apreciável de casos, um lugar de aprendizagem dos afectos, da compreensão mútua, da solicitude baseada na escuta do outro e na dádiva de si próprio mas pode também ser exactamente o oposto, isto é, um lugar onde as interacções são pautadas pela agressividade, pelo desprezo do outro e por comportamentos destrutivos. E para que tal aconteça, nem sequer é necessário que a violência seja manifesta. Como reconhecem os estudiosos da família, quer não campo da psicologia, quer no da sociologia, toda a família pode, sob a aparência das boas maneiras, esconder na realidade o inferno. É precisamente porque a dinâmica e a qualidade das relações familiares são, nas sociedades em que vivemos, tão variáveis que a análise das relações entre a rede de cuidados informais e a rede de cuidados formais

nos parece merecedora de atenção. Importa, no entanto, ter bem presente que tal análise não pode produzir resultados válidos se não integrar o trabalho necessário para não ceder ao senso comum. A complexidade das relações familiares é, hoje, tão grande que importa resistir à tentação de juízos de valor que levam a opor linearmente os cuidados familiares, pautados pelo afecto e a solicitude, aos cuidados prestados por instituições e profissionais especializados que obedeceriam fatalmente a uma lógica societal predominantemente funcionalista e desprovida de compreensão e escuta sensível de quem recebe os cuidados. Ora se a realidade fosse assim tão contrastada e simples, como explicar que certos indivíduos possam tirar maior satisfação e bem-estar do facto de se socorrer de uma ajuda profissional, remunerada por si próprios ou por via de transferências sociais, do que de depender da sua rede familiar?

Se pensarmos nalgumas características da evolução das instituições e relações familiares, sobretudo nos países mais industrializados do Norte da Europa, será possível encontrar alguns elementos de respostas a esta questão. Com efeito, certos sociólogos da família²² sublinham que uma das grandes mudanças nos últimos 30 ou 40 anos na esfera familiar passa pela reorganização das relações familiares em torno das trocas afectivas e da busca da satisfação individual neste plano. Os laços familiares tornaram-se mais frágeis e efémeros, uma vez que a manutenção da relação conjugal vale somente enquanto é fonte de realização afectiva para cada um dos membros do casal. As trocas dependentes de relações de interesse económico, fundadas na regra moral da dedicação afectuosa ou do altruísmo incondicional da mulher deixam de se verificar com a mesma regularidade do que anteriormente. Neste contexto, as trocas de serviços domésticos tendem a ser desvalorizadas e deixam de ser encaradas como obrigação inquestionável. São os fluxos de afectos e sentimentos e não os de serviços e bens que contribuem para perpetuar quer os laços de filiação quer os de participação electiva (laços conjugais e de amizade, laços com próximos escolhidos). Por via de consequência, o serviço prestado torna-se suspeito no plano relacional, não somente porque suscita sentimentos de dependência naquele que o recebe, mas também porque gera dúvida no indivíduo que o presta: será amado por si ou pelos serviços que presta? Se é certo que, mesmo nos

²² Designadamente F. de Singly in: *Le Soi, le couple et la famille*, Éditions Nathan, Paris, 1996 e *Être soi parmi les autres, Être soi d'un âge à l'autre*, Famille et individualisation, tomes 1 et 2, L'Harmattan, 2001.

países do Norte, estas evoluções variam consoante os meios sociais, não é menos verdade que se assiste, como refere F. de Singly, a um declínio do valor da dedicação e ao enfraquecimento das trocas de serviços no seio da família. Nos Estados- Unidos, por exemplo, um certo número de estudos revelou que a satisfação das pessoas ajudadas não está correlacionada com a importância da ajuda recebida. Pelo contrário, os mais ajudados são por vezes os mais insatisfeitos, precisamente porque a amplitude do apoio torna-se sinónima de dependência. O facto de recorrer à aquisição de serviços no mercado apresenta, nestes contextos fortemente marcados pela individualização e a ilusão, como diz Norbert Elias, do indivíduo auto-suficiente, do *homo clausus* (La solitude des mourants, p. 71), a vantagem de libertar o indivíduo da dívida contraída. Numa relação mercantil, sabe-se o que se deve, paga-se e não há laço de dependência. Por outro lado, libertando os próximos da prestação de serviços, tem-se a ilusão que entre o idoso e os seus familiares fluirão melhor os sentimentos e o afecto.

Qualquer que seja a tendência socio-cultural dominante – a de privilegiar o recurso a instituições e profissionais prestadores de serviços a fim de não criar uma dependência susceptível de comprometer os laços afectivos ou a que consiste, pelo contrário, em considerar que as relações profissionais de ajuda são dificilmente compatíveis com o conteúdo afectivo e a proximidade relacional que envolve o “caring”²³ – o que se impõe, num grande número de sociedades, é a combinação, inevitável e/ou desejável, entre os dois modos de prestar cuidados aos idosos. Note-se, todavia, que, segundo José São José (2012), Portugal é geralmente classificado entre os países onde vigora um “familiarismo implícito”, isto é por um sistema em que a oferta de serviços sociais é baixa, a prestação de cuidados é pouco regulamentada em termos profissionais e relativamente baixas as prestações sociais destinadas a compensar os custos do cuidar, quer estas sejam directas (complemento por dependência de 1º e 2º grau)²⁴ ou indirectas

²³ Na língua inglesa, care e caring não são rigorosamente sinónimos. A expressão *care* muda de significado consoante lhe é associada a preposição about or for. Care about remete para o cuidar protector da mãe, para a sua ternura e amor. Care for prende-se mais com a ideia do apoio a prestar, transparecendo a noção de esforço e encargo. Caring aplica-se mais aos cuidados informais, com a marca dos afectos, enquanto o care aplica-se mais às intervenções de agentes profissionalizados, no campo da saúde ou do social.

²⁴ O valor do Complemento de dependência de 1º grau oscila entre os 91,05€ e os 101,17€ consoante a natureza da pensão; o valor do Complemento de 2º grau entre os 171,99€ e 182,11€ mas é importante notar que o acesso ao complemento de dependência de 1º grau é reservado aos pensionistas com pensões de reforma até 600€.

(por via das instituições particulares de solidariedade social com acordos de cooperação com a Segurança Social)²⁵.

Embora os dispositivos destinados a gerir a velhice nas sociedades actuais se multipliquem – lares, residências ou alojamentos adaptados, centros de noite, centros de dia e de convívio, serviços de apoio domiciliário no campo da saúde, no da realização das tarefas da vida quotidiana e da conservação da vida relacional²⁶ - as interrogações a respeito do seu potencial para garantir a integração social dos indivíduos cujo estado de saúde é fragilizado pelo avançar da idade persistem. E é na base destas interrogações, bem como na das preocupações em matéria de sustentabilidade das políticas públicas que se desenvolveram estudos destinados a apreciar as consequências das intervenções formais sobre os grupos primários e as suas formas de solidariedade.

3.2 O estudo da interação entre cuidados informais e cuidados institucionais em situações concretas

Assim, Franca Armi, Edith Guilley e Christian Lalive d'Epina referem num artigo de 2008²⁷, precisamente intitulado *The interface between formal and informal support in advanced old*, que, desde a década de oitenta, vários estudos procuraram analisar a relação entre a rede de suporte formal e a de suporte informal, com o objectivo de descrever do modo mais objectivo possível o interface entre serviços formais e informais²⁸ (cf. Davey & Patsios 1999; Travis 1995; Vezina & Membrado 2005). A partir destes estudos foram delimitados diversos modos de articulação entre cuidados formais e informais: os modelos da substituição, da complementaridade e da suplementação. O primeiro tipo de articulação supõe que a introdução de serviços

²⁵ Para o biénio de 2015-2016, a comparticipação do Estado para as IPSS que promovem SAD é de 246,46€ por mês e por utilizador de SA.

²⁶ Em Portugal, estes últimos, prioritariamente voltados para a manutenção de encontros interpessoais e da relação com lugares significativos para os idosos (geralmente reunidos sob o intitulado “acompanhamento ao exterior da residência” para, por exemplo, ir à missa, ao cemitério, fazer compras ou realizar visitas a familiares e/ou amigos), são oferecidos por organizações privadas que intervêm numa lógica puramente mercantil. Sendo organizações do sector privado lucrativo, os custos dos serviços são consideravelmente mais elevados e, portanto, reservados a uma minoria de idosos com poder económico para os adquirir. Como se constata em diversos contextos sociais, as organizações ditas de economia social ou de terceiro sector privilegiam, regra geral, a prestação de serviços que se prendem com os cuidados do corpo e da habitação.

²⁷ Publicado in: *Journal of Ageing and Later Life*, 2008 3(1): 5_19.

²⁸ Os autores citam em particular os estudos de Davey & Patsios 1999; Travis 1995; Vezina & Membrado 2005.

formais provoque a substituição, em proporção maior ou menor, consoante os casos, dos cuidados prestados no quadro da rede informal. Implica, pois, que a introdução dos serviços formais se faça em detrimento dos cuidados anteriormente prestados pelos membros da rede informal. Dito ainda de outro modo, o aumento dos cuidados formais é acompanhado pela diminuição dos informais.

De acordo com esta lógica de substituição, a introdução de serviços formais tende a fazer com que os parentes e amigos passem a restringir os esforços que, até então, desenvolviam para cuidar do idoso e a reduzir o seu sentimento de responsabilidade pela protecção do idoso. A prestação de cuidados formais traria, pois, consigo o risco de uma deterioração da solidariedade e dos cuidados familiares. Este primeiro modo de articulação não representa, todavia, a única possibilidade. Não é fatal que a introdução de serviços formais induza uma quebra no volume dos cuidados assumidos pelos membros da rede de suporte informal do idoso. Daí que, a partir das observações levadas a cabo no terreno, tenham sido elaborados dois outros “modelos”: o da complementaridade e o da suplementação. Estes dois modelos distinguem-se graças à objectivação das tarefas realizadas pelos membros das duas redes. O modelo da complementaridade implica que cuidadores da rede familiar ou de amigos/vizinhos e profissionais especializados no tratamento dos idosos realizem as mesmas tarefas. Por exemplo, a higiene parcial do idoso (entendendo por esta expressão a muda de fraldas) é efectuada por um profissional de manhã e à tarde e à noite por um familiar. O mesmo pode acontecer com a alimentação (quer a sua preparação, quer o apoio prestado para a sua ingestão) que é da responsabilidade da organização especializada durante os dias da semana, passando a ser assegurada no fim-de-semana por familiares ou vizinhos. Por sua vez, o modelo de suplementação envolve uma divisão do trabalho algo mais complexa na medida em que certas tarefas são prestadas por elementos das duas redes enquanto outras são especificamente realizadas por cuidadores pertencendo a uma das redes. A título de exemplo desta terceira possibilidade, podemos citar situações em que os dois tipos de cuidadores assumem, em momentos distintos, os cuidados de higiene parcial, de alimentação e apoio à mobilidade do idoso mas em que a higiene geral do idoso é, por regra, confiada a um cuidador especializado. Ou, ainda, em que os familiares ou outros próximos, membros da rede informal, asseguram em exclusividade

o acompanhamento às consultas médicas, a realização de compras ou de pagamentos e outros actos administrativos.

A questão de fundo que estes estudos procuram elucidar é a de saber se a introdução de instituições e profissionais especializados num sector de cuidados que, anteriormente, era plenamente assumido no quadro das solidariedades primárias (essencialmente familiares) amplia os recursos disponíveis para acompanhar a vida dos idosos ou, pelo contrário, cria o risco de se verificar uma desimplicação dos mais próximos. Dito de modo mais directo, enriquece ou, pelo contrário, empobrece as oportunidades de relacionamento do idoso e, por esta via, de este se sentir reconhecido e protegido numa altura em que o avançar da idade o torna mais frágil? Cria oportunidades de prevenir o risco de morte social quando o “território das deambulações” (para retomar uma expressão de C. Lalive d’Epinay – 2003) fica mais reduzido ou, pelo contrário, amplia o risco de o idoso fragilizado ou dependente sentir-se quase reduzido à condição de encargo para outros?

Esta questão nos parece tanto mais pertinente quanto os estudos desenvolvidos acerca da relação entre cuidados formais e informais suscitam uma outra questão relevante: a de saber a quem é que o idoso tende a recorrer quando, tendo que integrar limitações na realização de actividades usuais do quotidiano, precisa da ajuda de outrem. Para responder a esta pergunta, prestou-se particular atenção ao modo como o idoso hierarquiza as suas preferências em matéria de assistência. Em numerosos estudos, que deram origem ao que foi intitulado, o modelo de “compensação hierárquica”, verificou-se que os idosos que necessitam de apoio têm mais probabilidade de recorrer em primeiro lugar aos cônjuges, a seguir aos filhos adultos, depois a outros parentes e a amigos e finalmente aos serviços formais. Estes últimos desempenham geralmente um papel somente quando nenhum elemento da rede informal está disponível (Cantor, 1979, citado por Armi et al.), por falta de disponibilidade de tempo ou, como acontece frequentemente com o cônjuge, por incapacidade funcional.

A particularidade do trabalho desenvolvido por Armi et al. é de ter integrado a dimensão do tempo graças a um estudo longitudinal. Com efeito, muitos dos estudos efectuados sobre a articulação entre cuidados formais e informais são transversais²⁹. Este tipo de estudo fornece muitas informações a respeito das diferenças na utilização

²⁹ É o caso dos de Davey & Patsios 1999; Penning 2002; Sundström et al. 2006, citados por Armi et al.

dos serviços entre os indivíduos mas os dados longitudinais apresentam a vantagem de lançar uma luz mais precisa sobre os efeitos das mudanças que a rede formal provoca no volume do suporte social informal. Além, disto, os autores do artigo acima referido, sublinham que o estudo longitudinal afigura-se particularmente elucidativo no caso de uma população idosa “mais velha”, uma vez que se trata de pessoas que, com o avançar da idade, são susceptíveis de necessitar de maior assistência em matéria de cuidados pessoais. Em consequência, os casos de substituição poderão, segundo os autores, ser mais frequentes numa população muito idosa em que os cuidadores da mesma idade são igualmente velhos e têm probabilidade de ter já assumido o papel de cuidador há muito tempo.

O propósito de Armi et al. foi, pois, investigar a interacção entre cuidados formais e informais num contexto de crescente necessidade de cuidados e de diminuição do número de potenciais cuidadores informais, no seio de uma população de octogenários suíços, observada durante 10 anos³⁰. Por outras palavras, quiseram entender como evoluía a ajuda prestada no seio das redes informais quando a utilização de serviços formais aumentava, testando três hipóteses principais: a da complementaridade, segundo a qual o aumento do suporte formal estaria associado a um aumento ou uma estabilização do suporte informal; a da substituição que envolve uma modificação do papel da rede informal, já que o aumento do suporte formal está associado a um relativo declínio do apoio informal e a da substituição radical que supõe que o aumento do suporte formal está associado ao desaparecimento do apoio informal. Os investigadores renunciaram a testar a hipótese da suplementação, não recolhendo informações acerca de quem prestava a ajuda em cada uma das tarefas consideradas. No estudo a que nos

³⁰ The Swiss Interdisciplinary Longitudinal Study on the Oldest Old (SWILSOO) is a study covering the fields of sociology, social medicine, social and cognitive psychology, and econometrics (e.g. Guilley et al. 2005). The initial sample comprised 340 community-dwelling persons aged between 80 and 84 years. Participants were randomly selected from the lists of octogenarians of the State Offices of Population living in the canton of Geneva (an urban area) and in the central Valais (a semi-rural area) in Switzerland. The sampling frame was stratified at baseline by geographical area and gender. Participants were interviewed up to nine times (i.e. nine waves) on an approximately yearly basis (every 12 or 18 months) over a period of ten years (from 1994 to 2004). Analyses were limited to the 323 participants who provided sufficient data for computation (see Table 1 for the number of participants at each wave). The octogenarians answered a trained interviewer, either in person or, if unable to do so, through a proxy (the proportion of proxy reports ranged from 8.7 to 26.2% in the course of the study period). After the ten-year period, there were 59 (18.3%) surviving participants (of whom 45 were still community-dwellers) and 37 (11.4%) surviving dropouts, while 227 (70.3%) of the original participants had died.

referimos, o suporte informal foi definido como a ajuda recebida por parte de membros da família e de amigos e/ou conhecidos, excluindo a ajuda recebida por parte de membros do grupo doméstico. Seis tipos de ajuda foram retidos: Realização das tarefas domésticas; Trazer ou preparar refeições; Fazer compras; Fazer pequenas reparações e jardinagem; Ajudar a tratar de questões administrativas, ir ao banco, levantar o vale da reforma; Ajudar na realização da higiene pessoal. A frequência era avaliada por via de uma escala de 4 níveis: “nunca”, “raramente”, “às vezes” e “muitas vezes”. No que respeita à rede formal, assegurada por profissionais remunerados, seis tipos de serviços foram considerados: cuidados de enfermagem; ajuda por parte de um ajudante familiar (que realiza tarefas quotidianas tais como limpeza/arrumação da casa, lavagem da roupa, compras, preparação das refeições e visitas ao médico); aconselhamento por um trabalhador social (por exemplo, ajuda para cumprir formalidades, preencher documentos, fazer apelo à ajuda de outras organizações; gerir o dinheiro); refeições trazidas no domicílio; recurso a um centro de dia ou centros de voluntariado; ajuda por parte de uma associação³¹. A frequência de recepção de cada tipo de ajuda foi medida através de uma escala com os valores “nunca”, “raramente”, “de mês a mês”, “de quinze em quinze dias”, “uma vez por semana”, “todos os dias”. A partir destas perguntas foram construídas pontuações de frequência para cada uma das três redes (de familiares, de amigos e formal) na base das médias das diversas respostas dadas. As pontuações médias dos membros da família e dos amigos e /ou conhecidos foram fundidas a fim de obter uma pontuação para os serviços informais. Antes de analisar a interacção entre cuidados formais e informais, os investigadores procuraram controlar a possível intervenção de outras variáveis, designadamente socio-demográficas (idade, género³², área geográfica urbana ou semi-rural³³) e de estatuto socioeconómico³⁴, a composição

³¹ ... Os serviços mais utilizados foram os dos ajudantes familiares e os cuidados de enfermagem.

³² Verificou-se que, independentemente das suas condições de vida, as mulheres podiam contar com mais cuidados informais.

³³ As pessoas que viviam em área semi-rural recebiam mais serviços informais do que os habitantes das cidades. Claro que num contexto sociocultural semi-rural, “estar juntos” tende a implicar a partilha das tarefas domésticas e a troca de serviços, enquanto num contexto urbano implica mais a partilha de actividades de lazer

³⁴ O estatuto socioeconómico foi avaliado a partir de uma variável compósita: nível de instrução, rendimento e categorias profissionais que levou a diferenciar três grandes categorias: classes trabalhadora, média e superior. Os resultados mostraram que as pessoas que viviam numa área urbana e pertenciam a grupos socio-económicos médios e superiores recebiam menos serviços informais.

da rede informal e de co-residência³⁵ e, finalmente o que definiram como factores de necessidades, avaliados através da escala de três estatutos de saúde acima já referidos anteriormente: dependente, independente fragilizado ou frágil e independente robusto ou independente³⁶.

Antes de analisar a relação entre as duas redes, os investigadores avaliaram a evolução da necessidade de cuidados e da composição da rede informal ao longo do período em que se realizou o estudo. Só, posteriormente procuraram elucidar se as articulações entre rede formal e informal eram do tipo da substituição ou da complementaridade.

O principal resultado a que os investigadores chegaram no que toca à interacção entre rede formal e informal era que, em média, a quantidade de serviços informais crescia de acordo com a frequência crescente de ajuda formal, reforçando, assim, o peso do modelo da complementaridade. Para os participantes mais velhos e dependentes, a relação entre redes formal e informal permanecia positiva mas era menos acentuada. Uma maior utilização dos serviços formais era associada com um aumento do cuidado informal em 47% dos entrevistados, com uma intensidade constante do cuidado formal em 25,4%, com menos cuidado informal em 21,2% das entrevistas (substituição) e com a cessação dos serviços informais somente em 6,4% das entrevistas (substituição radical). As duas redes eram, pois, complementares em 72,4% das entrevistas e a rede formal substituíra (radicalmente ou na modalidade de ajustamento) a rede informal em 27,6% das entrevistas. Os investigadores verificaram, pois, que o suporte formal e informal eram, em geral, positivamente relacionados, o que comprova a relação de complementaridade e confirma os resultados de estudos anteriores realizados junto de idosos mais novos. Os autores concluem, pois, que não haveria fundamento (pelo menos, na Suíça) ao receio de que a introdução de serviços formais limitasse a disponibilidade dos parentes e amigos para prestar ajuda a idosos cuja saúde é

³⁵ Embora o estudo tenha incidido sobre os serviços prestados por cuidadores que não co-residem com o idoso, a composição do grupo doméstico (viver ou não com um co-residente) foi considerada como uma variável de controlo na análise da interacção entre cuidados formais e informais. Os investigadores concluíram que o facto de haver um ou mais descendentes aumenta substancialmente a frequência dos serviços informais. E ainda que as pessoas que viviam com um co-habitante – que, quando estava presente, era muitas vezes o principal cuidador – recebiam menos serviços por parte de outros cuidadores. A composição da rede informal foi avaliada através de perguntas normalizadas a cerca da existência de irmãos vivos, descendentes (filhos, netos e bisnetos) e amigos próximos.

³⁶ Os participantes dependentes recebiam mais serviços informais do que os frágeis, sendo que estes recebiam uma quantidade de serviços similares aos recebidos pelos independentes. Considerada uma frequência fixa de cuidado formal, a frequência da ajuda oferecida pela rede informal era a mesma para os independentes e os frágeis.

fragilizada pelo avançar da idade. Considerando ainda os casos de ajustamento, ou seja de redução dos serviços informais, os investigadores avançaram uma possível explicação: eram situações em que um parente idoso se tornou severamente incapacitado, passando a necessitar de ser substituído por um cuidador profissional. Os membros da rede informal tendiam, pois, a continuar a cuidar dos idosos enquanto eram capazes de o fazer, com o contributo da rede formal que proporcionava as qualificações profissionais que se tornaram necessárias (Armi et al. 2007). A introdução dos cuidados formais contribuía, então, para aliviar a tarefa dos cuidadores informais ou para os redireccionar para outras formas de cuidado.

Quanto aos casos de substituição radical, pareciam ocorrer por dois tipos de motivos. O primeiro tipo prendia-se com uma certa desimplicação dos cuidadores informais, susceptível de acontecer quando a ajuda prestada se tornava demasiadamente pesada. Todavia, os resultados de uma investigação anterior indicaram que a desimplicação dos cuidadores ocorria raramente (e.g. Garant & Bolduc 1990): mesmo após a institucionalização de um parente dependente as famílias continuavam a providenciar um alto nível de ajuda (Cavalli 2002). O segundo motivo remeteria para situações em que o cuidador morreu ou teve sérios problemas de saúde.

Apesar de salientar as principais forças deste estudo (desenho longitudinal com o seguimento regular ao longo de 10 anos de pessoas muito idosas que apresentavam estatutos de saúde largamente diferenciados), os investigadores reconhecem que uma das suas limitações é a ausência de informação sobre os serviços providenciados pelo(s) co-habitante(s) que é(são) susceptível(eis) de ser o(s) principal(ais) cuidador(es) familiar(es). É uma condicionante que tentamos integrar no estudo empírico que desenvolvemos, como mais adiante explicaremos.

Sem negar o particular interesse de uma análise extensiva e quantitativa das relações entre suporte formal e informal, as condições de que dispúnhamos nos levaram a dar relevo a outro estudo sobre este mesmo tema, desta vez desenvolvido numa perspectiva qualitativa e no contexto da Suécia. Constatando que o conhecimento da importância das redes de apoio informal a pessoas idosas que recebem cuidados formais ainda era escasso, A. Dunér e M. Nordström (2007) pretenderam elucidar não somente o impacto da recepção de cuidados formais na estrutura das redes de apoio informal, como a importância do suporte informal, clarificando, designadamente, as suas funções

específicas. Tinham como pano de fundo deste estudo, a ideia, presente na literatura sobre a relação entre cuidados formais e informais, de que a prestação de cuidados formais trazia consigo o risco de uma deterioração da solidariedade e dos cuidados familiares. Um dos motivos que os levaram a interrogar-se acerca das relações entre os dois tipos de cuidados foi precisamente a evolução observável na Suécia – e já acima por nós referida – de um período de forte compromisso público para com os cuidados a prestar aos mais velhos (na década de 80), que tendia a desvalorizar a importância das redes sociais informais, para o relativo declínio do cuidado formal e o aumento da prestação de cuidados por parte dos familiares dos idosos. Por outro lado, confrontaram-se com interpretações relativamente contraditórias entre investigadores que sustentavam a tese da complementaridade – o apoio profissional não provocaria uma diminuição dos cuidados informais – e outros estudiosos que recolhiam evidências apontando para a tese da substituição, sem falar das observações que conduziam à tese da “substituição inversa”.

Decidiram, pois, centrar a sua reflexão e observação sobre as experiências de idosos receptores de serviços profissionalizados de modo a compreender quais eram os contributos dos cuidadores formais, num contexto sociocultural caracterizado pela coexistência da solidariedade com o desenvolvimento de conflitos inter-pessoais, o mesmo é dizer, caracterizado pela ambivalência nas relações intergeracionais. O geral enfraquecimento do estado forte de consciência colectiva, que, segundo Durkheim, levava os indivíduos a interiorizar o sentido das obrigações mútuas entre os membros das diversas gerações no seio da família, faz com que as obrigações sejam, hoje, bem menos definidas e que se torne necessária uma contínua negociação dos modos de assumir os cuidados aos mais velhos no quadro dos grupos primários. Além disso, no contexto dos países nórdicos, várias pesquisas já tinham mostrado que as pessoas mais velhas a precisar de ajuda na sua vida quotidiana usavam tanto as fontes formais como as informais, de modo a conseguir manter um maior controlo sobre a sua situação e a reduzir os sentimentos de dependência.

Os idosos que constituem o universo do estudo qualitativo que estamos a referir (num total de 22 indivíduos, 15 mulheres e 7 homens) eram todos utilizadores de serviços formais. Tinham idades compreendidas entre os 67 e os 98 anos, sendo que cinco tinham mais de 90 anos, 13 entre 70 e 90 anos de idade e quatro idades inferiores aos 70

anos. A maioria tinha sido diagnosticada com doenças como o cancro ou acidentes vasculares cerebrais, pelo que necessitavam de cuidados de saúde formal. A sua pertença de classe era relativamente homogénea, tendo sido anteriormente proprietários de pequenas empresas, trabalhadores de colarinho azul ou trabalhadores de colarinho branco de nível mais baixo (empregados executantes). A maioria dos entrevistados vivia em suas casas há longos anos, embora alguns haviam mudado para apartamentos mais adaptados ao seu estado de saúde e outros se tinham candidatado para entrar num lar de idosos. As entrevistas permitiram construir uma representação das redes informais destes recetores de serviços profissionalizados em função das seguintes dimensões: o número de prestadores de serviços formais e informais (a sua estrutura, na terminologia dos autores); a frequência e a duração das interações com os cuidadores informais e a existência, ou não, de reciprocidade nas trocas³⁷; e, finalmente, as funções da rede informal, tendo em conta duas categorias de suporte: o suporte prático que se prende essencialmente com a realização das tarefas domésticas, diárias ou mais episódicas (como pequenas reparações ou jardinagem)³⁸ e o emocional.

A reconstrução das redes de apoio de que os idosos dispunham foi elaborado a partir do lançamento de uma série de perguntas destinadas a identificar não somente a diversidade das pessoas a que recorriam quando precisavam de ajuda bem como as ajudas concretas que lhes eram prestadas. A análise de conteúdo das entrevistas conduziu a algumas conclusões (embora não generalizáveis dado o método seguido) acerca do apoio informal. As primeiras, relativas à *acessibilidade da rede e do apoio informais*, apontavam para a sua persistência. Com efeito, grande parte dos entrevistados declarou ter filhos ou outros parentes próximos (irmãos, sobrinhos e

³⁷ Os autores referem as noções de 'simetria e direcção dos laços' para determinar se existe ou não equilíbrio na interacção entre as pessoas no que diz respeito aos serviços prestados e, portanto, ao poder de uns em relação aos outros. A reciprocidade pode acontecer no presente, através de trocas mútuas de serviços ou pode ser referenciada ao passado, o que significa que o idoso que, hoje, recebe serviços de um familiar que ajudaram quando eram mais jovem e mais vigorosos. A interacção presente é, de certo modo, legitimada por uma espécie de nota de crédito, utilizada quando se revela necessária. Por outras palavras, os serviços prestados no passado fundamentam uma expectativa de reciprocidade; os idosos entrevistados relatavam que estavam a receber um favor, agora, muitos anos mais tarde, quando estavam a precisar do apoio dos outros.

³⁸ Os autores também constataram que os membros das redes informais dos idosos também forneciam serviços que consideravam como 'extras' nas suas vidas, isto é, coisas tidas como garantidas para a maioria das pessoas, mas tidas como um "luxo" por pessoas idosas dependentes que contam sobretudo com cuidados formais: acompanha-los às compras, para dar passeios no bairro ou fora da cidade. Outros tinham familiares ou amigos que cozinhavam as suas refeições favoritas ou bolos.

sobrinhas) a viver por perto (num raio de aproximadamente 10 a 20 quilómetros), embora reconhecesse que, quando se verificava, a distância geográfica entre o idoso e a sua família afetava a quantidade de encontros inter-pessoais e de ajudas prestadas.

Apesar de os idosos considerarem que o apoio informal tinha tendência a diminuir em virtude do envelhecimento e da morte de amigos, vizinhos e irmãos, apontavam para o desenvolvimento de relações com os novos vizinhos que substituíam os que faleciam ou tinham mudado de residência, mesmo quando estes pertenciam a outras gerações do que eles. Além disto, alguns dos entrevistados relataram que a sua situação de crescente dependência tinha provocado o crescimento da sua rede de apoio informal, bem como da parte formal da sua rede de suporte³⁹.

No que respeita à *duração e frequência das interações* no seio da rede informal, muitos dos inquiridos mais velhos referiram ter contacto diário com seus parentes ou amigos, especialmente com seus filhos ou sobrinhos ou sobrinhas. Embora nem sempre através de interações de face-a-face uma vez que, com alguma frequência, o relacionamento era mantido graças a conversas telefónicas, como modo de conservar uma certa intimidade apesar da distância geográfica. As visitas aos filhos cuja residência era afastada, por períodos mais ou menos longos, constituíam outro modo de conservar a relação de proximidade no seio da família. Muitos dos anciãos também falaram sobre o sentido de companheirismo e comunidade que decorria da proximidade com os vizinhos: encontravam-se com os seus vizinhos nos jardins ou nas escadarias e conversavam algum tempo com eles ou tiravam partido de outros lugares de encontro no bairro tais como pracetas ou cafés.

³⁹ O tamanho das redes de suporte variava entre 4 e 18 pessoas ou categorias de pessoas, uma vez que no quadro da rede formal cada tipo de profissional era contado uma só vez mesmo que, na prática, houvesse, ao longo da semana, dois ou mais profissionais a assumir a mesma função. O tamanho médio da rede foi de 7.1 pessoas (ou categorias de pessoas) e a moda de sete.

O tamanho da rede formal variava entre 1 e 12 pessoas ou categorias de pessoas, sendo que o tamanho médio era de 4.0 e a moda de 3. O tamanho da rede informal variava entre 1 e 6 pessoas ou categorias de pessoas, com uma média de 3.1 e 3 como moda. Doze dos entrevistados tinham redes de apoio com pessoas em três dos quatro sectores considerados, a saber: os cuidados de saúde; os cuidados sociais; os familiares; os amigos e vizinhos. As outras 10 redes comportavam pessoas nos quatro sectores. Todos os 22 participantes tinham pelo menos uma pessoa, um gestor dos cuidados, no sector de suporte social. Além disso, 21 também recebiam cuidados prestados por ajudantes domésticos, assistentes de cuidados em lares ou em residências de curta estadia ou pessoal de emergência do sector social. 20 dos participantes recebiam apoio de pelo menos uma categoria de profissional do sector dos cuidados de saúde. 20 dos entrevistados contavam com familiares nas suas redes de cuidados (15 filhos e 5 cônjuges). Outros parentes comumente citados eram sobrinhos e irmãos. 13 entrevistados tinham contacto com pelo menos um 'amigo ou vizinho', 7 com vizinhos e 9 com amigos que consideravam "importantes" para eles. Pelo menos 1/3 dos entrevistados recebiam apoio por parte de um ou mais amigos ou vizinhos.

Uma questão particularmente sensível a que muitos entrevistados aludiram a respeito das interações que mantêm com próximos é a da importância da reciprocidade entre o dar e o receber, da satisfação mútua que os membros da rede informal tiram do relacionamento. Muitos idosos procuravam garantir esta reciprocidade ou por via de compensações financeiras pelos serviços que lhes eram prestados, ou através da dádiva de bens, outros faziam-no por via da troca de pequenos serviços (tais como regar as plantas ou olhar pela casa do amigo). Outros, enfim, recebiam ajuda de pessoas que, anteriormente, tinham eles próprios ajudados, sendo os serviços prestados no passado que de certo modo permitiam manter uma relação de reciprocidade, na altura em que precisavam da ajuda de terceiros. Quer seja imediata, quer seja mantida no mais longo prazo, a reciprocidade afigurava-se como um meio de defender a dignidade dos idosos quando estes se encontravam numa situação de dependência.

Seria, todavia, simplista deduzir deste relativo equilíbrio relacional, relatado pelos entrevistados, que as interações no seio da rede de suporte informal estavam isentas de *tensões e conflitos*. As aspirações dos cuidadores e dos idosos não eram sempre coincidentes, designadamente no que tocava ao recurso a cuidados formais e vários idosos sentiam-se pressionados pelos seus próximos que acusavam de não reconhecer o seu direito à autodeterminação. Outros consideravam que, frequentemente, os seus familiares manifestavam uma preocupação excessiva a seu respeito e avaliavam mal a sua segurança e necessidades. As dificuldades do relacionamento familiar manifestavam-se ainda no sentimento, expresso por certos idosos, de não ser suficientemente ajudados pelos seus filhos ou netos. Enquanto uns manifestavam claramente a decepção provocada pelo facto de os filhos não corresponderem às suas expectativas em matéria de prestação de cuidados e de responsabilização pelos pais, outros expressavam a sua resistência em pedir-lhes apoio, salientando todos os obstáculos que a vida profissional e quotidiana erguia e manifestando um certo receio de poderem ser vistos pelos filhos como intrusos ou como incómodo. O mesmo receio de perturbar a vida dos amigos e vizinhos inibia alguns dos entrevistados de os solicitar para responder a algumas das suas necessidades. Em todas estas circunstâncias em que existiam tensões, receios ou conflitos, as relações entre cuidadores formais e informais envolviam processos de negociação entre os diversos actores, sendo certo que os resultados destas negociações dependia do modo como os diversos actores em presença

concebiam as responsabilidades dos filhos em relação aos pais: no registo da norma social atemporal das obrigações mútuas entre as gerações ou no de compromissos inter-individuais, essencialmente fundados na satisfação que ambas as partes retiraram do relacionamento no passado e/ou experimentam no presente?

No que respeita às *funções da rede de suporte*, ressaltou da análise das entrevistas que muitos dos entrevistados recebiam apoio regular por parte dos membros de sua rede informal, podendo, até, este tipo de apoio substituir o que era acessível a partir dos serviços sociais. Este suporte informal contemplava sobretudo as tarefas domésticas e era prestado, em muitos destes casos, pelos filhos ou por parentes próximos, tais como nora e netos, por exemplo. Quando era assegurado por vizinhos ou amigos, o que era mais raro, dizia respeito à lavagem da roupa e a realização de compras para o dia-a-dia. Os recursos da rede informal eram às vezes mobilizados para responder a necessidades que não podiam ser satisfeitas através da prestação de cuidados formais: cuidar do jardim, realizar uma limpeza geral da casa, transportar objectos na altura de uma mudança de residência e outros “extras” que, embora facilmente garantidos para quem não sofre de limitações funcionais, apareciam como autênticos luxos para estes idosos, tais como acompanhá-los na realização de compras, levá-los a passear no bairro ou no campo, preparar os seus pratos favoritos, etc...

Outra função geralmente assumida por membros da rede informal de suporte era a coordenação dos diversos cuidadores, de modo a que o apoio formal e o informal se complementassem o mais possível, em particular no caso dos idosos que necessitavam de numerosos apoios. De facto, esta função de coordenação não era garantida no quadro dos cuidados formais e, até, o recurso a cuidadores informais era geralmente mediado por membros da rede informal, mais familiarizados com os procedimentos necessários para este efeito.

Os entrevistados apontaram ainda para diversas modalidades de suporte emocional por parte de familiares e amigos: pedidos de conselhos antes de os idosos tomarem a decisão de solicitar o apoio de cuidados formais, de ficar na sua própria casa ou de mudar de residência, incluindo a ida para uma instituição, ter a oportunidade, mais ou menos regular segundo os casos, de conversar com pessoas que já viveram algumas das “provas” do envelhecimento, tais como a perda de um cônjuge ou outro próximo, e de

assim tecer novos laços. Muitos dos entrevistados relataram que o facto de poder contar com alguém para os ajudarem a resolver problemas gerava um sentimento de segurança. Algumas das conclusões deste estudo contribuem para enriquecer as interrogações que norteiam a nossa própria reflexão. A primeira a destacar prende-se com a especial importância que os entrevistados, que recebiam, todos, ajudas formais, atribuíram ao suporte informal. No seio da rede informal, as relações de mais forte interconhecimento foram apontadas pelos entrevistados como aquelas que mais contribuía para que se sentissem pertencer e em segurança. Apesar do envelhecimento e das perdas que ocorrem nesta fase da vida, estas relações não se revelaram fatalmente condenadas a diminuir, sobretudo quando envolvem amigos e vizinhos. Os autores que temos vindo a citar verificaram que, ao longo do tempo, mudanças ocorriam relativamente aos membros da rede acessíveis e disponíveis e que estas mudanças podiam seguir diferentes direcções. Quando a família e os amigos desapareciam, certas redes tornavam-se menores, mas noutras novos contactos eram estabelecidos e contribuía para responder às necessidades dos idosos. Por exemplo, jovens vizinhos podiam tornar-se importantes para proporcionar um sentimento de segurança a pessoas idosas mais vulneráveis. Por outro lado, ainda, os investigadores tiveram a oportunidade de constatar que mesmo os conhecidos podiam tornar-se de vital importância e constituir recursos importantes, confirmando o fenómeno da "força dos laços fracos" observado e teorizado por Granovetter (1983).

Em suma, os resultados deste estudo mostraram que, apesar de acontecer em certas circunstâncias, a diminuição das redes sociais dos idosos não era a única evolução possível e que a ideia de uma solidão generalizada entre os idosos na sociedade moderna não retratava o conjunto da realidade. A evolução das redes de apoio informal é, pois, uma questão que merece ser investigada em situações concretas e não pode ser postulada a priori.

Outra conclusão a merecer toda a nossa atenção é que, no caso concreto em análise, o recurso a cuidados formais não diminuiu o nível de ajuda informal. As funções das redes informais de apoio tendiam a ajustar-se aos desejos dos mais velhos bem como à disponibilidade dos serviços e cuidados acessíveis aos idosos. Quando certos serviços formais eram fornecidos, os cuidadores informais podiam realizar tarefas complementares, proporcionando, assim, a cobertura de uma maior diversidade de

necessidades dos idosos. O que parece confirmar a tese da complementaridade e não da substituição, à semelhança do que os investigadores suíços acima referidos verificaram. Tal não impede, contudo, que o funcionamento da rede informal possa ser problemático, designadamente quando é perpassado por conflitos familiares e quando os recursos económicos dos idosos são restritos. Estas são duas circunstâncias que condicionam a prestação não apenas do cuidado informal mas também do cuidado formal aos idosos, concluíram os investigadores suecos.

Finalmente ressalta deste estudo qualitativo que a complementaridade entre rede formal e informal assume particular importância na medida em que permite que os indivíduos mantenham um sentido de autonomia na velhice, mesmo quando têm que depender da ajuda de outros.

Em Portugal, alguns estudos foram igualmente desenvolvidos em torno da relação entre cuidados formais e informais, no final da década de 1990⁴⁰ e mais recentemente por J. São José⁴¹ com a preocupação de ultrapassar o que considera como dicotomias redutoras entre processos de substituição e de complementaridade, entre cuidados formais e informais. Não pretende, pois, retirar à partida a hipótese de substituição e complementaridade poderem co-existir, por exemplo, quando a substituição dos cuidadores informais por profissionais, na realização das actividades básicas da vida diária, leva os primeiros a assumir a tarefa de supervisionar os cuidados prestados pelos profissionais e a investir mais fortemente no acompanhamento afectivo dos idosos e na manutenção da sua rede relacional. A investigação empírica que este autor levou a cabo durante vários anos em Lisboa procurou objectivar com mais rigor as complexas conexões entre os diferentes tipos de prestadores de cuidados, o que passou, nomeadamente, por procurar especificar não somente as tarefas concretas assumidas por uns e outros mas, igualmente, a sua duração e frequência. Para realmente captar as formas de divisão do trabalho entre os diversos tipos de cuidadores é necessário, com efeito, saber não somente a(s) tarefa(s) concreta(s) que cada um realiza, bem como a

⁴⁰ Por Ana Paula, Martins Gil, no quadro de uma tese de Mestrado em Sociologia da Família e População pela Universidade de Évora (1998), intitulada “Solidariedades Intergeracionais e Instituições de Velhice”, que deu igualmente origem a um artigo sobre o tema das “Redes de Solidariedade Intergeracionais na Velhice”, in: *Cadernos de Política Social – Redes e Políticas de Solidariedade – Globalização e Política Social*, Associação Portuguesa de Segurança Social”, nº 1, Junho de 1999.

⁴¹ José São José 2012.

quantidade de tempo afecto a cada uma⁴². O investigador procurou, ainda, captar os significados que os cuidadores atribuíam à divisão do trabalho implementada, partindo precisamente do pressuposto de que a prestação de cuidados é uma forma de trabalho que se desenvolve em determinadas condições e que tem determinados tipos de custos.

A estas três dimensões de análise o referido investigador acrescentou ainda outra, que se prende com os diversos modos socioeconómicos de provisão dos serviços: a família, o estado, o mercado e o terceiro sector ou sector privado não lucrativo. Esta é para nós menos significativo uma vez que a nossa observação empírica se desenrolou unicamente entre os utilizadores de um serviço de apoio domiciliário do terceiro sector.

Por via da análise que desenvolveu, J. São José propõe, ainda, uma classificação dos cuidados em torno de 5 grandes categorias que reagrupam os diversos tipos de cuidados de modo um pouco diferente do que a categorização utilizada pelos investigadores suíços acima referidos. Enquanto estes apenas distinguem duas grandes dimensões de suporte – os serviços prestados aos idosos e os encontros inter-pessoais⁴³ – o investigador português diferencia a) os cuidados no domínio das *atividades da vida diária* (AVD), como por exemplo dar banho, vestir e despir, fazer a higiene pessoal, dar a comida e a bebida, ajudar a andar, e ajudar a levantar e a sentar; b) os cuidados no domínio das *atividades instrumentais da vida diária* (AIVD), tais como transportar, fazer as compras, fazer a limpeza doméstica, comprar os medicamentos e controlar a toma da medicação e tratar de assuntos burocráticos; c) o *apoio socioemocional*, incluindo ouvir, proporcionar actividades recreativas, socializar, e estimular as capacidades cognitivas; d) a *coordenação* que remete para o controlo da assiduidade e da pontualidade dos cuidadores, bem como da qualidade dos serviços prestados, e o planeamento de alterações nas soluções de prestação de cuidados; d) e os *cuidados holísticos*, que incluem a provisão de cuidados nos domínios das AVD e das AIVD, a provisão de apoio socioemocional e a provisão de níveis mínimos de coordenação.

⁴² Na investigação referida no artigo em análise, o autor recorreu a três categorias temporais: se três categorias temporais: número reduzido de horas (até 20 horas por semana); número elevado de horas (entre 20 e 40 horas por semana); e número muito elevado de horas (mais de 40 horas por semana) de modo a poder relacionar o tempo dedicado aos cuidados com um horário de trabalho semanal de 40 horas, enquanto horário predominante em Portugal.

⁴³ Integrando na primeira categoria, os seguintes serviços: Arrumar /limpar a casa; Levar ou preparar refeições; Fazer as compras do dia-a-dia; Fazer pequenas reparações e/ou jardinagem; Tratar da roupa; Ajudar a tratar de documentos (IRS ou outros); Acompanhar a uma consulta médica; Ficar com ele à noite; Ajudar a fazer a higiene pessoal. Os encontros interpessoais passavam por passear; conversar; partilhar refeições; ir juntos ao café; passar as festas de Natal, Páscoa, aniversário ...

O estudo qualitativo que implementou na área de Lisboa envolveu a realização de entrevistas semiestruturadas destinadas a captar as trajetórias de cuidar realizadas por 41 cuidadores familiares e a propor uma tipologia de cinco formas de divisão dos cuidados. Os “cuidados familiares tradicionais modificados” são prestados por cuidadores que não possuem recursos financeiros suficientes para poderem aceder à prestação de cuidados no mercado (formal ou informal). Neste caso, os cuidadores não familiares intervêm somente durante curtos períodos de tempo no dia, pertencem geralmente a organizações do terceiro sector e centram-se mais nos cuidados de higiene e na entrega de refeições, uma prestação que não represente mais do que 30 minutos por dia, ou seja, menos de 3 horas por semana, já que a sua intervenção ocorre, na maioria dos casos, da 2^a até à 6^a. Os cuidadores familiares geralmente coabitam com a pessoa idosa e prestam uma diversidade de serviços ou cuidados, incluindo o suporte emocional e tarefas de coordenação. O que os distanciam dos cuidadores “tradicionais” é que, na sua maioria, têm um emprego a tempo inteiro e, por isso mesmo, contam com o apoio, ainda que reduzido, dos cuidadores não familiares. Consideram, pois, que são eles os principais cuidadores dos idosos.

Os “*cuidados familiares emocionais complementados*” são prestados por cuidadores que, geralmente, vivem com idosos que não precisam de cuidados no domínio das actividades básicas da vida diária mas sim no das actividades instrumentais da vida diária, completados por algum apoio emocional. Os cuidadores também têm uma actividade profissional a tempo inteiro e remunerações acima da média. Prestam essencialmente um suporte emocional que ocupa um elevado número de horas por semana, uma vez que se inscreve no quadro da coabitação com a pessoa idosa, enquanto os cuidados em termos de actividades instrumentais da vida diária dependem mais de cuidadores não familiares⁴⁴ que são sobretudo empregadas domésticas operando no mercado informal.

Os “*cuidados familiares instrumentais complementados*” são prestados a idosos que têm necessidade de apoio para a realização quer das AVD (higiene corporal e mobilidade física), quer das AIVD. São dirigidos essencialmente a mulheres, viúvas, e prestados por familiares que não coabitam com os idosos, embora residindo não muito

⁴⁴ Estes dedicam menos de 20 horas por semana ao tratamento da roupa dos idosos e na limpeza dos seus quartos.

longe da casa dos idosos. Estes cuidadores familiares igualmente trabalham a tempo inteiro, os seus montantes de salário são relativamente desiguais e dedicam pouco tempo semanal aos cuidados, intervindo sobretudo em matéria de transporte, compras diárias, compra de medicamentos e tarefas burocráticas, enquanto os cuidados no domínio das AVD são prestados pelo serviço de apoio domiciliário de uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), com uma média de 30 minutos por dia.

Os *cuidados mercantis* dirigem-se a pessoas idosas com uma elevada necessidade de cuidados, desde logo porque estão, em muitos casos, acamadas ou com grandes dificuldades de mobilidade física. Os cuidados de que necessitam envolvem um elevado número de horas por semana, sendo que, regra geral, os cuidadores familiares não residem com elas. Estes têm uma ocupação profissional a tempo inteiro e rendimentos claramente acima da média, o que torna possível uma total delegação dos cuidados necessários para a realização das actividades da vida diária. O papel dos familiares limita-se ao da coordenação ou supervisão dos cuidados prestados pelos não familiares, o que requer uma deslocação diária à casa dos idosos.

“Os *cuidados mercantis «familiarizados»* são prestados a pessoas acamadas, viúvas e residentes com os cuidadores familiares. Têm a particularidade de requerer cuidados permanentes, de dia como de noite e todos os dias da semana. Idosos e cuidadores familiares usufruem de elevados recursos financeiros, o que lhes permite ter o apoio de um cuidador não familiar que, frequentemente reside na habitação da pessoa idosa, daí o termo “cuidados mercantis familiarizados”. Estes cuidadores não familiares são pagos mas muito entrosados no quotidiano dos idosos e seus familiares, realizando, tal como o cuidador familiar, uma pluralidade de tarefas. Os papéis de uns e outros são relativamente semelhantes, sendo que o cuidador não familiar é geralmente uma mulher que exerce esta actividade no mercado informal. A presença desta empregada de dia e de noite permite a conciliação entre o papel de cuidador familiar e a vida profissional, num caso, enquanto no outro possibilita que o filho delega as tarefas de higiene pessoal a uma mulher que usufrui de maior aceitação da idosa.

O que de mais importante o autor quis demonstrar é que existe uma pluralidade de formas de divisão dos cuidados entre cuidadores familiares e não familiares e que estas vão bem para além da oposição entre substituição e complementaridade. A título de exemplo, verificou que um forte envolvimento de cuidadores não familiares na

prestação de cuidados (como é o caso nas categorias dos “cuidados mercantis” e dos “cuidados mercantis familiarizados”) não implica, necessariamente, a substituição dos cuidadores familiares (no sentido de informais) pelos não familiares (ou formais). O autor reconhece que os cuidadores não familiares substituem os cuidadores familiares na prestação de cuidados no domínio das AVD, mas isto não impede que estes continuem a ser responsáveis pelo bem-estar das pessoas idosas, dedicando um tempo significativo por semana a tarefas de coordenação/supervisão. Os cuidadores familiares continuam, pois, no “campo dos cuidados”, embora não estejam na “linha da frente” e, por conseguinte, o autor não considera defensável afirmar que esta forma de divisão dos cuidados se baseia na “substituição” em vez da “complementaridade”.

Das conclusões do autor também ressalta que dois outros factores muito influenciam os modos de repartição dos cuidados entre cuidadores familiares e não familiares: os recursos financeiros disponíveis e a coabitação, ou não, de familiares com as pessoas idosas. Quanto maiores os recursos financeiros disponíveis mais a distribuição dos cuidados entre uns e outros são complexas ou “ricas” na terminologia do autor. Quanto mais limitados estes recursos, maior a probabilidade de o recurso a cuidadores profissionais ser limitado no tempo, ainda que tal signifique longos períodos de tempo em que os idosos permanecem sozinhos na sua casa. Esta regularidade faz com que, em muitos casos, o agravamento do estado de dependência conduza ao internamento em lar. Ainda segundo o autor, este é um problema bem específico da sociedade portuguesa, de acordo com investigações que, à semelhança da que apresenta no artigo em análise, mostram que, nos meios sociais mais desprovidos de recursos económicos, o acesso a cuidadores no domicílio não está garantido mas, além disto, que a chamada “sociedade-providência” não tem capacidade para compensar a insuficiente intervenção do Estado-Providência⁴⁵. No que respeita ao impacto da coabitação na prestação de cuidados, o autor conclui que influencia quer as tarefas, quer o número de horas que os cuidadores familiares lhes alocam, reconhecendo, contudo, que este é um tema que merece maiores aprofundamentos em matéria de investigação.

⁴⁵ O autor refere, em particular, o trabalho de Wall, Karin, Sofia Aboim, Vanessa Cunha, e Pedro Vasconcelos (2001), “Families and informal support networks in Portugal: the reproduction of inequality”, *Journal of European Social Policy*, 11 (3)

3.3. A distribuição dos cuidados entre cuidadores familiares e cuidadores profissionais numa área predominantemente rural de um concelho do Grande Porto

A observação empírica que resolvemos desenvolver a fim de prolongar a nossa reflexão acerca do impacto da prestação de serviços no domicílio sobre a rede de solidariedade primária dos idosos incidiu sobre um conjunto de 30 idosos, igualmente distribuídos pelos dois sexos. Antes de centrar a nossa reflexão sobre as relações entre solidariedades primárias e solidariedades institucionais, começaremos por traçar um perfil sociográfico do conjunto dos utilizadores do SAD do Concelho de Vila do Conde.

3.3.1 Perfil sociográfico dos utilizadores do SAD

No que respeita à idade, constatamos que quase um quarto deste conjunto de beneficiários dos serviços de apoio domiciliário tem idades inferiores a 65 anos, cerca de metade tem idades que vão dos 65 anos até aos 85 anos e um outro quarto tem idades iguais ou superiores aos 85 anos.

Quadro nº 17- Beneficiários do SAD por idade e sexo

Idades	Homem	Mulher	Total
menos 65 anos	6	2	8
65 a 69 anos	2	1	3
70 a 74 anos	1	1	2
75 a 79 anos	2	1	3
80 a 84 anos	2	4	6
85 a 89 anos	1	4	5
90 a 94 anos	1	1	2
95 e + anos	0	1	1
Total	15	15	30

A média das idades do conjunto dos idosos é de 75,8 anos, sendo que a média das idades dos homens situa-se nos 71,8 anos e a das idades das mulheres é significativamente mais elevada: 79,8 anos. A observação do estado de saúde dos beneficiários dos serviços confirma uma regularidade patente na população idosa portuguesa no seu conjunto, a saber que o facto de as mulheres usufruírem de uma longevidade superior a dos homens não significa que beneficiam de estados de saúde

mais favoráveis do que estes últimos (ver quadro nº 1 sobre as dificuldades). Antes, pelo contrário, à semelhança do que ocorre na população idosa portuguesa em geral, podemos verificar, na nossa amostra, que as mulheres são mais fortemente atingidas pela dependência do que os homens (13 em 15 idosas contra 7 em 15 idosos).

Quadro nº18- Estados de saúde dos utilizadores do SAD por sexo

Estado de Saúde	Homens	Mulheres	Totais
Independentes	0	0	0
Frágeis	8	2	10
Dependentes	7	13	20
Totais	15	15	30

Quadro nº19 - Estados de saúde dos utilizadores do SAD por escalões etários

Idades	Homens		Mulheres	
	Dependentes	Frágeis	Dependentes	Frágeis
Menos 65 anos	1	5	2	0
65 a 69 anos	0	2	1	0
70 a 74 anos	1	0	1	0
75 a 79 anos	2	0	1	0
80 a 84 anos	2	0	3	1
85 a 89 anos	0	1	3	1
90 a 94 anos	1	0	1	0
95 anos e +	0	0	1	0
Total	7	8	13	2

Esta conclusão é largamente confirmada quando observamos a distribuição dos homens e das mulheres por estados de saúde em função do grupo etário: se entre os homens, dos 8 indivíduos com estado de saúde frágil, 5 têm idades inferiores a 65 anos, entre as mulheres de todos os escalões etários a dependência predomina sobre a fragilidade.

Outra característica relevante destes utilizadores do SAD é que, na sua grande maioria, exerceram uma actividade profissional ao longo da vida, não havendo mais do que 3 mulheres (em 15) que se ocuparam exclusivamente das tarefas do lar.

Quadro nº 20- Condição perante o trabalho predominante ao longo da vida por sexo

Sexo	Condição perante o trabalho ao longo da vida	
	Ocupou-se das tarefas do Lar	Exerceu atividade profissional
Homens	0	27
Mulheres	3	0

Quanto ao seu posicionamento na estrutura das desigualdades sociais, vários indicadores nos permitem afirmar que estamos em presença de membros das classes populares. Começando pelos principais – a profissão e a situação na profissão – verificamos, com efeito, que a sua distribuição por grupos socioprofissionais é a seguinte: 1 empregada executante (que exerceu a profissão de governanta na casa de uma família que tinha várias empregadas domésticas ao seu serviço); 10 foram operários (5 homens na Construção Civil e Obras Públicas e 1 como motorista de autocarros, 1 operária têxtil e 3 operários agrícolas, 2 homens e 1 mulher); 5 mulheres empregadas domésticas são classificadas na categoria dos trabalhadores não qualificados dos serviços e 11 foram trabalhadores independentes: 2 pequenos agricultores, 2 pequenos comerciantes (1 merceeiro e 1 cabeleireira) e 7 artesãos (1 carpinteiro, 1 serralheiro, 2 mecânicos, do lado dos homens e 2 costureiras e tecedeira entre as mulheres).

Quadro nº21 - Distribuição dos utilizadores do SAD por Grupo socioprofissional segundo o sexo

Grupo socioprofissional	Homens	Mulheres
Empregado executante	0	1
Operários industriais	6	1
Operários agrícolas	2	1
Trabalhadores não qualificados dos serviços	0	5
Trabalhadores independentes da agricultura	2	0
Trabalhadores independentes da indústria	4	3
Trabalhadores independentes dos serviços	1	1
Total	15	12

Quadro nº22- Situação na profissão por sexo

Sexo	Situação na profissão		
	Patrão	Trabalhador por conta própria	Trabalhador por conta de outrem
Homens	0	7	8
Mulheres	0	4	8
Total	0	11	16

Outro indicador que confere alguma sustentação à classificação dos idosos como membros das classes populares é o nível de instrução. Com efeito, a observação do quadro nº permite-nos concluir que 18 dos 30 idosos eram analfabetas ou apenas sabiam ler e escrever, sem terem concluído qualquer nível de ensino (sendo sobretudo o caso das mulheres, já que as que se encontram nesta situação são duas vezes mais numerosas do que entre os homens) e que a escolaridade dos restantes não ultrapassa a 4ª classe. Se é certo que de um modo geral os indivíduos destas gerações foram, na sua grande maioria, privados, pela política educativa do Estado Novo, da oportunidade de prosseguir estudos para além do ensino primário, não é menos verdade que, maioritariamente, a natureza das tarefas realizadas na vida profissional não exigia conhecimentos escolares muito desenvolvidos.

Quadronº23- Grau de instrução dos utilizadores do SAD por sexo

Sexo	Nível de Instrução		
	Analfabeta e só sabe ler e escrever	4ª classe	Totais
Homens	6	9	15
Mulheres	12	3	15
Total	18	12	30

Para além das informações que constam do quadro nº23 , os dados obtidos acerca dos valores das pensões de reforma igualmente conferem consistência à nossa classificação nas classes populares. Somente 8 idosos (6 homens e 2 mulheres) auferem pensões de reforma com valores superiores ao actual salário mínimo (530€). Em 5 casos, trata-se de trabalhadores independentes, sendo que entre os trabalhadores por conta de outrem registam-se um operário da construção civil (estucador), o motorista de autocarros e a governanta. As informações do quadro a seguir reproduzido deixam ainda bem clara a maior vulnerabilidade económica das mulheres, uma vez que 13 de entre elas recebem pensões de reforma inferiores a 500€ e pelo menos 7 auferem pensões cujo valor é inferior ao limiar de pobreza (408€).

Quadro nº 24- Distribuição dos utilizadores do SAD por montantes das pensões de reforma

Valores financeiros	Homens	Mulheres	Totais
<250	0	2	2
251 a 299	0	1	1
300 a 349	2	1	3
350 a 399	2	3	5
400 a 449	2	3	5
450 a 499	2	3	5
500 a 549	1	0	1
550 a 599	1	2	3
600 a 649	1	0	1
650 a 699	2	0	2
700 a 749	1	0	1
750 a 799	1	0	1
Totais	15	15	30

Quadro nº 25- Grupo Sócio- profissional segundo o Estado de saúde

Grupo socioprofissional	Homens		Mulheres		Totais
	Frágeis	Dependentes	Frágeis	Dependentes	
Empregado executante	0	0	1	0	1
Operários industriais	4	2	0	1	7
Operários agrícolas	1	1	0	1	3
Trabalhadores não qualificados dos services	0	0	0	5	5
Trabalhadores independentes da Agricultura	2	0	0	0	2
Trabalhadores Independentes da Industria	0	4	1	2	7
Trabalhadores independentes dos services	1	0	0	1	2
Totais	8	7	2	10	27

Nota: as três mulheres que não exerceram actividade profissional são todas dependentes

Quadro nº 26- Valores das pensões segundo o Estado de saúde

Montantes das pensões de reforma	Homens		Mulheres		Totais
	Frágeis	Dependentes	Frágeis	Dependentes	
<250	0	0	0	2	2
251 a 299	0	0	0	1	1
300 a 349	2	0	0	2	4
350 a 399	1	1	0	2	4
400 a 449	2	0	1	2	5
450 a 499	1	1	0	3	5
500 a 549	0	1	0	0	1
550 a 599	1	0	1	1	3
600 a 649	0	1	0	0	1
650 a 699	1	1	0	0	2
700 a 749	0	1	0	0	1
750 a 799	0	1	0	0	1
Totais	8	7	2	13	30

Antes de passar a observar as condições relacionais em que o recurso a cuidados institucionais ocorreu, convém, ainda, reter que todos os idosos da nossa amostra vivem

numa zona do Concelho que pode ser qualificada de semi-rural, em que, pelo menos a título de hipótese, o tecido de relações inter-conhecimento e protecção pode ser mais denso do que num contexto fortemente urbanizado.

Passando agora à observação dos recursos relacionais deste conjunto de utilizadores do SAD, uma primeira constatação a fazer é que somente 5 idosos (4 homens e 1 mulher) vivem sós. Dos restantes, 10 coabitam com 1 pessoa igualmente idosa (65 anos e mais) e 15 coabitam com indivíduos com idades inferiores aos 65 anos (10 mulheres e 5 homens)⁴⁶.

Quadro nº 27- Composição do grupo doméstico segundo o Sexo

Vive só		Coabita com um indivíduo com 65 anos e +		Coabita com um indivíduo com 65 e + e outro(s) com idades inferiores a 65 anos		Coabita com indivíduo(s) entre os 25 e 64 anos		Coabita com indivíduo(s) entre os 25 e 64 anos e com indivíduos com idade inferior a 25 anos	
H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
4	1	5	5	0	3*	5	5	1	1
5		10		3		10		2	

* Só 1 destas mulheres coabita com pessoas com idade inferior a 25 anos (38, 39 e 14)

O quadro nº 27 deixa claro que nenhum dos indivíduos que vivem sós (4 homens e 1 mulher) encontra-se num estado de dependência, sofrendo no entanto, todos, das limitações inerentes ao estado de saúde frágil; dos dez indivíduos que coabitam com uma pessoa igualmente idosa (com 65 anos e +), 9 são dependentes (4 homens e 5 mulheres); a dependência afecta igualmente a maioria dos idosos que coabita com pessoas com idades inferiores a 65 anos (3 homens e 8 mulheres), como se pode depreender das informações relativas aos restantes tipos de grupo doméstico.

⁴⁶ Considerando os 15 idosos que não residem sós, constata-se que o nº de elementos que compõem o agregado doméstico (incluindo o próprio utilizador do SAD) é de 2,9 e que a média de idade dos co-residentes é de 66 anos.

Quadro nº 28- Composição dos grupos domésticos dos idosos segundo o sexo e o estado de saúde

Sexo e estado de saúde	Vive só	Coabita com um indivíduo com 65 anos e +	Coabita com um indivíduo com 65 e + e outro(s) com idades inferiores a 65 anos	Coabita com indivíduo(s) entre os 25 e 64 anos	Coabita com indivíduo(s) entre os 25 e 64 anos e com indivíduos com idade inferior a 25 anos	Total
Homens dependentes	0	4	0	2	1	7
Mulheres dependentes	0	5	3	4	1	13
Homens frágeis	4	1	0	3	0	8
Mulheres frágeis	1	0	0	1	0	2
Total de idosos	5	10	3	10	2	30

Na tentativa de melhor circunscrever o número de pessoas que constituem efectivos recursos para este conjunto de idosos dependentes e frágeis (respectivamente 20 e 10 como se deduz do quadro nº28), isto é, de pessoas que são susceptíveis de contribuir directamente para a resolução de problemas da sua vida quotidiana, começamos por apresentar as informações colhidas através das seguintes perguntas: “Dos membros do seu grupo doméstico, com quem conta no dia-a-dia, quando tem problemas a resolver?”

Quadro nº 29 - Pessoas recursos do grupo doméstico co-residente segundo o sexo e estado de saúde dos idosos

Sexo e estado de saúde	Nº de idosos que contam com o cônjuge	Nº de idosos que contam com filho(s) co-residente(s)	Nº de idosos que contam com neto(s) co-residente(s)	Nº de idosos que contam com outro familiar co-residente
Homens dependentes (7)	4	1	1	2
Mulheres dependentes (13)	4	10	2	10
Homens frágeis (8)	1	1	0	4
Mulheres frágeis (2)	0	1	0	1
Total de idosos	9	13	3	17

Do quadro-síntese nº29 é possível deduzir que são as mulheres dependentes que beneficiam mais do suporte fornecido por filhos co-residentes, bem como por outros

familiares que, maioritariamente são genros e noras⁴⁷. Observa-se, igualmente, que os homens frágeis dependem essencialmente das ajudas prestadas por outros familiares que, com uma excepção, são irmão ou irmã, e por amigos/vizinhos. Os dados em causa indiciam igualmente que as 2 mulheres frágeis são relativamente desprovidas de pessoas recursos, o que se explica pelo facto de ambas serem viúvas e de uma dela viver só.

Para passar à análise dos recursos que os idosos retiram da sua rede relacional exterior ao grupo co-residente, procuramos reunir no quadro nº 30 as informações recolhidas às seguintes perguntas: “Dos seus familiares que não residem consigo, indique-nos com quem pode contar no dia-a-dia?” e “pode contar com amigos e/ou vizinhos para resolver problemas do dia-a-dia?”

A partir dos dados obtidos, tivemos a possibilidade de verificar que nenhum dos utilizadores do SAD é inteiramente dependente da prestação institucional de serviços, uma vez que os idosos que vivem sós (5) contam todos com apoios por parte de um amigo ou vizinho, um beneficiando ainda do apoio de um outro familiar residente noutra local.

Dos 10 indivíduos que vivem somente com pessoas com 65 anos e mais, 6 contam com apoio de filhos que não coabitam com eles, sendo que destes 5 contam também com netos. Todavia, nenhum integra outros familiares na sua rede externa de relacionamento. Entre os indivíduos que têm a vantagem de co-residir com indivíduos com idades inferiores a 65 anos (15 no total), em princípio com melhores condições de saúde para prestar cuidados, 8 recebem também contributos de filhos que não residem com eles, sendo que destes apenas 2 incluem netos na sua rede externa de apoio familiar e 4 apontam para outro familiar. Note-se que em todos os casos em que os outros familiares são referidos, trata-se ora de sobrinho/a ora de irmão/ã.

⁴⁷ Para o conjunto dos idosos da nossa amostra, os outros familiares distribuem-se da seguinte maneira: 10 genros e noras; 8 irmãos e irmãs e 1 sobrinha, perfazendo um total de 19 pessoas-recursos.

Quadro nº 30 - Pessoas-recurso dos idosos segundo o sexo, o estado de saúde e a composição do grupo doméstico

Nº de entrevista e sexo	Estado de Saúde	Coabita com	Grupo doméstico com quem conta				Recursos exteriores com que conta à relação de coabitação				Total de pessoas recurso
			Cônjuge	Filho co/residente	Neto co/residente	Outro familiar co/residente	Filho exterior	Neto exterior	Outro familiar	Amigo/vizinho	
H1	Frágil	C				1				1	2
H2	Frágil	A					1	1		1	3
H3	Frágil	A							1	1	2
H4	Frágil	C				1			1		2
H5	Frágil	A								1	1
H6	Frágil	A								1	1
H7	Frágil	B				1					1
H8	Frágil	C	1	1		1					3
H9	Dependente	B	1				1	1			3
H10	Dependente	B	1				1	1		1	4
H11	Dependente	B	1				1	1			3
H12	Dependente	C		1	1		1				3
H13	Dependente	C				1					1
H14	Dependente	B	1				1	1			3
H15	Dependente	C				1				1	2
M1	Frágil	C		1		1	1				3
M2	Frágil	A								1	1
M3	Dependente	C		1	1	1	1		1		5
M4	Dependente	C		1		1	1	1	1		5
M5	Dependente	D	1	1			1				3
M6	Dependente	C				1			1	1	3
M7	Dependente	C		1		1					2
M8	Dependente	B		1		1					2
M9	Dependente	B	1	1		1				1	4
M10	Dependente	D	1	1			1				3
M11	Dependente	B				1					1
M12	Dependente	B		1		1	1	1			4
M13	Dependente	D		1	1	1	1	1			5
M14	Dependente	C		1		1	1				3
M15	Dependente	B	1				1				2

A- Vive só

B- Vive com um indivíduo com 65 e + anos

C- Vive com um indivíduo com idade inferior a 65 anos

D- Vive com um indivíduo com 65 e + anos e com um indivíduo com idade inferior a 65 anos

3.3. 2 Recorrer aos serviços de prestadores de serviços institucionais

Para quem pretende reflectir sobre o impacto da prestação de serviços institucionais sobre as solidariedades primárias, interrogar-se a respeito da participação dos próprios idosos na decisão de recorrer a este tipo de cuidado não é, seguramente, indiferente. Passar a depender da ajuda de terceiros nos actos elementares da vida quotidiana é, na nossa sociedade, uma prova bastante difícil, desde logo porque constitui uma espécie de ameaça ao estatuto de adulto, tal como é hoje entendido, isto é, alguém que responde sozinho às suas necessidades essenciais. As informações recolhidas por via das entrevistas realizadas junto dos idosos e de familiares (sempre que os idosos não estavam com condições de saúde que lhes permitissem responder) levam-nos a concluir que só uma minoria declarou ter tomado a decisão de solicitar serviços de apoio domiciliário.

Quadro nº 31 - A responsabilidade da tomada de decisão de recorrer aos SAD

Sexo e estado de saúde	O próprio	Filhos/cônjuge/outro familiar	Um trabalhador social
Homens dependentes	0	6	1
Mulheres dependentes	0	11	3
Homens frágeis	2	4	2
Mulheres frágeis	1	0	0
Total de idosos	3	21	6

Entre os idosos que declararam ter tomada a decisão, contam-se idosos que não têm filhos ou cujos filhos vivem no estrangeiro.

“A decisão foi minha, deixei de poder cozinhar e de tratar das coisas da casa porque me custa bastante andar com dores na perna direita. A minha irmã também tem dificuldades em fazer algumas coisas, ela também tem problemas de saúde” (Sr. João Neves, frágil, 65 anos, vive com indivíduos entre os 25 e os 64 anos/irmã, não tem filhos).

“A decisão foi minha. Tenho algumas dificuldades para cozinhar, ia sempre ao café e estava-me a ficar caro a minha reforma é muito baixinha e falei com o Centro Social para pedir a alimentação e tratar da roupa e eles têm-me ajudado muito” (Sr. Virgílio Costa, frágil, 61 anos, vive só, não tem filhos).

“Foi minha, mas foi a minha nora que me falou nisso que era melhor pra mim, assim não me tinha de preocupar em esforçar-me e cansar-me a fazer as coisas” (D. Laurinda Silva, frágil, 85 anos, vive só, tem 1 filho que vive no estrangeiro).

Esta constatação é muito semelhante à que foi obtida no quadro de um estudo efectuado

em França junto de idosos internados em lares⁴⁸. Ainda que a necessidade de recorrer a ajudas regulares na vida quotidiana não constitua, eventualmente, uma ruptura biográfica tão acentuada como o facto de entrar num lar de idosos, a diminuta intervenção dos próprios idosos a respeito da contratação de serviços profissionalizados, bem como a forte intervenção dos familiares são indicadores da desvalorização simbólica de que sofrem os idosos. Revelam com efeito que os idosos praticamente não participam numa decisão importante para o seu bem-estar quotidiano. Além disto, afigura-se-nos como um indicador de enfraquecimento dos laços familiares, potenciador de um processo de substituição dos cuidados familiares pelos profissionais. Com efeito, em muitos depoimentos, a decisão tomada pelos familiares é explicitamente relacionada com a falta de disponibilidade para assegurar os cuidados necessários. Do quadro nº, bem como dos extractos de entrevistas a seguir reproduzidos, deduz-se que a falta de tempo e a distância geográfica entre o idoso e o(s) seu(s) familiar(es) são os principais motivos invocados para justificar o recurso ao SAD.

Quadro nº 32 - Motivo pelo qual o idoso recorreu ao SAD segundo o sexo dos idosos

Motivo do recurso ao apoio domiciliário	Homens	Mulheres	Totais
O(s) cuidador(es) familiar(es) não tinha(m) tempo suficiente para prestar os cuidados necessários	11	14	25
O(s) cuidador(es) familiar(es) mora(m) longe de mais para prestar a assistência necessária	4	1	5
Totais	15	15	30

“Foi a minha filha que achou que era melhor para mim e para minha mulher. Ela não podia ajudar-me, porque tinha o trabalho, os outros filhos também não e assim (isto é, com a intervenção do SAD) ficavam mais tranquilos” (Sr. Carlos Moreira, dependente, 83 anos, vive com 1 indivíduo com 65 e + anos/cônjuge, tem 7 filhos, conta no dia a dia com apoio de 1 filha e 1 neto).

“A decisão foi dos meus filhos. Eu não queria nada, mas agora não passo sem elas (as profissionais do SAD). Eles (os filhos) disseram que era melhor para mim, que eles tinham de trabalhar e não podiam fazer tudo”. (D. Carolina Pimenta, dependente, 70 anos, vive com indivíduos entre os 25 e os 65 anos/filha, genro e neta/tem 3 filhos).

⁴⁸ D. Somme, Participation et choix des résidents dans le processus d’entrée en institution, Dossiers Solidarité et Santé, 2003 nº 1 – *Les personnes âgées entre aide au domicile et établissement*, Ministère des Affaires Sociales et de la Santé.

“A decisão foi da minha filha, não tinha tempo para tudo porque trabalha e eu tive que aceitar. Ao início custou-me muito ter estranhas em minha casa para me dar banho, mas habituei-me e até estranho quando elas não vêm”. (D. Emília Carvalho, dependente, 84 anos, vive com indivíduos entre os 25 e os 64 anos/filha e genro, tem 5 filhos, conta com 2 filhas e 1 neto exteriores à coabitação).

“Foram os meus filhos que trataram de tudo, disseram que era melhor assim e eu só tive que aceitar, era o remédio que tinha”. (D. Maria Gomes, dependente, 86 anos, vive com filha e genro, tem 4 filhos, não conta com filhos que conta exteriores à relação de coabitação).

“Foi o meu irmão que me disse que era melhor para mim, que ele não me podia ajudar em tudo, também tem as coisas dele para fazer” (Sr. João Carvalho, frágil, 63 anos, vive com irmão e cunhada, não tem filhos).

“Foram os meus filhos que trataram de tudo. Só me disseram que agora vinham umas senhoras aqui a casa tratar de mim porque a minha filha não podia fazer tudo” (D. Maria Alice Costa, 76 anos, vive com a filha e genro, tem 2 filhos, conta com mais 1 filho na relação exterior à coabitação).

“Foi a minha filha que decidi. Coitada, ela trabalha e não tinha tempo para estar aqui sempre em casa, era muito cansativo para ela e achou melhor assim” (D. Maria Alice Sousa, dependente, 68 anos, vive com o cônjuge, tem 1 filha).

Casos mais extremos de isolamento relacional estão patentes entre os idosos que atribuíram a decisão de recorrer aos cuidados domiciliários a trabalhadores sociais ou vizinhos.

“Foi no hospital quando eu estive internado, por ter os diabetes muito alterados. Falaram com o meu irmão e disseram-lhe que eu ia precisar de ajuda, que não podia ficar em casa sem ter apoio. O meu irmão falou comigo e eu também achei melhor ter o apoio domiciliário do Centro Social” (Sr. Eduardo Miranda, Frágil, 69 anos, vive só, tem 2 filhos, conta com apoio do irmão e da irmã, não tem relação com os filhos).

“Foram os vizinhos que foram falar com a Assistente Social aqui da zona e é ela que nos orientou, explicando que era melhor (fazer apelo ao SAD) e ela veio falar connosco para dizer como funcionava tudo. (D. Maria de Fátima, dependente, 62 anos, vive com indivíduos com 65 e mais anos/irmãos, não tem filhos).

“Foi a Assistente Social aqui da zona que nos propôs que era melhor para mim” (Sr. Manuel Costa, dependente, 61 anos, vive com outro familiar/irmão, não tem filhos)

“Foi a Assistente Social do hospital que falou com a minha vizinha e ela achou melhor pedir ajuda ao Centro Social para a comida, para lavar a roupa e para tratar da casa” (Sr. Adelino Eiras, frágil, 64 anos, vive com outro familiar/irmão, não tem filhos).

De referir ainda que metade dos idosos da nossa amostra são utilizadores do SAD há 3 anos e mais, com um máximo de 6 anos de utilização, a outra metade é constituída de utilizadores mais recentes, sendo que 11 idosos recorrem a este tipo de prestação há menos de 1 ano e ½.

Quadro nº33 - Duração da prestação de serviços

Desde quando recorre ao SAD?	Homens	Mulheres	Totais
Até 6 meses	3	1	4
7 Meses a 1 ano	2	1	3
1,1 anos a 1,5 anos	3	1	4
1,6 anos a 2 anos	0	1	1
2,1 anos a 2,5 anos	2	0	2
2,6 anos a 3 anos	1	0	1
3,1 anos a 3,5 anos	0	0	0
3,6 anos a 4 anos	0	2	2
4,1 anos a 4,5 anos	2	5	7
4,6 anos a 5 anos	1	1	2
5,1 anos a 5,5 anos	0	1	1
5,6 anos a 6 anos	1	2	3
Totais	15	15	30

3.3.3 Os serviços prestados pelo SAD aos idosos da nossa amostra

Das informações reunidas no quadro nº34 ressalta que o serviço que todos os idosos recebem é o chamado “apoio psicossocial”, assegurado quer por um Assistente Social, quer por um Psicólogo com uma periodicidade de, no mínimo, 1 vez por mês por via da visita domiciliária que estes profissionais têm a obrigação (definida pela tutela) de realizar. Cabe ao profissional que se desloca ao domicílio do idoso desenvolver uma relação de escuta a fim de identificar necessidades e/ou problemas que condicionam o quotidiano do idoso (designadamente no domínio da sua saúde física ou psicológica), bem como avaliar o seu grau de satisfação com os cuidados que recebe com vista à realização dos ajustamentos ou mudanças desejáveis ou necessários.

Quadro nº 34- Serviços prestados pelo Apoio Domiciliário

Serviços prestados pelo SAD	Homens		Mulheres		Totais
	Frágeis	Dependentes	Frágeis	Dependentes	
Alimentação	8	6	2	10	26
Higiene pessoal	2	5	1	13	21
Tratamento de roupa	4	3	0	4	11
Higiene Habitacional	1	3	1	1	6
Apoio Psicossocial	8	7	2	13	30
Acompanhamento a consultas médicas/exames	4	0	1	0	5
Aquisição de bens materiais e pagamento de serviços	4	0	1	0	5

A entrega das refeições é o segundo tipo de serviço mais frequentemente solicitado

pelos utilizadores do SAD (26 em 30)⁴⁹. Implica, para os 26 utilizadores do Sad que o recebem, o fornecimento do pequeno-almoço, almoço e jantar, ora somente durante a semana para os idosos que, no fim-de-semana e dias feriados, contam com um cuidador familiar disponível para assumir esta tarefa, ora todos os dias úteis, fim-de-semana e feriados quando os idosos não dispõem da protecção de um próximo. Os cuidados de higiene pessoal são também entre os serviços mais requisitados pelos idosos (21 em 30). Para tal contribuem seguramente as próprias regras de funcionamento deste tipo de instituição⁵⁰: estipulam que um utente deve obrigatoriamente solicitar a prestação de um mínimo de dois serviços. Para além de o fornecimento das refeições e os cuidados de higiene pessoal corresponderem a necessidades essenciais à sobrevivência, são igualmente os serviços que mais custo têm para os idosos: respectivamente, 25% e 15% do montante dos rendimentos dos idosos (valores estipulados pela instituição).

No que respeita aos serviços de tratamento da roupa e de higiene habitacional, a procura por parte dos idosos é bem mais limitada (11 e 6), o que sugere que a maioria dos idosos da nossa amostra usufrui, nestas matérias, da protecção de não profissionais. Assinala-se que estes serviços têm um custo bastante menor: 5% dos rendimentos num caso como no outro. O recurso aos restantes dois tipos de serviços – “acompanhamento a uma consulta/exame médica/o” e “aquisição de bens materiais e pagamentos de serviços” – é ainda mais escasso, sendo efectuado unicamente pelos idosos frágeis que vivem sós. Cada acompanhamento a consulta ou exame tem um custo de 15€, sendo que o preço da realização de compras ou de pagamentos pode variar consoante a distância a percorrer mas nunca é inferior a 5€.

Quadro nº 35- Serviços de saúde prestados ao domicílio por sexo

Serviços	Homens	Mulheres	Totais
Fisioterapia	3	7	10
Tratamento de feridas	3	5	8
Troca de algália	1	1	2
Controlo sanguíneo	0	3	3
Troca de sonda Naso gástrica	1	0	1
Totais	8	16	24

⁴⁹ Encontram-se no anexo nº I quadros relativos ao número de horas de trabalho e de profissionais que requerem as diversas combinações possíveis de serviços prestados, bem como a distribuição dos diversos tipos de serviços entre os homens e entre as mulheres.

⁵⁰ Circular Normativa nº 4 da Segurança Social

3.3.4 O impacto da prestação institucional de serviços sobre os recursos relacionais dos utilizadores

Tendo em conta o nosso objecto de reflexão, interessa referir que dos 30 idosos utilizadores do SAD na altura em que realizamos as entrevistas, um pouco menos da metade (13) já precisava de ajudas na realização das actividades diárias antes de recorrer aos cuidadores profissionalizados. Vamos, pois, dedicar uma especial atenção à evolução das suas relações com os cuidadores familiares a partir do momento em que se verificou a intervenção do SAD. Com efeito, é neste grupo que teremos mais oportunidade de poder apreciar a incidência dos processos de substituição ou de complementaridade entre os dois tipos de cuidados.

Quadro nº 36- Necessidades de ajuda nas actividades diárias antes de recorrer aos SAD

Sexo e estado de saúde	Sim	Não
Homens dependentes	4	3
Mulheres dependentes	7	6
Homens frágeis	2	6
Mulheres frágeis	0	2
Total	13	17

Das informações reunidas no quadro nº 36, é possível realçar que destes 13 idosos, nenhum vive só, 4 (1 frágil e 3 dependentes) vivem apenas com um outro indivíduo com 65 ou mais anos, sendo que em dois casos trata-se do cônjuge e noutros 2 de um outro familiar; 8 (1 frágil e 7 dependentes) coabitam com indivíduos com idade inferior a 65 anos. Todos podem contar com a presença de outro familiar (genro/nora ou irmão/a) e 4 com a de um filho/a que lhe proporciona alguma ajuda; e 1 (igualmente dependente) partilha o alojamento com filha (já com mais de 65 anos), genro e neto.

Em termos de rede relacional externa, os idosos que residem com outro idoso (4) contam todos com o apoio de um filho não residente, sendo que 2 referem igualmente netos e num caso um amigo/vizinho. Dos 8 idosos que residem com indivíduos com idades inferiores a 65 anos, 3 mencionam o apoio de filhos não residentes com eles, 2 referem o de netos e 3 de outros familiares, sendo apenas 1 faz referência ao apoio de um amigo/vizinho. O único idosos que vive em simultâneo com uma filha casada e o neto aponta um outro filho e um neto como apoios familiares externos.

Em síntese, podemos constatar que todos se encontram efectivamente numa situação de potencial interacção entre cuidadores informais (predominantemente familiares) e cuidadores formais ou institucionais.

Quadro nº 37 Pessoas-recurso dos idosos segundo o sexo, o estado de saúde e a composição do grupo doméstico (13 Indivíduos)

Nº de entrevista e sexo	Estado de Saúde	Coabita com	Grupo doméstico com quem conta				Recursos exteriores com que conta à relação de coabitação				Total de pessoas recurso
			Cônjuge	Filho co/residente	Neto co/residente	Outro familiar co/residente	Filho exterior	Neto exterior	Outro familiar	Amigo/vizinho	
H1	Frágil	C				1				1	2
H7	Frágil	B				1					1
H10	Dependente	B	1				1	1		1	4
H13	Dependente	C				1					1
H14	Dependente	B	1				1	1			3
H15	Dependente	C				1				1	2
M3	Dependente	C		1	1	1	1		1		5
M4	Dependente	C		1		1	1	1	1		5
M6	Dependente	C				1			1	1	3
M7	Dependente	C		1		1					2
M13	Dependente	D		1	1	1	1	1			5
M14	Dependente	C		1		1	1				3
M15	Dependente	B	1				1				2

A- Vive só

B- Vive com um indivíduo com 65 e + anos

C- Vive com um indivíduo com idade inferior a 65 anos

D- Vive com um indivíduo com 65 e + anos e com um indivíduo com idade inferior a 65 anos

No que respeita aos tipos de ajudas de que necessitavam os 13 idosos que beneficiavam da protecção de familiares antes de recorrer ao SAD (quadro nº 37), é possível concluir que a presença de alguém que lhes prestasse apoio durante a noite era a necessidade mais apontada pelos entrevistados: foi mencionada por 13 dos 15 indivíduos que experimentavam a dependência de terceiros antes de recorrer ao SAD. A realização das tarefas domésticas indispensáveis para assegurar a sobrevivência quotidiana (à excepção da realização da higiene pessoal) foi igualmente indicada por uma clara maioria dos idosos (13 para as compras do dia-a-dia, a preparação das refeições, a higiene do alojamento e 12 para o tratamento da roupa).

Quadro nº 38 - Nº de idosos a quem os cuidadores familiares prestavam serviços antes do recurso ao SAD, segundo o tipo de serviço e o parentesco do(s) cuidador(es)

Tipos de serviços	Tipo de cuidador familiar			Totais
	Cônjuge	Filho	Irmão/irmã	
Arrumar /limpar a casa	5	4	4	13
Levar ou preparar refeições	5	4	4	13
Fazer as compras do dia-a-dia	5	4	4	13
Fazer pequenas reparações, jardinagem	1	3	4	8
Tratar da roupa	4	4	4	12
Ajudar a tratar de documentos (IRS, reforma ou outros)	2	4	4	10
Acompanhar a uma consulta médica	4	4	4	12
Ficar com ele/a à noite	5	4	4	13
Ajudar a fazer a higiene pessoal	2	3	4	9
Apoio para a tomada da medicação	2	3	4	9

“Sim já precisava de apoio antes de recorrer ao SAD. Tive um AVC e o meu lado esquerdo ficou parado, ao início nem me conseguia mexer muito bem, nem andar. Tive de ter ajuda da minha irmã para tratar das coisas da casa, a comida, o banho, fazer compras (...). Os meus outros irmãos não querem saber de nós os dois ... Falo pouco com os meus outros irmãos. Nunca contei muito com eles. Cada um tem a sua vida. Desde que fiquei mais doente, também uma vizinha passa por cá, sempre que pode, também tem a vida dela. Era pouco tempo que passava com ela”. (Sr. Adelino Eiras, frágil, 64 anos, vive com outro familiar/irmã, não tem filhos).

“ (Antes de recorrer ao SAD) tinha a minha mulher que me fazia as coisas da casa, a comida, fazer compras, para tomar banho e em tudo o que fosse preciso. Os filhos vinham cá de vez em quando.” (Sr. Carlos Moreira, dependente, 83 anos, vive com indivíduos com 65 e + anos/cônjuge, tem 7 filhos, conta no dia-a-dia com apoio de 1 filha e 1 neto).

“A minha filha tinha que me fazer a comida, ajudar-me nas tarefas da casa, lavar a roupa, ia às compras para a casa, era ela que levantava a minha reforma, orientava-me com a medicação e acompanhava-me ao médico, em todas as coisas que eu precisasse. (D. Carolina Pimenta, dependente, 70 anos, vive com indivíduos entre os 25 e os 65 anos/filha, genro e neta/tem 3 filhos).

“Quando passei a precisar era a minha filha que já me fazia algumas coisas que eu já não podia, como a comida. Comecei a esquecer-me da comida ao lume, ajudava-me a tratar da casa, nas compras, com a medicação, a tratar da reforma, pois já me custava sair de casa sozinha e para tomar banho já me custava, tinha dificuldade em entrar para a banheira.” (D. Emília Carvalho, dependente, 84 anos, vive com indivíduos entre os 25 e os 64 anos/filha e genro, tem 5 filhos, conta com 2 filhas e 1 neto exteriores à coabitação).

“(Antes de pedir o apoio da instituição) já precisava por causa dos meus problemas de coluna precisava de ajuda para a comida, tratar da casa, tomar banho, tratar da roupa, fazer compras,

acompanhar-me ao médico, em muita coisa do dia-a-dia.” (D. Maria de Fátima, dependente, 62 anos, vive com indivíduos com 65 e mais anos/irmãos, não tem filhos).

“Precisava pra pequenas coisas que já me custavam fazer. Para fazer a comida, para ir às compras, para tratar de papeladas e de coisas do banco. O resto, eu ia fazendo o que podia.” (D. Maria Gomes, dependente, 86 anos, vive com filha e genro, tem 4 filhos, não conta com filhos que conta exteriores à relação de coabitação).

“Já precisava em várias coisas. Era a minha mulher que fazia-me as coisas. Principalmente na alimentação, eu não sei cozinhar, na limpeza da casa e na roupa.” (Sr. Armindo Leite, dependente, 77 anos, vive com outro familiar/sobrinha, marido e filho, não tem filhos).

“Sim precisava em algumas coisas. Para tratar da comida, da limpeza da casa e para tratar da roupa. O resto das coisas, eu fazia. Quem as fazia era a minha ex-mulher, era ela que tratava dessas coisas.” (Sr. João Carvalho, frágil, 63 anos, vive com irmão e cunhada, não tem filhos).

“Precisava da ajuda da minha mulher, sim. Para fazer a comida, para me ajudar a comer, para tomar banho, para tratar da roupa, para vestir, para tratar da casa, para ir tratar de papelada, para fazer arranjos em casa, para ir ao banco, para sair de casa.” (Sr. Joaquim Araújo, dependente, 73 anos, vive com a cónjuge, conta com 2 filhos e 3 netos na relação exterior de coabitação, tem 8 filhos).

“Sim já precisava em algumas coisas. Amputei o braço esquerdo e fiquei com dificuldades em fazer algumas coisas. Para cozinhar, fazer a limpeza da casa, para tratar da roupa, lavar, passar a ferro, tratar de papeladas, tratar de questões financeiras, em várias coisas, era o meu irmão que me ajudava”. (Sr. Manuel Costa, dependente, 61 anos, vive com outro familiar/irmão, não tem filhos.)

“Sim em algumas coisas precisava. A minha filha ajudava-me em algumas coisa que eu não podia fazer. Precisava de ajuda com a comida, com a limpeza da casa, com a roupa, com a minha higiene, com as coisas de dinheiro, ir ao médico, para as papeladas, para ir às compras.” (D. Maria Alice Costa, dependente, 76 anos, vive com a filha e genro, tem 2 filhos, conta com mais 1 filho na relação exterior à coabitação).

“Sim, precisava só em pequenas coisas. Nas questões relacionadas com o dinheiro, sempre foi o meu marido a ajudar-me, nesse tipo de coisas precisava de ajuda e burocracias sempre foi ele a lidar, com as compras, a acompanhar ao médico e com reparações na casa.” (D. Maria Alice Sousa, dependente, 68 anos, vive com o cónjuge, tem 1 filha).

“Sim precisava de ajuda em várias coisas, principalmente para tomar banho, fazer o comer, tratar da casa, fiquei doente e custava-me muito fazer essas coisas, tinha que ser a minha filha a ajudar-me. (D. Maria Adelaide, dependente, 87 anos, vive com indivíduos com 65 e + anos e com indivíduos entre os 25 e os 64 anos, vive com a filha neto e genro)

Antes de interrogar mais directamente estes idosos acerca das mudanças provocadas pela introdução de cuidados institucionais, procuramos captar as oportunidades de encontros inter-pessoais de que dispunham, entendendo por este termo as trocas com familiares ou próximos que permitam aos indivíduos sentirem que continuam a ter valor

aos seus olhos, que são reconhecidos como mais do que “corpos” que precisam de ser cuidados. Os extractos das entrevistas realizadas junto dos 13 idosos que, antes de fazer apelo aos profissionais do SAD, já se encontravam relativamente dependentes de terceiros deixam claro que, quando existem, os recursos relacionais que preservem da solidão dependem essencialmente da família e, de modo geral, da família mais próxima (cônjuge e filhos). Os idosos que revelam maior vulnerabilidade, nesta matéria, tendem a ser aqueles que não tiveram filhos, mesmo havendo sido casados, ou que não casaram e apenas podem contar com irmãos ou sobrinhos. Os laços de vizinhança ou de amizade não pareceram ser significativos.

São pelo menos 5 os idosos cuja rede relacional já apresentava sinais de fragilidade:

“Nunca pude contar com muita gente na minha vida. Não casei, nem tive filhos. Tenho os meus irmãos mas pouco falo com eles, nunca contei muito com eles. Cada um tem a sua vida. Tenho os amigos ou os vizinhos para conversar quando vou ao café e nunca fui muito de passear.” (Sr. Adelino Eiras, frágil, 64 anos, vive com outro familiar/irmão, não tem filhos).

“Tinha a minha mulher ou os amigos com quem ia jogar às cartas ao café e meter a conversa em dia. Os meus filhos... a maioria está longe e vem cá poucas vezes, mas quando vêm vamos passear, almoçar fora, ou passear com os meus netos ao parque. ... gostava que os meus filhos viessem mais vezes aqui a casa ajudar a mãe com as coisas da casa mas eles também andam sempre muito ocupados com o trabalho, é só ao fim de semana que passam por aqui.” (Sr. Carlos Moreira, dependente, 83 anos, vive com indivíduos com 65 e + anos/cônjuge, tem 7 filhos, conta no dia-a-dia com apoio de 1 filha e 1 neto).

“Tenho o meu irmão que trata de mim e me faz companhia e tenho a aqui as vizinhas que vêm conversar. (...) Tenho mais irmãs mas elas não querem saber de nós. ... Gostava que as minhas irmãs nos ajudassem mais mas elas têm a vida delas, não se querem meter muito senão só discutimos ... ” (D. Maria de Fátima, dependente, 62 anos, vive com indivíduos com 65 e mais anos/irmãos, não tem filhos).

“Tinha a minha mulher. Íamos muitas vezes passear e fazíamos a nossa vida normal de casal. Não tivemos filhos, mas tínhamos a minha sobrinha que nos visitava de vez em quando... poucas horas mas telefonava ou telefonava eu sempre que precisava de alguma coisa. Passava mais tempo com ela ao telefone do que pessoalmente. Só nos vinha visitar de longe em longe.” (Sr. Armindo Leite, dependente, 77 anos, vive com outro familiar/sobrinha, marido e filho, não tem filhos).

“Vivo com o meu irmão e a minha irmã e quando precisava de alguma coisa tinha-os a eles ou aqui a vizinha que nos ajuda com o que é necessário. Com o meu irmão e a minha irmã, conversamos pouco e só o essencial. Íamos até ao café e pouco mais”. (Sr. Manuel Costa, dependente, 61 anos, vive com outro familiar/irmão, não tem filhos).

Entre os restantes idosos, as oportunidades de encontros interpessoais, independentes da prestação de cuidados nas actividades básicas da vida quotidiana dependiam principalmente dos cônjuges e dos filhos, à excepção de um caso em que é o laço com o irmão que permitia que o idoso escapasse ao isolamento provocado pelo divórcio e a deterioração do estado de saúde:

“Até me ter divorciado tinha a minha mulher que me fazia companhia nessas coisas. Passeávamos e íamos até ao café. Depois divorciamo-nos e eu tive uma depressão fiquei doente e deixei de fazer essas coisas. Fui morar com o meu irmão e passei a contar com ele para as refeições e conversar, passear ou ir até ao café”. (Sr. João Carvalho, frágil, 63 anos, vive com irmão e cunhada, não tem filhos).

“Tinha o meu marido, depois ele faleceu e contava mais com a minha filha no que podia ajudar. Nunca fui muito de passear ou ir para o café. Mas ia sempre com a minha filha à missa, ela vinha-me sempre buscar e ao domingo vinham todos almoçar a minha casa.” (D. Carolina Pimenta, dependente, 70 anos, vive com indivíduos entre os 25 e os 65 anos/filha, genro e neta/tem 3 filhos).

“Tinha a minha filha que me acompanhava e de vez em quando saíamos para passear e os outros filhos vinham-me sempre visitar ao fim de semana e passar o dia juntos”. (D. Emília Carvalho, dependente, 84 anos, vive com indivíduos entre os 25 e os 64 anos/filha e genro, tem 5 filhos, conta com 2 filhas e 1 neto exteriores à coabitação).

“Podia contar com a minha filha e o meu genro que vivem aqui comigo e com os outros filhos que passam por aqui de vez em quando para ver como estou ou para me levar a passear.” (D. Maria Gomes, dependente, 86 anos, vive com filha e genro, tem 4 filhos).

“Podia contar com a minha mulher ou com os meus filhos. ... A minha mulher vive comigo e tenho os meus filhos que vivem aqui perto de casa e que passavam aqui por casa todos os dias” (Sr. Joaquim Ferreira, dependente, 73 anos, vive com a cónjuge, conta com 2 filhos e 3 netos com quem não coabita, tem 8 filhos no total).

“Podia contar com os meus filhos e genro e nora, para ir passear ou para conversar”. (D. Maria Alice Costa, dependente, 76 anos, vive com a filha e genro, tem 2 filhos, conta com mais 1 filho na relação exterior à coabitação).

“Sempre tive o meu marido e a minha filha para conversar e passear”. (D. Maria Alice Sousa, dependente, 68 anos, vive com o cónjuge, tem 1 filha).

“Podia contar com o meu marido, a minha filha e o meu genro para passear ou para ir a algum lugar importante”. (D. Maria Adelaide, dependente, 87 anos, vive com indivíduos com 65 e + anos e com indivíduos entre os 25 e os 64 anos, vive com a filha, neto e genro).

O que observamos, no decorrer das entrevistas, é que os idosos tendem, eles próprios, a dar mais relevo à prestação de serviços nos apoios que os familiares lhes proporcionavam do que à necessidade de manter uma vida relacional activa, como se já tivessem interiorizado que os problemas da sobrevivência biológica e material, cuja

resolução se revela delicada no quadro da autonomização dos núcleos familiares das diversas gerações e das exigências da vida quotidiana na sociedade actual, são os mais decisivos. Tendem, pois, a desvalorizar as necessidades essencialmente relacionais, as necessidades de convivência com próximos. Retomando as duas dimensões principais do laço social definidas por S. Paugam (2012), tudo leva a crer que, face aos desafios que a fragilização do estado de saúde desperta, os idosos acabam por dar mais importância à necessidade de protecção por outros (a possibilidade de contar com os próximos para resolver problemas do quotidiano) do que à necessidade de reconhecimento (ou seja, o sentimento de contar para os outros, de receber manifestações da sua consideração), embora a referência à uma presença à noite e ao acompanhamento às consultas médicas possam, eventualmente, remeter quer para uma, quer para outra destas duas dimensões.

Observamos igualmente que a dependência da ajuda de outros é muito comumente vivida com o sentimento de se ter tornado um encargo excessivo para os outros. Somente três deste conjunto de idosos encararam claramente a prestação de cuidados por parte dos filhos como um justo retorno das coisas, ou seja, à luz da relação de interdependência entre as gerações e da reciprocidade nas obrigações entre pais e filhos, quando os primeiros ficam fragilizados pelo avançar da idade:

“Não fazem mais do que a obrigação deles, eu também tratei deles quando eram pequenos e agora é a vez de eles tratarem de mim”. (D. Emília Lima Carvalho, dependente, 84 anos, vive com indivíduos entre os 25 e os 64 anos/filha e genro, tem 5 filhos, conta com 2 filhas e 1 neto exteriores à coabitação).

“Acho que os meus filhos me querem ver bem mas, também, já os ajudei muito, agora toca a eles cuidarem de mim”. (D. Maria Gomes, dependente, 86 anos, vive com filha e genro, tem 4 filhos, não conta com filhos que conta exteriores à relação de coabitação).

“Acho que os meus filhos prestaram-me apoio por gosto e porque eu preciso mas também porque já os ajudei a eles quando foi preciso”. (D. Maria Alice Leite Sousa, dependente, 68 anos, vive com o cônjuge, tem 1 filha).

Outros idosos expressam de diversas maneiras o seu receio de se ter tornado uma fonte excessiva de trabalho:

“Ajudam porque têm pena de nós (...) mas sinto que somos um encargo para eles, já damos trabalho que chegue”. (Sr. Adelino Eiras, frágil, 64 anos, vive com outro familiar/irmão, não tem filhos).

“Acho que me ajudam com gosto, porque se preocupam comigo mas não gosto de lhes dar trabalho (filhos) ... gostava que viessem mais vezes aqui a casa ajudar com as coisas da casa, mas eles também andam sempre muito ocupados com o trabalho, é só ao fim de semana que passam por aqui”. (Sr. Carlos Moreira, dependente, 83 anos, vive com indivíduos com 65 e + anos/cônjuge, tem 7 filhos, conta no dia-a-dia com apoio de 1 filha e 1 neto).

“Sinto que às vezes só dou trabalho e acho que ele (irmão) só me ajuda porque não tenho mais ninguém pra me ajudar”. (D. Maria de Fátima, dependente, 62 anos, vive com indivíduos com 65 e mais anos/irmãos, não tem filhos).

“Acho que é com gosto que me ajudam, mas às vezes sinto que lhes dou muito trabalho”. (Sr. Joaquim Ferreira, dependente, 73 anos, vive com a cônjuge, conta com 2 filhos e 3 netos na relação exterior de coabitação, tem 8 filhos).

“Sinto que é por gosto que me vêm ajudar mas acho que lhes dou muito trabalho”. (D. Maria Adelaide, dependente, 87 anos, vive com indivíduos com 65 e + anos e com indivíduos entre os 25 e os 64 anos, vive com a filha neto e genro).

Este sentimento de ficar em dívida quando são os familiares a cuidar deles expressa-se com uma certa regularidade na preferência afirmada por cuidados pagos: o pagamento aos profissionais afigura-se como o meio para restaurar o estatuto do idoso, mesmo no contexto familiar, pois permite-lhe alimentar o sentimento de não dever nada a ninguém.

“Prefiro pagar do que dever favores. Não quero dar trabalho a ninguém, elas (funcionárias do serviço domiciliário) fazem bem o seu serviço, não tenho queixas... “ Prefiro que sejam as meninas do Apoio Domiciliário. Já que a família não quer saber ao menos assim não devo favores a ninguém “. (Sr. Adelino Eiras, frágil, 64 anos, vive com outro familiar/irmão, não tem filhos).

“Prefiro pagar, não gosto de dever favores a ninguém, nem depender dos outros ... mas é a vida”. (Sr. Carlos Moreira dependente, 83 anos, vive com indivíduos com 65 e + anos/cônjuge, tem 7 filhos, conta no dia-a-dia com apoio de 1 filha e 1 neto).

“Prefiro pagar, assim é melhor, para não ser um peso morto que dá trabalho aos filhos. A velhice é muito triste é só para dar trabalho a quem cuide de nós”. (D. Emília Carvalho, dependente, 84 anos, vive com indivíduos entre os 25 e os 64 anos/filha e genro, tem 5 filhos, conta com 2 filhas e 1 neto exteriores à coabitação).

“É melhor pagar, ao menos não tenho de ficar como se me estivessem a fazer um favor, assim é melhor e tratam-me melhor”. (D. Maria de Fátima, dependente, 62 anos, vive com indivíduos com 65 e mais anos/irmãos, não tem filhos).

“Prefiro pagar, não quero dar mais trabalho ao meu irmão do que já dou”. (Sr. João Carvalho, frágil, 63 anos, vive com irmão e cunhada, não tem filhos).

“Prefiro pagar, é melhor e não há chatices com os meus irmãos ... “Acho preferível ter ajuda de profissionais, é melhor e sabem lidar com pessoas como eu”. (Sr. Manuel Costa, dependente, 61 anos, vive com outro familiar/irmão, não tem filhos).

“Prefiro pagar, assim não dou tanto trabalho à minha família a cuidar de mim”. (D. Maria Adelaide, dependente, 87 anos, vive com indivíduos com 65 e + anos e com indivíduos entre os 25 e os 64 anos, vive com a filha neto e genro).

Um outro motivo para que os idosos prefiram os cuidados profissionais prende-se com o facto de os percepcionarem como de melhor qualidade. Justificam esta avaliação de diversas maneiras, sendo que uma delas consiste, uma vez mais, em declarar que, graças aos serviços que prestam as auxiliares de acção directa (“as meninas” ou “as senhoras”), os seus familiares não têm o quotidiano tão sobrecarregado. Entre outras justificações invocadas, são de realçar as declarações segundo as quais o desempenho dos profissionais lhes proporciona um sentimento de maior segurança e, ainda, contribui para lhes poupar tensões e conflitos com os próximos.

“Preferia não ter de pagar é só despesas e a reforma é poucacinha, mas os filhos também não podem fazer tudo. Também têm as coisas deles pra tratar, andam sempre com pressa. Assim com a ajuda das meninas do apoio domiciliário tenho mais ajuda no banho, que é o que mais me preocupa que é entrar para a banheira, tenho muito medo de cair e elas sabem o que fazem, são muito boas”. (D. Carolina Pimenta, dependente, 70 anos, vive com indivíduos entre os 25 e os 65 anos/filha, genro e neta/tem 3 filhos).

“Quando são as profissionais, sinto-me muito bem, tranquila. Elas sabem o que fazem. Fazem um bom trabalho ... quando é alguém da família é tudo mais à pressa e não fazem as coisas tão bem.” (D. Maria Alice Costa, dependente, 76 anos, vive com a filha e genro, tem 2 filhos, conta com mais 1 filho na relação exterior à coabitação).

“Acho que ninguém gosta de estranhos a tratar de nós, preferia que fosse as filhas mas elas não querem trabalho e têm a vida delas e a minha mulher já não pode fazer tudo sozinha”. (Sr. Joaquim Araújo, dependente, 73 anos, vive com o cônjuge, conta com 2 filhos e 3 netos na relação exterior de coabitação, tem 8 filhos).

“ Sinto-me mais em segurança quando são as funcionárias do Sad a tratar de mim, a família não ajuda nada”. (Sr. Adelino Eiras, frágil, 64 anos, vive com outro familiar/irmão, não tem filhos).

“Prefiro que sejam as pessoas do apoio, sabem o que fazem e eu pago pelos serviços”. (Sr. Armindo Leite, dependente, 77 anos, vive com outro familiar/sobrinha, marido e filho, não tem filhos).

“Sinto-me mais em segurança quando é um profissional, elas sabem o que fazem, melhor do que a família”. (Sr. Carlos Moreira, dependente, 83 anos, vive com indivíduos com 65 e + anos/cônjuge, tem 7 filhos, conta no dia-a-dia com apoio de 1 filha e 1 neto).

“Sinto-me mais em segurança quando são as meninas do apoio domiciliário, elas sabem, como cuidar de mim”. (D. Maria de Fátima, dependente, 62 anos, vive com indivíduos com 65 e mais anos/irmãos, não tem filhos).

“Sinto-me bem com a família e com as funcionárias, mas as meninas do apoio sabem o que fazem, trabalham nisto há mais tempo e prestam melhor os cuidados”. (D. Maria Gomes, dependente, 86 anos, vive com filha e genro, tem 4 filhos com quem conta exteriores à relação de coabitação).

“Sinto-me melhor quando estou a ser ajudado por pessoas que sabem fazer estes serviços do que com os meus irmãos, pois, com eles, só discutimos ... porque eles dizem que só eles é que sabem fazer as coisas e fazem à maneira deles. ... Sinto-me mais em segurança quando são as senhoras do apoio domiciliário que sabem o que fazem ... ”. (Sr. Manuel Costa, dependente, 61 anos, vive com outro familiar/irmão, não tem filhos).

“Prefiro que sejam as meninas do apoio, a família é só conflitos e confusão”. (D. Maria de Fátima, dependente, 62 anos, vive com indivíduos com 65 e mais anos/irmãos, não tem filhos).

Outros idosos dizem não sentir grande diferença de qualidade entre os cuidadores familiares e os cuidadores profissionais, ainda que alguns acabem por declarar que, passada uma primeira fase de habituação necessária, os segundos se tornaram mais importantes no quotidiano e revelam vantagens significativas.

“Sinto-me bem tanto com os familiares como com as senhoras que vêm prestar o domicílio, mas nunca pensei que estaria assim nesta fase da minha vida, mas esta tudo bem”. (D. Carolina Pimenta, dependente, 70 anos, vive com indivíduos entre os 25 e os 65 anos/filha, genro e neta/tem 3 filhos).

“Seja os familiares ou as meninas do apoio, sinto-me bem tratada. Não tenho razões de queixa de ninguém”. (D. Emília Carvalho, dependente, 84 anos, vive com indivíduos entre os 25 e os 64 anos/filha e genro, tem 5 filhos, conta com 2 filhas e 1 neto exteriores à coabitação).

“Sinto-me em segurança seja com a família ou com as senhoras do Apoio Domiciliário, é indiferente para mim, todos me tratam bem”. (Sr. Armindo Leite, dependente, 77 anos, vive com outro familiar/sobrinha, marido e filho, não tem filhos).

“Sinto-me bem e em segurança com a família e com as funcionárias do apoio domiciliário”. (Sr. João Ferreira, frágil, 63 anos, vive com irmão e cunhada, não tem filhos).

“Todos me tratam bem sinto-me em segurança com a família e com as funcionárias do apoio domiciliário”. (D. Maria Adelaide, dependente, 87 anos, vive com indivíduos com 65 e + anos e com indivíduos entre os 25 e os 64 anos, vive com a filha neto e genro).

“Em segurança sinto-me com as senhoras do apoio domiciliário e com a família. Tenho de confiar nas pessoas e sentir-me bem senão não posso viver a depender delas como dependo”. (D. Maria Alice Costa, dependente, 76 anos, vive com a filha e genro, tem 2 filhos, conta com mais 1 filho na relação exterior à coabitação).

“Sinto-me bem com os familiares e com as senhoras que prestam o apoio domiciliário, são de confiança e já nos afeiçoamos a elas, até estranho quando não vêm aqui a casa.” (Sr. Joaquim

Araújo, dependente, 73 anos, vive com a cónjuge, conta com 2 filhos e 3 netos na relação exterior de coabitação, tem 8 filhos).

“Em segurança sinto-me das duas formas. Mas as senhoras do apoio fazem melhor as coisas e prestam-me mais atenção que a minha filha e o meu marido, há dias que não têm muita paciência para mim”. (D. Maria Alice Sousa, dependente, 68 anos, vive com o cónjuge, tem 1 filha).

“Claro que preferia não ter de pagar para me fazerem a higiene e a comida mas tem de ser mas sinto-me à vontade com ambas as coisas. Ao início estranhei ter pessoas estranhas a dar-me banho e a vir aqui a casa mas agora já me habituei e gosto muito delas e a minha filha não pode fazer tudo tem as coisas dela para tratar ... Estou bem assim, tenho as funcionárias da instituição que me ajudam muito e tiram muito trabalho à minha família. Elas sabem o que fazem e tratam-me bem e com cuidado. É bom que sejam elas a cuidar de mim, a minha filha não fazia assim tão bem como as senhoras do apoio domiciliário”. (D. Maria Alice Costa, dependente, 76 anos, vive com a filha e genro, tem 2 filhos, conta com mais 1 filho na relação exterior à coabitação).

“Preferia que fosse a família, mas assim está bem. Porque são pessoas estranhas que não conhecemos ao início e é sempre difícil mas depois habituamo-nos e gostamos mais que sejam elas do que os filhos a tratar de nós”. (D. Emília Carvalho, dependente, 84 anos, vive com indivíduos entre os 25 e os 64 anos/filha e genro, tem 5 filhos, conta com 2 filhas e 1 neto exteriores à coabitação).

“Ao início não queria o SAD, mas agora prefiro que sejam as meninas do apoio domiciliário, trabalham bem e ajudam-me muito, agora não as trocava (funcionárias do Sad)”. (D. Maria Gomes, dependente, 86 anos, vive com filha e genro, tem 4 filhos com quem conta exteriores à relação de coabitação).

Para além de classificar positivamente os cuidados prestados pelas profissionais do SAD, quase todos os idosos deste subconjunto dão exemplos de melhorias introduzidas no seu quotidiano desde que passaram a ser utilizadores do SAD. Se alguns referem sobretudo melhorias na organização da vida doméstica e, até, no seu estado de saúde, alguns também salientam o facto de se sentirem menos abandonados e desanimados. Dos 13 idosos cujas entrevistas estamos a referir neste ponto do nosso trabalho, somente um declara não ver mudanças significativas na sua vida desde que recebem cuidados domiciliários⁵¹.

“A minha vida mudou para melhor, as coisas cá em casa estão mais organizadas e não tenho que me preocupar como dantes com as coisas. A comida é boa e a casa está sempre arrumada. Sinto-me mais bem cuidado”. (Sr. Adelino Eiras, frágil, 64 anos, vive com outro familiar/irmão, não tem filhos).

⁵¹ *“Acho que está igual nem melhorou nem piorou”.* (João Ferreira, frágil, 63 anos, vive com irmão e cunhada, não tem filhos).

“A minha saúde melhorou, pelo menos está melhor, a minha alimentação está melhor e também mais controlada”. (Sr. Carlos Moreira, dependente, 83 anos, vive com indivíduos com 65 e + anos/cônjuge, tem 7 filhos, conta no dia a dia com apoio de 1 filha e 1 neto).

“Acho que estou melhor. A comida é boa e chega sempre a tempo e horas, o banho é bem dado, têm muito cuidado para eu não cair na casa de banho... são outros cuidados”. (D. Carolina Pimenta, dependente, 70 anos, vive com indivíduos entre os 25 e os 65 anos/filha, genro e neta/tem 3 filhos).

“Agora estou melhor, sinto-me mais acompanhada, porque as pessoas se preocupam comigo. Converso muito com as meninas e elas animam-me muito e deixam-me sempre mais bem disposta.” (D. Emília Carvalho, dependente, 84 anos, vive com indivíduos entre os 25 e os 64 anos/filha e genro, tem 5 filhos, conta com 2 filhas e 1 neto exteriores à coabitação).

“A minha vida mudou para melhor, sim. A comida é muito melhor, faço a minha higiene todos os dias, a casa está mais bem cuidada e mais limpa, dantes parecia um chiqueiro. Estamos muito melhor. As pessoas do Centro são cuidadosas, conversam muito connosco e deixa-nos mais bem-dispostas”. (D. Maria de Fátima, dependente, 62 anos, vive com indivíduos com 65 e mais anos/irmãos, não tem filhos).

“Acho que sim, que estou melhor agora. Sinto-me mais bem cuidada”. (D. Maria Gomes, dependente, 86 anos, vive com filha e genro, tem 4 filhos com quem conta exteriores à relação de coabitação).

“Para melhor não mudou, porque comecei a recorrer ao SAD desde que a minha mulher faleceu. Mas estou bem assim, não me sinto sozinho, estou bem acompanhado”. (Sr. Armindo Leite, dependente, 77 anos, vive com outro familiar/sobrinha, marido e filho, não tem filhos).

“Estou mais recuperado, as senhoras incentivam-me muito a fazer coisas sozinho e a melhorar a minha saúde”. (Sr. Joaquim Araújo, dependente, 73 anos, vive com a cônjuge, conta com 2 filhos e 3 netos na relação exterior de coabitação, tem 8 filhos).

“Sim, acho que tenho a minha vida mais organizada”. (Sr. Manuel Costa, dependente, 61 anos, vive com outro familiar/irmão, não tem filhos).

“A minha vida mudou para melhor, sinto-me melhor que antes”. (D. Maria Adelaide, dependente, 87 anos, vive com indivíduos com 65 e + anos e com indivíduos entre os 25 e os 64 anos, vive com a filha neto e genro).

“A minha saúde está mais bem cuidada. Alimento-me bem e elas (as profissionais do SAD) não me deixam parar, se calhar se não fosse elas, hoje estaria pior e nem me mexia como mexo”. (D. Maria Alice Costa (dependente, 76 anos, vive com a filha e genro, tem 2 filhos, conta com mais 1 filho na relação exterior à coabitação).

“Sinto-me mais bem cuidada e apoiada pelas senhoras do apoio domiciliário. Tratam bem de mim e ajudam-me muito em tudo o que preciso e preocupam-se comigo e animam-me muito para melhorar”. (D. Maria Alice Sousa, dependente, 68 anos, vive com o cônjuge, tem 1 filha).

Há, todavia, alguns motivos para considerar que a avaliação que os idosos fazem relativamente aos cuidados que recebem resulte do facto de terem interiorizado bastante profundamente o peso dos constrangimentos que pesam sobre eles e que limitam fortemente, inviabilizam até, a implementação de alternativas à situação que estão a

viver. Aparentam quase todos dar o seu consentimento não somente quanto ao facto de não poderem contar com o apoio de familiares ou próximos como, ainda, relativamente aos tipos de apoio que lhes são proporcionados e que, como é sabido, visam essencialmente resolver os problemas da sobrevivência biológica (alimentação, higiene pessoal e doméstica, cuidados de saúde). Mas, como refere B. Lahire (2016 – *Pour la Sociologie*, Paris: La Découverte), o consentimento não é mais do que “a varinha mágica” que transforma uma situação objectivamente dissimétrica, porque fruto de diversos processos de dominação, em situação (aparentemente) livremente escolhida. O consentimento resulta, na realidade, de um longo trabalho invisível, efectuado no decorrer da própria socialização dos indivíduos, que o torna possível, o que significa que é a realidade social que se impõe aos indivíduos que o condiciona e estrutura. Lahire cita a este respeito o sociólogo americano Joseph Gusfield (Lahire, 2016: 90) que, na mesma linha que Bourdieu, a respeito do “amor do necessário” resumiu a mesma “lei” do social com a seguinte formulação: “O que não podemos imaginar, não podemos o desejar”. É precisamente por este motivo que os indivíduos são frequentemente mais “razoáveis” do que pensamos: o que não lhes é acessível não se torna desejável e acabam por amar somente o que a situação objectiva os autoriza a gostar. Como lembra B. Lahire, no texto já citado, “sem tomar consciência disto, não confundem os seus desejos com a realidade, mas confundem a realidade dos possíveis, fixados pela rede das relações de interdependência na qual se encontram, com os seus desejos os mais pessoais”⁵². Dito ainda de outro modo, as suas esperanças subjectivas são moldadas pela interiorização das condições sociais que delimitam o que, para eles, é possível e impossível. O facto de certas passagens das entrevistas contrastarem claramente com as apreciações positivas que os idosos fazem sobre o recurso aos serviços de apoio domiciliário e sobre a fase da vida que atravessam configura, no nosso entender, um primeiro indicador desta tendência para transformar a necessidade em escolha. Destacamos a este respeito as passagens em que os entrevistados fazem um

⁵² Halbwachs dizia que “um conjunto de influências sociais (...) penetra em nós sem o suspeitarmos desde o acordar da nossa consciência, de tal modo que nos habituamos a confundi-las connosco próprio”. In: *La Psychologie collective*, Flammarion, Paris, 2015, p. 50. Citado por B. Lahire, opus cit., p.100 e seg.

balanço bem menos positivo da sua vida presente e expressam directamente o sentimento de terem perdido o controlo sobre a sua própria vida⁵³.

“Perdi a minha independência, dependo muito dos outros agora e tenho saudades de poder fazer as coisas e sair de casa quando quero mas já não posso”. (Sr. Adelino Eiras, frágil, 64 anos, vive com outro familiar/irmão, não tem filhos).

“Tenho saudades de não depender de ninguém mas a vida não faz o que a gente quer. Gostava de poder tomar banho sozinho sem ninguém e de passear sozinho”. (Sr. Carlos Moreira, dependente, 83 anos, vive com indivíduos com 65 e + anos/cônjuge, tem 7 filhos, conta no dia-a-dia com apoio de 1 filha e 1 neto).

“Só tenho saudades de poder fazer eu as minhas coisinhas... de poder cozinhar sem ninguém de volta de mim, de tomar banho sozinho sem ninguém a ver, agora é só gente de volta de mim e perde-se um pouco a nossa privacidade.” (D. Carolina Pimenta, dependente, 70 anos, vive com indivíduos entre os 25 e os 65 anos/filha, genro e neta/tem 3 filhos).

“Tenho saudades de cuidar da casa sozinho, de não precisar de apoio dos outros, de ser eu a mandar na minha vida ... quando se é velho os outros é que passam a mandar em nós. É assim a vida, agora são eles que mandam.” (D. Emília Carvalho, dependente, 84 anos, vive com indivíduos entre os 25 e os 64 anos/filha e genro, tem 5 filhos, conta com 2 filhas e 1 neto exteriores à coabitação).

“Acho que perdi a minha liberdade, agora são os outros que mandam em mim ... agora são eles que mandam, o que posso fazer? Estou velha, agora não mando nada”. (D. Maria Gomes, dependente, 86 anos, vive com filha e genro, tem 4 filhos com quem conta exteriores à relação de coabitação).

“Tenho saudades da minha casa. Tive de vir viver com a minha sobrinha e a família dela”. (Sr. Armindo Leite, dependente, 77 anos, vive com outro familiar/sobrinha, marido e filho, não tem filhos).

“Tenho saudade da minha casa, de ter uma vida independente sem precisar de ninguém”. (Sr. João Ferreira, frágil, 63 anos, vive com irmão e cunhada, não tem filhos).

“Tenho saudades de tomar banho sozinho, de não ter de depender dos outros até para ir à casa de banho e de sair de casa sozinho ... Agora são eles que mandam em mim. Eu deixei de mandar. Eles é que sabem como fazer as coisas...”. (Sr. Joaquim Araújo, dependente, 73 anos, vive com a cônjuge, conta com 2 filhos e 3 netos na relação exterior de coabitação, tem 8 filhos).

“Tenho saudades de não ser doente, de não ter de precisar de ninguém, de fazer as minhas coisas sem precisar de ajuda”. (Sr. Manuel Costa, dependente, 61 anos, vive com outro familiar/irmão, não tem filhos).

“Tenho saudades de não precisar da ajuda de ninguém, de decidir sobre a minha vida... sim, porque são eles que decidem praticamente tudo sobre a minha vida”. (Maria Adelaide, dependente, 87 anos, vive com indivíduos com 65 e + anos e com indivíduos entre os 25 e os 64 anos, vive com a filha neto e genro).

⁵³ Apenas uma dos 13 entrevistados declara que a dependência e a necessidade de recorrer aos cuidados de profissionais não tem nenhum efeito negativo sobre a sua vida: *“Não perdi nada, nem tenho saudades de nada a minha vida só melhorou”.* (Maria de Fátima, dependente, 62 anos, vive com indivíduos com 65 e mais anos/irmãos, não tem filhos), acrescentando, em franco contraste com os restantes: *“quem decide as coisas, sou eu”.*

“Tenho saudades de quando era nova e não era doente. Acho que perdi um pouco a minha liberdade de sair de casa quando queria ou fazer o que me apetecia. Agora tenho os outros a mandar em mim ... Quando se é velho, são os filhos que mandam em nós. Já mando pouco em mim”. (D. Maria Alice Costa (dependente, 76 anos, vive com a filha e genro, tem 2 filhos, conta com mais 1 filho na relação exterior à coabitação).

“Tenho saudades de ter a minha saúde e poder fazer as minhas coisinhas do dia-a-dia e não ter que ficar a depender de ninguém ... agora são eles que mandam, eu pouco posso fazer”. (D. Maria Alice Sousa, dependente, 68 anos, vive com o cônjuge, tem 1 filha).

As respostas dos entrevistados às questões relativas aos eventuais ganhos que o recurso aos serviços de apoio domiciliário provocaram no plano do relacionamento com os familiares⁵⁴ constituem outro indicador da tendência para aceitar o irremediável e acabar por o considerar desejável, por impossibilidade de desejar o inimaginável. Depois de situar as respostas recolhidas nesta parte da entrevista no conjunto de cada uma das 13 realizadas, procuramos identificar em cada uma o modelo predominante de relação entre cuidados familiares e cuidados profissionais, chegando, assim, à classificação constante do quadro nº39 .

Quadro nº39 - Relação entre cuidadores familiares e profissionais segundo o sexo e estado de saúde

Sexo e estado de saúde	Complementaridade	Substituição	Totais
Homens Frágeis	1	1	2
Homens Dependentes	2	2	4
Mulheres Dependentes	4	3	7
Totais	7	6	13

3 homens e 3 mulheres foram classificados como vivendo um processo de substituição dos cuidados familiares pelos profissionais, sem ganhos no que respeita à satisfação das necessidades relacionais ou de maior reconhecimento por parte dos seus próximos. De realçar que 4 destes 6 idosos não tiveram filhos, pelo que os laços a que se referem situam-se ao nível da fratria e dos amigos/vizinhos:

“Os meus irmãos continuam a não quererem saber. Raramente passam por aqui”. (Sr. Adelino Eiras, frágil, 64 anos, vive com outro familiar/irmão, não tem filhos. **Substituição**).

⁵⁴ A recolha de informações acerca das mudanças concretas vividas, ou não, pelos idosos foi orientada pelo seguinte conjunto de perguntas: “Desde que recebe cuidados no domicílio, sente que os seus familiares estão mais disponíveis para si? Passam mais tempo do que anteriormente consigo? Prestam-lhe agora apoios que antes de receber serviços no domicílio não tinham tempo de realizar? Estão mais disponíveis para a levar a passear, para lhe ler o jornal, conversar consigo?”

“Os meus filhos vêm ainda menos aqui a casa do que antes. Deixaram de ter tanto trabalho connosco. Às vezes só vêm de fugida, parece que têm menos tempo agora para nós.” (Sr. Carlos Moreira, dependente, 83 anos, vive com indivíduos com 65 e + anos/cônjuge, tem 7 filhos, conta no dia a dia com apoio de 1 filha e 1 neto que não coabitam com ela. **Substituição**).

“Eu e os meus irmãos discutimos muito, por isso falamos apenas o essencial”. (Sr. Manuel Costa, dependente, 61 anos, vive com outro familiar/irmão, não tem filhos. **Substituição**).

“Desde que temos apoio domiciliário as minhas irmãs, os cunhados e os sobrinhos, deixaram de aparecer aqui em casa, já nem querem saber de nós”. (D. Maria de Fátima, dependente, 62 anos, vive com indivíduos com 65 e mais anos/irmãos, não tem filhos. **Substituição**).

“O tempo que passamos juntos é igual ao que era antes de ter o apoio, não é por isso que me dão mais atenção ou cuidam melhor de mim. Fazemos as mesmas coisas que antes... passear e conversar com a minha filha e o genro ... os outros são mais ao fim-de-semana que me vêm visitar”. (D. Maria Alice Costa, dependente, 76 anos, vive com a filha e genro, tem 2 filhos e 1 filho que não coabita com ela. **Substituição**).

“Penso que o tempo que passam comigo é igual ao que era antes. Acho que isso não mudou nada”. (D. Maria Gomes, dependente, 86 anos, vive com filha e genro, tem 4 filhos exteriores à relação de coabitação. **Substituição**).

A leitura dos seus depoimentos torna claro que para 4 destes idosos o facto de os familiares não terem mais que assegurar a prestação de cuidados quotidianos não alterou a sua disponibilidade para investirem mais em práticas susceptíveis de os fazerem sentir-se mais protegidos (alargando o leque dos serviços que lhes são prestados) ou mais reconhecidos graças a uma maior interesse e implicação na satisfação das suas necessidades relacionais.

Encontramos nas declarações dos 7 outros idosos que conjugam os contributos de cuidadores familiares e institucionais motivos para considerar que a interacção entre os dois tipos de cuidados aproximava-se do modelo da complementaridade. Estes idosos afirmam com bastante convicção que os seus familiares (filhos, genros ou irmãos) dão provas de maior disponibilidade, principalmente no que respeita à sua disponibilidade para conversar, passear, em suma consideram que ganharam em termos de qualidade da relação inter-pessoal. Alguns referem que tal se deve ao facto de os cuidadores familiares já não terem que integrar à força os cuidados a prestar nas suas rotinas quotidianas já carregadas, deixando deste modo de os fazer “à pressa”. Mas importa realçar também que, em pelo menos 4 casos (D. Carolina, D. Emília, Senhor Armindo e Senhor João), a maior disponibilidade para o desenvolvimento de trocas inter-pessoais decorre não apenas do facto de receberem o apoio do SAD mas, também, porque o idoso passou a residir com os familiares em causa. A intervenção do SAD conjugou-se,

no tempo, com a mudança de residência do idoso para a dos familiares em causa e é, pelo menos em parte, a partilha do mesmo lugar de vida que proporciona relações familiares mais frequentes ou mais atentas e/ou adaptadas às necessidades relacionais dos idosos. No último caso classificado como próximo deste modelo da complementaridade (D. Maria Alice Sousa), os ganhos apontados prendem-se mais com a companhia que lhe faz o marido, já que a entrevistada não deixa de expressar alguma frustração relativamente à falta de disponibilidade da sua filha. Não será, pois, exagerado dizer que, quando existe, a complementaridade é relativamente frágil.

“Os meus filhos passam mais tempo comigo, não vou dizer que não, porque passam. Conversamos mais, estamos mais tempo a ver televisão juntos e a passear quando se pode. Agora como estou a viver com eles estão mais presentes no meu dia-a-dia.” (D. Carolina Pimenta, dependente, 70 anos, vive com indivíduos entre os 25 e os 65 anos/filha, genro e neta/tem 3 filhos. **Complementaridade**).

“Acho que é igual não mudou nada de antigamente, sempre foram disponíveis, mas agora não andam tanto a correr e temos mais tempo para conversar sobre outros assuntos que antes não tínhamos”. (D. Emília Carvalho, dependente, 84 anos, vive com indivíduos entre os 25 e os 64 anos/filha e genro, tem 5 filhos, conta com 2 filhas e 1 neto exteriores à coabitação **Complementaridade**).

“Têm mais tempo para mim, acho que sim. Passeamos muito mais agora do que antes e estamos mais tempos juntos do que antes”. (Sr. Armino Leite, dependente, 77 anos, vive com outro familiar/sobrinha, marido e filho, não tem filhos. **Complementaridade**).

“Acho que sim, porque eu vim viver com o meu irmão e antes ele não me ajudava como agora. Conversamos mais agora que antes e como moramos na mesma casa passamos mais tempo juntos”. (João Ferreira, frágil, 63 anos, vive com irmão e cunhada, não tem filhos. **Complementaridade**).

“Acho que têm mais tempo para mim, passam aqui mais tempo em casa que antes. Vêm cá a casa muitas vezes saber como estou e conversar e levam-me a almoçar fora e a passear”. (Sr. Joaquim Araújo, dependente, 73 anos, vive com a cónjuge, conta com 2 filhos e 3 netos exteriores a coabitação, tem 8 filhos. **Complementaridade**).

“Sim acho que estão mais disponíveis passamos mais tempo juntos, já não têm tanta preocupação em me ter de fazer as coisas como a higiene logo de manha a correr, é um dia mais calmo que ante”. (D. Maria Adelaide, dependente, 87 anos, vive com indivíduos com 65 e + anos e com indivíduos entre os 25 e os 64 anos, vive com a filha neto e genro. **Complementaridade**).

“O meu marido passa mais tempo comigo, mas também não tem muita paciência para estar o dia todo comigo. ... Preferia que fosse só a minha filha a cuidar de mim, mas ela não pode... a minha filha não tem muito tempo, anda sempre a correr”. (D. Maria Alice Sousa, dependente, 68 anos, vive com o cónjuge, tem 1 filha. **Complementaridade**).

Para concluir a respeito da interacção entre cuidadores familiares e institucionais ou informais e formais, o que nos parece importante realçar deste estudo exploratório é que a complementaridade virtuosa entre os dois tipos de cuidados não é à partida a hipótese

mais provável no actual contexto. Sobretudo se nos lembrarmos que a nossa observação incidiu sobre os utilizadores de um SAD num contexto de urbanização difusa, em princípio mais propício à manutenção de laços familiares e de vizinhança relativamente fortes. Se compararmos com os resultados das investigações empíricas levadas a cabo quer na Suíça, quer na Suécia, acima referidas, na base, é certo, de procedimentos metodológicos bastante diferenciados, os sinais de enfraquecimento dos laços familiares e de vizinhança face à incapacidade funcional provocada pelo avançar da idade que tivemos a oportunidade de identificar no decorrer da nossa observação alertam-nos, no mínimo, para a necessidade de questionar as ideias estereotipadas segundo as quais o relacionamento interpessoal é mais “frio”, mais distante, nos países da Europa do Norte do que nos do Sul. Todavia, as dúvidas que ainda persistem relativamente aos modos predominantes de articulação entre solidariedades horizontais e verticais face ao envelhecimento no nosso país só poderão ser superadas pelo aprofundamento do conhecimento acerca deste objecto de estudo/intervenção.

CONCLUSÃO

Para finalizar este trabalho, tentaremos retirar desta reflexão sobre a interacção entre cuidados familiares e cuidados institucionais algumas linhas orientadoras para o trabalho social a promover a partir das instituições que prestam cuidados no domicílio dos idosos. Estabelecer uma ligação com a intervenção nos parece tanto mais necessário quanto a prestação de cuidados no domicílio é uma medida que, no discurso dos responsáveis políticos, parece ser claramente privilegiada actualmente em Portugal. A título de exemplo, até no domínio dos cuidados continuados e paliativos, as recomendações do Plano Nacional de Saúde⁵⁵ para a ampliação da Rede de Cuidados incidem mais no desenvolvimento dos cuidados domiciliários do que na criação de “camas” em instituições.

Independentemente das orientações futuras da política social e do grau de implicação do Estado na promoção de serviços para os mais velhos, não parece haver dúvidas, à luz das evoluções demográficas actuais, que a institucionalização e profissionalização dos cuidados é uma realidade que vai seguramente persistir. Não apenas em virtude do envelhecimento no topo da pirâmide etária e do aumento da longevidade e, com esta, da expressão das doenças crónicas na idade avançada, mas, igualmente, em consequência das transformações observáveis na composição das famílias (o peso crescente das famílias sem filhos ou com 1 ou 2 filhos, em particular), da crescente dispersão geográfica dos núcleos familiares, da forte expressão do trabalho assalariado e de estilos de vida com a marca do individualismo e da busca de satisfações imediatas. Claro que a persistência de um desemprego de massa nos países mais desenvolvidos está na base de análises e propostas de reorganização da protecção social que envolvem mudanças profundas das lógicas de organização a vida social. Umas apontam para a redistribuição mais equilibrada do trabalho que passaria por uma diminuição dos horários semanais de trabalho de todos os trabalhadores e, assim, libertaria tempo que os indivíduos poderiam investir na vida familiar e cívica. Outras orientam-se no sentido da criação de um rendimento base incondicional que, igualmente, criaria as condições de segurança material necessária para que os indivíduos que não exercem uma actividade profissional

⁵⁵ Manuel Lopes (coord), (2010) *Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Cuidados Continuados Integrados: Analisando o presente, perspectivando o futuro*, Evora: Escola Superior de Enfermagem São João de Deus e Centro de Investigação em Ciências e Tecnologias da Saúde

se possam dedicar à multiplicidade de tarefas que, na vida quotidiana, contribuem para a construção de laços no seio da família e das comunidades envolventes. Por prometedoras e interessantes que estas propostas sejam, a verdade é que enfrentam inevitavelmente fortes resistências por parte dos poderes (económicos como políticos) instalados e que não é possível prever se e quando serão efectivamente implementadas. No actual contexto, a necessidade de investir no reforço da complementaridade entre os cuidados assegurados por familiares, amigos/vizinhos ou, mesmo, voluntários e cuidados prestados por instituições e profissionais especializados não nos parece, pois, contestável.

Para responder a este grande desafio, importa, pois, tentar definir algumas linhas estratégicas que poderão contribuir para o enriquecimento das práticas a desenvolver no terreno. Uma linha orientadora fundamental para o aperfeiçoamento do trabalho que cabe às instituições e aos profissionais consiste em contrariar a actual tendência para estabelecer uma divisão do trabalho demasiadamente vincada e simplista entre cuidadores familiares e cuidadores institucionais. Os resultados do nosso estudo empírico mostram que há sérios riscos que tal aconteça: as instituições tendem a especializar-se na provisão de serviços centrados na sobrevivência biológica e material do indivíduo, tais como a alimentação, a higiene do idoso e do seu alojamento, o tratamento da roupa, o interface com os profissionais de saúde cuja intervenção é necessária, incluindo a resolução dos problemas administrativos de que depende a sobrevivência material do idoso. Os familiares e os amigos/vizinhos (quando existem) desimplicam-se destas mesmas tarefas e quando há sinais de complementaridade entre os dois tipos de cuidadores é porque os familiares intervêm um pouco mais na vida relacional do idoso, implicam-se um pouco mais para lhe proporcionar marcas de afectividade e, eventualmente, preocupam-se um pouco mais com ocupações destinadas a evitar que o seu dia-a-dia seja totalmente vazio. As observações realizadas no decorrer da nossa prática profissional, bem como os resultados do nosso estudo empírico, permitem-nos afirmar que este tipo de divisão do trabalho contém muitos riscos ou efeitos negativos.

Um primeiro, já bem identificado, é o desconforto e desamparo acrescidos dos idosos quando as instituições não asseguram a sua prestação de serviços nos fins-de-semana e dias feriados, quando não têm recursos suficientes para garantir várias passagens dos

prestadores de serviços ao longo do dia ou, simplesmente, quando a cultura organizacional não é favorável ao investimento na solicitude necessária para que a prestação de serviços respeite a dignidade do idoso. Trata-se, em suma, de um risco acrescido de negligência.

A solidão, tão bem definida por N. Elias e por Machado Pais (2006) é outro risco a considerar. O que está, então, em causa é a experiência vivida de quem não pode assumir uma autonomia de vida, nem dispõe das ajudas que preencham esse desígnio, a vivência recorrente do sentimento de quem, esteja só ou não, olha em seu redor e se vê entre estranhos ou indiferentes (Machado Pais, 2006), porque o relacionamento, isto é, a comunicação intelectual e afectiva, não existe. Os testemunhos dos entrevistados confrontados com o modelo da substituição dos cuidadores familiares pelos profissionais mostram bem que este risco existe, aliás como os de outros entrevistados que consideramos mais próximos do modelo da complementaridade. Este risco não pode ser apreciado em termos “moralistas”, como resultado de uma espécie de “má formação” de certos indivíduos. Quem reconhece, com a sociologia, que o tipo de indivíduo em que nos tornamos, os valores que assumimos através dos nossos comportamentos resultam de um processo de interiorização de condições económicas, relacionais e culturais que existem fora de nós e que experimentamos dia após dia, percebe bem que as transformações sociais a que assistimos potenciam a formação de indivíduos insensíveis face a este risco de solidão. Uma outra maneira de o compreender consiste em lembrar, também à luz da sociologia, que a família não é (nem nunca foi) um lugar em que as relações de parentesco só, por si, garantem o respeito da integridade e da dignidade dos seus membros bem como fortes vínculos afectivos entre todos.

Destas constatações decorrem dois eixos de intervenção que nos parecem essenciais para quebrar este tipo de divisão do trabalho e promover uma complementaridade realmente enriquecedora entre cuidados familiares e cuidados institucionais.

O primeiro diz respeito ao envolvimento dos familiares e, quando tal não for possível, de outros indivíduos disponíveis para assumirem o papel de pessoa de referência⁵⁶ junto de um idoso (na base do voluntariado ou de laços de amizade pré-existent) fragilizado

⁵⁶ Um pouco à semelhança do que certos profissionais e teóricos recomendam no campo dos cuidados a prestar a crianças maltratadas de modo a evitar os riscos da retirada à família e do internamento em instituições desprovidas de condições para manter vínculos afectivos seguros. Ver a este respeito J. Canha (), *A criança maltratada*, Coimbra: Quarteto.

ou dependente. Faz, no nosso entender, todo o sentido que o gerontólogo, enquanto trabalhador social, desenvolva um trabalho pedagógico junto dos próximos dos idosos sempre que estes dão sinais de não os reconhecer como seres humanos complexos e que, apesar de inevitáveis imperfeições, participaram activamente no seu próprio crescimento. Não se trata seguramente de dar lições de moral. A inutilidade destas e a sua incompatibilidade com os próprios princípios ético-políticos do trabalho social que visa antes de mais o reconhecimento da igualdade de direitos e o desenvolvimento da cidadania são já plenamente verificadas. Trata-se, antes, de fomentar “apenas” a reflexão sobre o mundo que pretendemos construir, para nós próprios e para os nossos filhos: um mundo em que reforçamos a atomização dos seres humanos, cultivando a ilusão de que a vida pode fazer sentido quando nos percebemos a nós próprios como “ilhas” fechadas sobre si, independentes umas das outras, cada uma condenada a resolver sozinha todos os problemas da existência (os materiais, os afectivos e os que se prendem com a necessidade de definirmos quem nós somos)? Ou um mundo em que, graças aos relacionamentos e à reciprocidade das implicações, conseguimos nos desenvolvermos mais, nos tornarmos mais fortes e mais capazes de enfrentar os dilemas e dificuldades da existência? Trata-se também de criar oportunidades de os potenciais cuidadores pensarem nas implicações do exemplo que proporcionam aos membros das gerações mais jovens e nos efeitos futuros, para eles próprios, dos modelos de socialização que propõem aos seus filhos. Como sabe-se bem, hoje, que todos os papéis sociais são aprendidos, os de pai e de filho, em geral, e de filho confrontado com a necessidade de cuidar do pai ou da mãe, em particular, este trabalho de reflexão é uma via possível para tentar evitar a reprodução de processos sociais prejudiciais para os indivíduos neles envolvidos. Um possível instrumento a utilizar neste trabalho, que, repetimo-lo, não significa de modo nenhum substituir-se aos familiares em matéria de decisão, é um conto de Grimm, intitulado “o Avô e o neto” (anexo nºIV) cujo ensinamento pode se resume ao seguinte: o modo como os filhos tratam os seus pais na idade avançada e na presença dos seus próprios filhos tem alta probabilidade de ser reproduzido por estes no futuro.

Este trabalho de reflexão em torno dos valores subjacentes às nossas práticas e escolhas na vida quotidiana não é seguramente suficiente para proporcionar o envolvimento dos familiares ou outros próximos nos cuidados a prestar aos idosos. Visa mais

particularmente a qualidade do relacionamento inter-individual e da coesão familiar, mas terá que ser completado por outro, que pode ser visto como mais “instrumental” porque mais centrado na prestação de serviços. Não é, contudo, menos importante para a dignidade do idoso, desde logo porque os gestos e movimentos que os cuidados implicam podem transmitir sinais potenciadores do sentimento de ser protegido e reconhecido, sinais de indiferença ou, até mesmo, de um desprezo capaz de destruir a identidade do idoso. Para que a vida continue a fazer sentido para o idoso confrontado com a deterioração física e, às vezes, também mental, não basta garantir que este come, seja limpo numa casa limpa, quando os serviços no domicílio não funcionam, é preciso que todos, familiares, próximos e profissionais, se impliquem diária e conjuntamente na descoberta e na concretização dos modos de cuidar que transmitem ao idoso o máximo de respeito pela sua dignidade e individualidade. Cuidados efectuados à pressa e de modo estandardizado não são compatíveis com este critério e alguns extractos das entrevistas que efectuámos revelavam bem o desconforto associado a esta experiência.

Para poder desencadear este tipo de mudança no funcionamento dos SAD não se pode contar apenas com um trabalho de formação/conscientização dos familiares e das auxiliares de acção directa. Há condições organizacionais que não podem ser descuradas, o que torna o desafio ainda maior. Remetem, por exemplo, para o volume de pessoal disponível para cumprir estas tarefas, uma vez que dispor de tempo para realizar os cuidados é uma condição necessária, embora não suficiente, da sua qualidade. Ora, sabemos que os constrangimentos financeiros e os modos de gestão das instituições contribuem, muitas vezes, para tratar este tipo de trabalho como se de uma linha de montagem de objectos estandardizados se tratasse.

As condições de financiamento e os padrões de funcionamento institucional estabelecidos pesam também sobre a segunda linha orientadora do trabalho visando aperfeiçoar a prestação de cuidados aos idosos e contrariar o tipo de divisão do trabalho acima referido. Referimo-nos, com efeito, ao investimento que as instituições produtoras de SAD têm que fazer na promoção de serviços expressamente dirigidos à satisfação das necessidades relacionais e de actividade dos idosos. A satisfação destas necessidades é tão crucial como a das que se prendem mais directamente com a subsistência material dos indivíduos, embora a sua não satisfação possa passar bem mais facilmente despercebida. E há dados empíricos para sustentar a afirmação de que

é nos meios sociais com menos recursos económicos (que representam em Portugal uma parte muito significativa da população em geral e dos idosos em particular) que estas dimensões da vida são mais descuradas, desde logo porque a falta de meios financeiros e as condições de trabalho dos familiares, geralmente mais constrangedoras em termos de horário, se conjugam para limitar seriamente as possibilidades de assegurar a presença junto do idoso de alguém que lhe faça efectivamente companhia. Para além da sua própria pesquisa, J. São José (2012) cita outros trabalhos de investigação desenvolvidos no contexto português cuja conclusão é que “nos meios sociais mais desprovidos de recursos económicos a “sociedade-providência” não tem capacidade para compensar a deficiente intervenção do estado-providência” (p. 79). Tal incapacidade significa que a vida de muitos destes idosos não é mais do que um longo tempo de espera, vazio de relações e de actividades de qualquer tipo, entre as passagens relativamente rápidas das auxiliares de acção directa e, na melhor das hipóteses, o retorno à casa dos familiares após um dia de trabalho ou, então, a visita apressada de uma filha ou filho, antes de ir tratar do seu próprio agregado doméstico. Porque muitas destas famílias não têm os recursos monetários necessários para assegurar um acompanhamento de longa duração por via do recurso ao mercado, encontram-se, de facto, sem soluções para evitar o vazio relacional em que os idosos se encontram. Enfrentar este problema supõe, pois, que se desenvolva um trabalho sistemático de informação e de pressão sobre os decisores institucionais e políticos para que a infraestrutura de serviços sociais existente contrarie a reprodução das desvantagens que pesam sobre os idosos socialmente mais vulneráveis e com estados de saúde frágil e dependente. Por outras palavras, para que haja serviços para contrariar o vazio de relações e de actividade. Mas para bem apreender a complexidade deste problema, importa ainda realçar que não se trata apenas de alargar a duração diária do apoio prestado pelas instituições do terceiro sector (em princípio mais acessíveis à população a que nos referimos e de que a nossa própria amostra é bem representativa). Trata-se, sobretudo, de diversificar consideravelmente os tipos de serviços que os profissionais que assumiriam esta presença mais prolongada, em estreita concertação com familiares, próximos e voluntários, devem ser capazes de prestar a fim de realmente contribuir para a satisfação das necessidades de ligação e actividade, próprias dos seres humanos. Estes profissionais terão que possuir conhecimentos teóricos e saberes fazer que lhes

permitam compreender as especificidades culturais e psicológicas dos idosos concretos que acompanham e, além disto, envolver-se numa pluralidade de tarefas, tais como, recorrer à música, à leitura, às mais diversas actividades manuais (incluindo a culinária) e a meios audiovisuais para suscitar no idoso interesses e projectos e imprimir algum ritmo ao seu quotidiano; incentivar adequadamente a sua mobilidade dentro de casa (associando em tudo o que é possível o idoso às tarefas quotidianas) e, sempre que possível, fora de casa, proporcionando-lhe os suportes necessários para que possa realizar compras, visitar amigos e familiares, ir à igreja, ao cemitério mas, também, porque não, ao cinema ou outro espectáculo ou visita; proporcionar ao idoso uma escuta empática que lhe permita expressar as suas inquietações e sofrimentos, sendo capaz de o ajudar a integrar na representação da sua própria vida os acontecimentos vividos num registo mais negativo a fim de não ficar dominado pelo desespero e, não menos, importante partilhar com os familiares não somente as responsabilidades inerentes a estas tarefas mas igualmente à supervisão necessária para que o conjunto dos cuidados contribua o mais possível para o “bem envelhecer” do idoso. A prestação deste tipo de serviços requer sem dúvida uma alocação de recursos compatíveis com a complexidade do trabalho que consiste em cuidar de uma pessoa em toda a sua complexidade. É provavelmente um dos motivos pelos quais está longe de ser concretizada nos países com sistema de protecção social mais consistente do que o português e de forma generalizada pelas organizações prestadoras de serviços que actuam no mercado. Corresponde, todavia, a uma lógica de intervenção que encontra nos contributos das ciências sociais acerca das necessidades humanas e do envelhecimento um importante fundamento. Tentar pô-la em prática, nem que seja numa escala reduzida e numa perspectiva experimental que inclui a avaliação dos seus resultados, será seguramente um modo valioso de contribuir para a evolução das políticas e medidas neste campo. Sustentar políticas sociais e práticas profissionais em evidências empíricas é, com efeito, uma condição para as tornar mais eficazes e eficientes mas, também, para torna mais forte a influência a exercer sobre os decisores.

Bibliografia

- Armi, F. et Guilley, E. (2004). “La fragilité dans le grand âge. Définition et impact sur les échanges de services” in: *Gérontologie et société*, n° 109
- Elias, N. (1998). Vieillir et mourir: quelques problèmes sociologiques. In Elias.N. *La solitude des Mourants*. Collections Detroits : Christian Bourgois Éditeur
- Dunér, A. et Nordström, M. (2007). *Ageing and Society*. The roles and functions of the informal support networks of older people who receive formal support. Vol 27
- Fries (1980). *Aging Natural Death and the Compression of Morbidity*. The New England Journal of Medicine
- Gofman (1968). *Asiles*. Paris :Minuit
- Guillemard, A. (1996). *Vieillesse et exclusion*. Em Paugam, S. L'exclusion des savoirs. Paris: La Découverte
- Gruenberg, E. M. (1977). *The failures of success*. Milbank Men Fund Health Soc, n° 55
- José S. José, (2012). Sociologia Problemas e Práticas. A divisão dos Cuidados Sociais prestados a pessoas idosas. Complexidade, desigualdades e preferências, n° 69
- Lalivé d'Épinay, C. (2003). La retraite et après? Vieillesse entre science et conscience. Université de Genève : Centre Interfacultaire de Gérontologie & Département de Sociologie
- Lenoir, R. (1979). L'invention du troisième âge et la constitution du champs des agents de gestion de la vieillesse. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, vol. 2, n° 1
- Lenoir, R. (1985). L'effondrement des bases sociales du familialisme. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales* n° 57/58
- Lenoir, R. (1990). Objet sociologique et problème social. Em *Champagne, P. et al.* Initiation à la Pratique Sociologique. Paris : Dunod
- Lesemann, F. et Martin, C. (1995). *Estado, comunidade e família face à dependência dos idosos*. Sociologia – Problemas e Práticas., n° 17

Machado Pais, J. (2006), *Nos rastros da solidão. Deambulações sociológicas*, Porto: Âmbar

Elias, N. (1998). *La solitude des Mourants*. Collections Detroit : Christian Bourgois Éditeur

Paula, A. et Gil, M. (1998). *Solidariedades Intergeracionais*. Tese de Mestrado em Sociologia da Família e População. Universidade de Évora.

Sundstrom, G. et al (2006), Balancing family and state care: neither, either or both? The case of Sweden, *Ageing and Society*, vol. 26 (5)

Rummery, K. et Fine, F. (2012) Care: A Critical Review of Theory, Policy and Practice” In: *Social Policy & Administration*, Vol. 46, Nº. 3

Outros Documentos Consultados

Censos 2011

INE

Portada

Eurostat

Segurança Social Circular Normativa nº 4 da segurança social

Anexos

Anexo I- Serviços Prestados pelo SAD

Quadro nº40- Serviços prestados pelo Sad

Serviços prestados	Homens	Mulheres
Alimentação + Apoio Psicossocial	3	0
Alimentação + Higiene Pessoal+ Apoio Psicossocial	2	8
Higiene Pessoal + Apoio Psicossocial	1	1
Higiene Pessoal + Tratamento de Roupa + Apoio Psicossocial	1	2
Alimentação + Higiene Pessoal+ Tratamento de Roupa+ Apoio Psicossocial	0	2
Alimentação+ Higiene Pessoal+ Tratamento de Roupa+ Limpeza Habitacional+ Apoio Psicossocial	3	1
Alimentação+ Trat. Roupa+ Apoio Psicossocial + Acompanhamento a consultas/exames + Aquisição de Bens Materiais e pagamento de services	1	0
Alimentação+ Tratamento de Roupa+ Limpeza Habitacional+ Apoio Psicossocial	1	0
Alimentação+ Apoio Psicossocial+ Acompanhamento a consultas/exames + Aquisição de Bens Materiais e Pagamento de Serviços	0	1
Alimentação + Apoio Psicossocial + Acompanhamento a Consultas/exames + Aquisição de bens materiais e pagamento de serviços	2	0
Alimentação + Hig. Pessoal + Trat. Roupa+ Limpeza habitacional+ Apoio Psicossocial+ Acompanhamento a consultas/exames+ Aquisição de bens materiais e pagamento de serviços	1	0
Totais	15	15

Quadro nº41 - Número de horas de prestação de serviços e nº de profissionais que prestam o serviço

Serviços prestados pelo SAD	Nº de Horas de prestação de serviços	Nº de profissionais que presta o serviço
Alimentação + Apoio Psicossocial	2	2
Alimentação + Higiene Pessoal+ Apoio Psicossocial	3	4
Higiene Pessoal + Apoio Psicossocial	2	3
Higiene Pessoal + Tratamento de Roupa + Apoio Psicossocial	3	4
Alimentação + Hig. Pessoal+ Tratamento de Roupa+ Apoio Psicossocial	4	5
Alimentação+ Hig. Pessoal+ Tratamento de Roupa+ Limpeza Habitacional+ Apoio Psicossocial	5	6
Alimentação+ Trat. Roupa+ Apoio Psicossocial + Acompanhamento a consultas/exames + Aquisição de Bens Materiais e pagamento de services	5	5
Alimentação+ Trat. roupa+ Limpeza Habitacional+ Apoio Psicossocial	4	4
Alimentação+Apoio Psicossocial+ Acompanhamento a consultas/exames + Aquisição de Bens Materiais e Pagamento de Serviços	5	5
Alimentação+Apoio Psicossocial+Acompanhamento a Consultas/exames + Aquisição de bens materiais e pagamento de serviços	4	4
Alimentação + Hig. Pessoal + Trat. Roupa+ Limpeza habitacional+ Apoio Psicossocial+ Acompanhamento a consultas/exames+ Aquisição de bens materiais e pagamento de serviços	7	8
Totais	44	41

ANEXO II- Recolha de Dados

RECOLHA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Nome: _____

Data de Nascimento: ___/___/___

Naturalidade: _____

Nacionalidade: _____

Estado Civil: Solteiro(a)

Casado(a)

Viúvo(a)

Idade	
menos 65 anos	
65 a 69 anos	
70 a 74 anos	
75 a 79 anos	
80 a 84 anos	
85 a 89 anos	
90 a 94 anos	
95 e + anos	

Nível de Instrução		
Analfabeto/a	só sabe ler	sabe ler e escrever

Profissão: _____

Situação na profissão		
Patrão	Trabalhador por conta própria	Trabalhador por conta de outrem

Valor da pensão/ reforma: _____

Tipo de regime de reforma de que usufrui:

Pensão Social Pensão do Regime Contributivo:

Composição do grupo doméstico	Vive só		Quem?
	Vive com indivíduo com + de 65 anos		
	Vive com indivíduos entre os 25 e 64 anos		
	Vive com indivíduos com mais e com menos de 65 e ainda outro indivíduo com menos de 25 anos		
	Vive com indivíduos com mais e com menos de 65 anos		
	Vive com indivíduos com menos de 65 e ainda outro menos de 25 anos		

Indique a idade caso viva com indivíduo com idade igual ou inferior a 25 anos: _____

No grupo doméstico com quem pode contar no seu dia à dia?

Cônjuge	Filho(a)	Neto(a)	Outro familiar	Vizinho/ Amigo

Quantos filhos tem: _____

Número de filhos exteriores à relação de coabitação com quem pode contar no dia-a-dia: _____

Número de netos exteriores à relação de coabitação com quem conta: _____

Outro familiar com quem conta: _____

RECOLHA DE DADOS SAD

Data em que começou a receber serviços domiciliários: ____/____/____

Quais os serviços domiciliários que recebe do SAD

Serviços prestados pelo SAD	Assinale com um x
Alimentação	
Higiene Pessoal	
Limpeza habitacional	
Tratamento de Roupa	
Acompanhamento a consultas médicas/exames	
Aquisição de bens materiais/pagamento de serviços	
Apoio Psicossocial	

RECOLHA DE DADOS SAÚDE

Cuidados de Saúde que recebe ao Domicilio	Assinale com um X
Fisioterapia	
Troca de Algália	
Tratamento de feridas, escaras, úlceras de pressão	
Controlo sanguíneo	
Troca de sonda-nasogátrica	

Atividades	Assinale com um X se não cumpre uma ou mais atividades
Fazer a higiene pessoal completa	
Vestir/despir	
Comer sem ajuda	
Levantar/Deitar	
Deslocar-se no interior da habitação	

RECOLHA DE DADOS CONTEUDOS DAS TROCAS

Serviços prestados ao idoso por familiares, amigos/vizinhos (assinale com um x)

Serviços Prestados	Frequência					
	Nunca	Raramente	De mês a mês	De quinze em quinze dias	1 vez por semana	Todos os dias
Arrumar / limpar a casa						
Levar ou preparar refeições						
Fazer as compras do dia-a-dia						
Tratar da roupa						
Acompanhar a uma consulta médica						
Fazer pequenas reparações						
Ajudar a tratar de documentos						
Ficar com ele à noite						
Fazer a higiene pessoal						

Serviços Prestados	Quem prestava o serviço						
	Cônjuge	Filho	Filho exterior	Neto	Neto exterior	Outro familiar	Amigo vizinho
Arrumar / limpar a casa							
Levar ou preparar refeições							
Fazer as compras do dia-a-dia							
Tratar da roupa							
Acompanhar a uma consulta médica							
Fazer pequenas reparações							
Ajudar a tratar de documentos							
Ficar com ele à noite							
Fazer a higiene pessoal							

ANEXO III- Entrevista

ENTREVISTA

- 1- Antes de receber serviços domiciliários, já precisava de ajudas na realização das atividades diárias?
- 2- Em que tipo de actividades? (retomar a classificação prestação de serviços e quais? Realização das tarefas domésticas; Trazer ou preparar refeições; Fazer compras; Fazer pequenas reparações e jardinagem; Ajudar a tratar de questões administrativas, ir ao banco, levantar o vale da reforma; Ajudar na realização da higiene pessoal. /suporte prático)
- 3- E no que respeita às oportunidades de encontros interpessoais, tais como passear, conversar, partilhar refeições, ir juntos ao café ou outro lugar importante para si, podia contar com alguém? /suporte relacional
- 4- Quem lhe prestava ajuda? Residia consigo? Ou vinha ter consigo diariamente (ou com outra frequência)?
- 5- Quanto tempo aproximadamente passava consigo durante o dia e na realização destas actividades?
- 6- Os apoios que mencionou lhe eram prestados com que frequência? Diariamente ou ...
- 7- Eram só os familiares que lhe prestavam apoio ou também amigos/vizinhos?
- 8- Quanto tempo costumava passar com eles?
- 9- Tinha o sentimento que os seus próximos prestavam-lhe estes apoios com gosto e afecto ou, pelo contrário, sentia-se um encargo para eles, tinha o sentimento de estar sempre a lhes dever alguma coisa?
- 10- Estava satisfeito com as ajudas recebidas ou teria gostado que outras pessoas estejam disponíveis para si? E se sim, quem?
- 11- Desde que recebe serviços domiciliários, sente-se mais acompanhado? Ou pelo contrário tem um maior sentimento de solidão?
- 12- Considera que tem mais pessoas com as quais pode contar ou, pelo contrário, anteriormente, contava com mais pessoas na sua vida?
- 13- Sente os seus familiares ou amigos mais disponíveis agora?
- 14- Considera que, hoje, está mais dependente dos outros do que antes de receber os serviços domiciliários?
- 15- Sente-se mais à vontade receber serviços que paga do que receber serviços “gratuitos” de familiares?
- 16- Considera que os seus familiares o apoiam suficientemente? Ou que deveriam fazer mais para si?
- 17- Considera que os seus familiares passaram a decidir a respeito da organização da sua vida?
- 18- De quem dependeu a decisão de recorrer aos serviços domiciliários? Foi sua? Foi dos seus filhos?

- 19- Acha que propuseram estes serviços para ter mais tempo disponível para si? Porque estavam inquietos/preocupados a seu respeito?
- 20- Quem é que decidiu quais os serviços que são ser prestados pelo SAD? É o senhor/a? É o seu filho/a? Cônjuge?
- 21- Acha preferível para si receber cuidados dos profissionais da instituição ou preferiria que fossem familiares ou amigos a cuidar de si? Se sim, quem?
- 22- Fale-me um pouco de como se sente quando está a ser ajudado por um profissional? E quando está a ser ajudado por um familiar ou amigo?
- 23- Desde que recebe cuidados no domicílio, sente que os seus familiares estão mais disponíveis para si? Passam mais tempo do que anteriormente consigo?
- 24- Prestam-lhe agora apoios que antes de receber serviços no domicílio não tinham tempo de realizar? Estão mais disponíveis para a levar a passear, para lhe ler o jornal e conversar consigo?
- 25- Desde que recebem serviços no domicílio, a sua vida mudou para melhor? Se sim em quê?
- 26- Se não, o que acha ter perdido? De que é que tem saudade?
- 27- Sente-se mais em segurança quando é um familiar que cuida de si ou quando é um profissional do SAD?

ANEXO IV- O Avô e o Neto

O Avô e o Neto

«Era uma vez um velho muito velho, quase cego e surdo, com os joelhos trémulos. Quando se sentava à mesa para comer, mal conseguia segurar a colher. Derramava sopa na toalha e, quando, afinal, acertava a boca, deixava sempre cair um bocado pelos cantos. O filho e a nora dele achavam que era uma porcaria e ficavam com nojo. Finalmente, acabaram por decidir que o velho ficaria a sentar-se num canto atrás do fogão. Davam-lhe a comida numa tigela de barro e - o que era pior - nem lhe davam o suficiente. O velho olhava para a mesa com os olhos tristes, muitas vezes cheios de lágrimas.

Um dia, suas mãos tremeram tanto que ele deixou a tigela cair no chão e ela se quebrou. A mulher ralhou com ele, que não disse nada, só suspirou. Depois ela comprou uma gamela de madeira bem baratinha e era aí que ele tinha que comer. Um dia, quando estavam todos sentados na cozinha, o neto do velho, que era um menino de oito anos, estava a brincar com uns pedaços de pau. O que é que estás a fazer? perguntou o pai. O menino respondeu: Estou a fazer uma gamela de madeira, para o pai e a mãe poderem comer quando eu crescer. O marido e a mulher olharam-se durante algum tempo e começaram a chorar. Depois disso, trouxeram o avô de volta para a mesa. Desde então passaram a comer todos juntos e, mesmo quando o velho derramava alguma coisa, ninguém dizia nada».